中央社会保険医療協議会 総会（第 516 回）　議事次第

令和４年２月９日(水) 10:00～
於　オンライン開催

議　題

〇答申について
〇ＤＰＣにおける高額な新規の医薬品等への対応について
〇公知申請とされた適応外薬の保険適用について

個別改定項目について

Ⅰ　新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的･効果的で質の高い医療提供体制の構築

Ⅰ－１　当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応.....1
①　令和４年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応 1

Ⅰ－２　医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 2
①　外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し.....2

Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 16
①　高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設 16
②　総合入院体制加算の見直し 18
③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し ...21
④　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化 25
⑤　短期滞在手術等基本料の評価の見直し 27
⑥　特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設 39
⑦　重症患者等に対する支援に係る評価の新設 42
⑧　バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し 44
⑨　救命救急入院料等における算定上限日数の見直し 45
⑩　早期離床・リハビリテーション加算の見直し 49
⑪　早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し .54
⑫　早期栄養介入管理加算の見直し 56
⑬　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し ...60
⑭　救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し 62
⑮　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 63
⑯　地域包括ケア病棟入院料の見直し 75
⑰　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し 77

⑱　回復期リハビリテーションを要する状態の見直し 82
⑲　特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設 85
⑳　療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し 88
㉑　中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し 92
㉒　障害者施設等入院基本料等の見直し 94
㉓　緩和ケア病棟入院料の見直し 98
㉔　有床診療所入院基本料等の見直し 100
㉕　有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設 103
㉖　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 104
㉗　DPC/PDPS の見直し 105

Ｉ－４　外来医療の機能分化等 119
①　紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し 119
②　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設 122
③　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し 123
④　外来在宅共同指導料の新設 128
⑤　紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進 130

Ｉ－５　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 134
①　地域包括診療料等における対象疾患等の見直し 134
②　小児かかりつけ診療料の見直し 137
③　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設 140
④　耳鼻咽喉科処置の見直し 141
⑤　機能強化加算の見直し 143
⑥　継続診療加算の見直し 149
⑦　かかりつけ歯科医の機能の充実 152
⑧　地域における薬局のかかりつけ機能の評価 154

Ｉ－６　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 155
①　在支診及び在支病による地域連携の推進 155

② 在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進 157
③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し 158
④ 外来在宅共同指導料の新設 160
⑤ 継続診療加算の見直し 161
⑥ 在宅がん医療総合診療料の見直し 162
⑦ 緊急往診加算の見直し 163
⑧ 複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し .164
⑨ 業務継続に向けた取組強化の推進 166
⑩ 機能強化型訪問看護ステーションの見直し 167
⑪ 医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化 ..169
⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し 172
⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し 173
⑭ 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設.....175
⑮ 訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設 ..177
⑯ 退院日のターミナルケアの見直し 179
⑰ 複数名訪問看護加算の見直し 181
⑱ 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し 183
⑲ 同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し 184
⑳ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進 186
㉑ 在宅医療における医科歯科連携の推進 190
㉒ 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進 191
㉓ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し 194
㉔ ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設.....197

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組 199
① 医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 199
② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化.....200
③ 医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化.....201
④ 周術期の栄養管理の推進 202
⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し 203

⑥　病棟における栄養管理体制に対する評価の新設 205
⑦　褥瘡対策の見直し 207
⑧　手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設 208
⑨　在宅医療における医科歯科連携の推進 210
⑩　総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進 211
⑪　薬局に係る退院時共同指導料の見直し 214
⑫　処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み） 215
⑬　処方箋料の見直し 218

Ⅱ　安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－１　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保..... 219
①　地域医療体制確保加算の見直し 219

Ⅱ－３　医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進 222
①　勤務医の負担軽減の取組の推進 222
②　夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し 224

Ⅱ－４　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進..... 230
①　医師事務作業補助体制加算の見直し 230
②　特定行為研修修了者の活用の推進 233
③　病棟薬剤業務実施加算の見直し 234
④　周術期における薬学的管理の評価の新設 236
⑤　看護補助者の更なる活用に係る評価の新設 237

Ⅱ－５　業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 241
①　医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化 241
②　医療機関等における事務等の簡素化・効率化 244
③　標準規格の導入に係る取組の推進 245

Ⅲ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 246
①　入退院支援の推進 246
②　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 249
③　画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設 250
④　療養・就労両立支援指導料の見直し 252
⑤　手術等の医療技術の適切な評価 254
⑥　質の高い臨床検査の適切な評価 257
⑦　家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進 258
⑧　人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し 259
⑨　人工腎臓に係る導入期加算の見直し 264
⑩　在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設 267
⑪　在宅血液透析指導管理料の見直し 269
⑫　プログラム医療機器に係る評価の新設 270
⑬　生活習慣病管理料の見直し 272
⑭　歯科口腔疾患の重症化予防の推進 275

Ⅲ－２　医療における ICT の利活用・デジタル化への対応 278
①　情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設 278
②　情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止 280
③　情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し 283
④　在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し 286
⑤　施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設 288
⑥　訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設 290
⑦　情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し 291
⑧　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し 296
⑨　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 298

⑩　診療録管理体制加算の見直し 302
⑪　標準規格の導入に係る取組の推進 304
⑫　外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設 305
⑬　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設..... 308

Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進 310
①　摂食嚥下支援加算の見直し 310
②　疾患別リハビリテーション料の見直し 316
③　リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し 318
④　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 320
⑤　外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設 321

Ⅲ－４－１　子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価 322
①　一般不妊治療に係る評価の新設 322
②　生殖補助医療に係る評価の新設 325
③　男性不妊治療に係る評価の新設 335

Ⅲ－４－２　質の高いがん医療の評価 338
①　がん患者指導管理料の見直し 338
②　外来化学療法に係る栄養管理の充実 342
③　放射線治療病室管理加算の見直し 343
④　がんゲノムプロファイリング検査の見直し 345
⑤　無菌製剤処理料の見直し 350
⑥　悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設 351

Ⅲ－４－３　認知症の者に対する適切な医療の評価 354
①　認知症専門診断管理料の見直し 354

Ⅲ－４－４　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価..... 356
①　療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し 356
②　薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実 358

③　アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設 ..361
④　摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し
.....362
⑤　精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設.....363
⑥　継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実 ..366
⑦　児童思春期精神科専門管理加算の見直し 367
⑧　通院・在宅精神療法の見直し 369
⑨　精神科救急医療体制の整備の推進 371
⑩　クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し ..385
⑪　かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設 387
⑫　救急患者精神科継続支援料の見直し 390
⑬　救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し.....392

Ⅲ－４－５　難病患者に対する適切な医療の評価 394
①　遺伝学的検査の見直し 394
②　遺伝カウンセリングの見直し 397
③　生体移植時における適切な検査の実施 401
④　知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し 403
⑤　アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 405
⑥　難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進 407

Ⅲ－４－６　小児医療、周産期医療、救急医療の充実 409
①　小児運動器疾患指導管理料の見直し 409
②　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 .
.....410
③　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化.....411
④　医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化.....412

⑤　造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理の評価の新設.....413
⑥　時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設 ..415
⑦　医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設 417
⑧　医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設 419
⑨　不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設 421
⑩　小児特定集中治療室管理料の見直し 423
⑪　新生児特定集中治療室管理料等の見直し 425
⑫　専門機関との連携分娩管理の評価の新設 428
⑬　胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設 430
⑭　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し 431
⑮　救急医療管理加算の見直し 433
⑯　救急搬送診療料の見直し 436

Ⅲ－５　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 438
①　歯科診療における院内感染防止対策の推進 438
②　歯科口腔疾患の重症化予防の推進 440
③　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 441
④　歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化 443
⑤　歯科固有の技術の評価の見直し 445

Ⅲ－６　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価.....448
①　地域医療に貢献する薬局の評価 448
②　薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し 456
③　薬局における対人業務の評価の充実 464
④　病棟薬剤業務実施加算の見直し 468

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 469

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進 469
② バイオ後続品の使用促進 474

Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用

Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 475
① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化 475
② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化 476
③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し 477
④ 人工腎臓の評価の見直し 478

Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） 481
① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 481

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化等（再掲） 482
① 外来医療の機能分化等 482

Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進 483
① 透析中の運動指導に係る評価の新設 483
② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設 484
③ 生活習慣病管理料の見直し 486
④ 高度難聴指導管理料の見直し 487
⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進 488

Ⅳ－７ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 489
① 医薬品の給付の適正化 489
② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み） 490
③ 処方箋料の見直し 491

Ⅳ－８ 効率性等に応じた薬局の評価の推進 492
① 調剤基本料の見直し 492
② 特別調剤基本料の見直し 494

①　令和４年度診療報酬改定における コロナ特例等に係る対応

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和４年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和２年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

第２　具体的な内容

１．新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。

２.「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26)」（令和２年８月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。

３．令和４年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※１）を設けるとともに、令和２年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

（※１）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

４．令和４年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、１年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※２）も終了する。

（※２）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和４年３月 31 日までの間、令和元年（平成 31 年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成 31 年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

【Ｉ－２　医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組－①】

①　外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

第１　基本的な考え方

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

（新）　外来感染対策向上加算　　６点

［算定要件］

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

（※）以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。

ア　初診料
イ　再診料
ウ　小児科外来診療料
エ　外来リハビリテーション診療料
オ　外来放射線照射診療料
カ　地域包括診療料
キ　認知症地域包括診療料
ク　小児かかりつけ診療料
ケ　外来腫瘍化学療法診療料

コ　救急救命管理料
サ　退院後訪問指導料
シ　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
ス　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
セ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料
ソ　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
タ　在宅患者訪問薬剤管理指導料
チ　在宅患者訪問栄養食事指導料
ツ　在宅患者緊急時等カンファレンス料
テ　精神科訪問看護・指導料

[施設基準]
（１）専任の院内感染管理者が配置されていること。
（２）当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
（３）当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
（４）感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
（５）診療所であること。
（６）感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第 20 の１の（１）のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
（７）（６）に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第 20 の１の（１）アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
（８）感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
（９）（７）に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
(10)（７）に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の（５）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(11) (７)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年２回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年２回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年１回参加していること。

(12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。

(13) (７)に掲げる院内感染管理者は、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。

(16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

(17)「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

(18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

(19) 区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

２．外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算１に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

（新）　　連携強化加算　　３点

［算定要件］
　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。
（２）外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

（新）　　サーベイランス強化加算　　１点

［算定要件］
　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
（２）外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）院内感染対策サーベイランス（JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

（※）連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、１の（※）と同様の取扱いとする。

３．これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対

策向上加算に改める。

４．現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算３を新設する。

５．感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。

６．感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 １　感染対策向上加算１　710点 ２　感染対策向上加算２　175点 ３　感染対策向上加算３　75点 ［算定要件］ 注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）、それぞれ所定点数に加算する。 ２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関	【感染防止対策加算】 １　感染防止対策加算１　390点 ２　感染防止対策加算２　90点 （新設） ［算定要件］ 注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。 ２　感染防止対策加算１を算定する場合について、感染防止対策に

する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ３　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。	関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。 ３　感染防止対策加算１を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。 （新設）
［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1)　感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。 ホ　他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施す	［施設基準］ 二十九の二　感染防止対策加算の施設基準等 (1)　感染防止対策加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染防止対策加算２に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。 （新設）

るための必要な体制が整備されていること。 ヘ　抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。	（新設）
(2) 感染対策向上加算２の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。	(2) 感染防止対策加算２の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染防止対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。
(3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。 ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 ハ　当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。 ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。	(3) 感染防止対策地域連携加算の施設基準 他の保険医療機関（感染防止対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。
(4) 指導強化加算の施設基準 他の医療機関（感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。	(4) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。
(5) 連携強化加算の施設基準 他の医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。	（新設）
(6) サーベイランス強化加算の施設基準 地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。	（新設）

１　感染対策向上加算１に関する施設基準 (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。	１　感染防止対策加算１に関する施設基準 (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。
(7) (2)に掲げるチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも１回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。	(7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
(8)～(10)　（略）	(8)～(10)（略）
(11) (2)に掲げるチームにより、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。	(11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算２を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
(16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。	(16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。
(17) 新興感染症の発生時等に、都道	（新設）

府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。	
(18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。	（新設）
(19) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	（新設）
(20) 他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添６の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算１又は２を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。	（新設）
(21)～(24)　（略） ※　現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。	（新設）
２　感染対策向上加算２の施設基準	２　感染防止対策加算２の施設基準
(3)　(2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。	(3)　(2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～イ　（略）	ア～イ　（略）
ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬	ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

剤師 エ　３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師 　アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和４年３月31日時点で感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。	エ　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師 　アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
(7)　(3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。	(7)　(3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。
(14)　新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームペ	(14)　地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

ージ等により公開していること。	
(15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。	（新設）
(16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。	（新設）
(17) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。	（新設）
３　感染対策向上加算３の施設基準	（新設）
(1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。	
(2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の１の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。	
(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。	
ア　専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）	
イ　専任の看護師	
当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できない	

が、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。 (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。 (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。 (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。 (8) 院内の抗菌薬の適正使用につい	

て、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。 (9) (3)に掲げるチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。 (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。 (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。 (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。 (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。 (14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。 (15) 外来感染対策向上加算の届出を	

行っていない保険医療機関であること。	
４　指導強化加算の施設基準 (1) 感染対策向上加算１に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。	（新設）
５　連携強化加算の施設基準 (1) 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。	（新設）
６　サーベイランス強化加算の施設基準 (1) 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。	（新設）

①　高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

（新）　急性期充実体制加算（１日につき）

１	７日以内の期間	460 点
２	８日以上 11 日以内の期間	250 点
３	12 日以上 14 日以内の期間	180 点

［対象患者］

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

［算定要件］

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

［施設基準］

（１）一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。

（２）地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。
（３）高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。
（４）入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
（５）感染対策向上加算１に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
（６）当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
（７）公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

（新）　精神科充実体制加算　30 点

[対象患者]
高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者

[算定要件]
精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30 点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
（２）次のいずれにも該当すること。
イ　精神科を標榜する保険医療機関であること。
ロ　精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術　40件／年以上 イ～カ　（略） (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。 ア　（略） イ　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上 イ～カ　（略） (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。 ア　（略） イ　人工心肺を用いた手術 人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５

７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６０－２」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。また、人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５５２－２」に掲げる手術をいう。 ウ～キ　（略） ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の（４）と同様である。 ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術　40件／年以上 イ～カ　（略）	７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６０－２」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。 ウ～キ　（略） ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の（４）と同様である。 ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上 イ～カ　（略）

２．総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものに、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (6) 外来を縮小するに当たり、ア又は	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (6) 外来を縮小するに当たり、次の体

イのいずれかに該当すること。 ア　次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。 (ｲ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 (ﾛ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。 イ　紹介受診重点医療機関（医療法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。）であること。	制を確保していること。 ア　病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 イ　地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。

③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。

○　「点滴ライン同時３本以上の管理」の項目について、「注射薬剤３種類以上の管理」に変更する。

○　「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。

○　「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、１点から２点に変更する。

２．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	改　定　案		現　　行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１（※）	３割１分	２割８分	３割１分	２割９分
急性期一般入院料２（※）	２割７分	２割４分	２割８分	２割６分
急性期一般入院料３（※）	２割４分	２割１分	２割５分	２割３分

急性期一般入院料４（※）	２割	１割７分	２割２分	２割
急性期一般入院料５	１割７分	１割４分	２割	１割８分
急性期一般入院料６			１割８分	１割５分
７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		２割８分		２割８分
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	１割	0.8割	１割１分	0.9割
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	３割	２割８分	３割	２割８分
看護必要度加算１	２割２分	２割	２割２分	２割
看護必要度加算２	２割	１割８分	２割	１割８分
看護必要度加算３	１割８分	１割５分	１割８分	１割５分
総合入院体制加算１	３割３分	３割	３割５分	３割３分
総合入院体制加算２	３割３分	３割	３割５分	３割３分
総合入院体制加算３	３割	２割７分	３割２分	３割
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護補助加算１	0.5割	0.4割	0.6割	0.5割
地域包括ケア病棟入院料	１割２分	0.8割	１割４分	１割１分
特定一般病棟入院料の注７	１割２分	0.8割	１割４分	１割１分

（※）許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

	改　定　案		現　　行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	２割８分	２割５分		
急性期一般入院料２	２割５分	２割２分	２割６分	２割４分
急性期一般入院料３	２割２分	１割９分	２割３分	２割１分
急性期一般入院料４	１割８分	１割５分	２割	１割８分

［経過措置］

令和４年３月 31 日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和４年９月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- 急性期一般入院料１
- 急性期一般入院料２
- 急性期一般入院料３
- 急性期一般入院料４
- 急性期一般入院料５
- ７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））
- ７対１入院基本料（専門病院入院基本料）
- 看護必要度加算１
- 看護必要度加算２
- 看護必要度加算３
- 総合入院体制加算１
- 総合入院体制加算２
- 総合入院体制加算３
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算１
- 地域包括ケア病棟入院料
- 特定一般病棟入院料の注７

３．急性期一般入院基本料について、施設基準における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準を変更することに伴い、以下の入院料の評価を見直す。なお、令和４年３月 31 日時点において、急性期一般入院料６に係る届出を行っている病棟については、同年９月 30 日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により急性期一般入院料６を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院基本料】 （削除） 急性期一般入院料６ 1,382点	【急性期一般入院基本料】 急性期一般入院料６ 1,408点 急性期一般入院料７ 1,382点

［経過措置］

令和４年３月 31 日において現に急性期一般入院料６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における急性期一般入院料６の算定については、令和４年９月 30 日までの間、なおその効力を有するものとする。

④　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第１　基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料１（許可病床数 200 床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

第２　具体的な内容

許可病床数 200 床以上の保険医療機関において、急性期一般入院料 1 を算定する病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件とする。

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 ［経過措置］ 七　令和四年三月三十一日において現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床以上四百床未満の保険医療機関に限る。）については、同年十二月三十一日までの間に限り、第五	【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１から６までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 ［経過措置］ 十二　令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料１から６までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五

の二の（１）のイの①の５に該当するものとみなす。	の二の（１）のイの①の５に該当するものとみなす。

⑤　短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．短期滞在手術等基本料１について、麻酔科医の配置に係る要件を見直すとともに、麻酔を伴う手術の実施状況を踏まえ、適切な評価を実施する観点から、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料１】 ［算定要件］ １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 ロ　イ以外の場合　2,718点 ［施設基準］ 二　短期滞在手術等基本料１の施設基準 (1) 手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)　（略） １　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準 (1) 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)　（略） (3) 手術を行う場合にあっては、当	【短期滞在手術等基本料１】 ［算定要件］ １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点 ［施設基準］ 二　短期滞在手術等基本料１の施設基準 (1) 局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)　（略） １　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準 (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)　（略） (3) 当該保険医療機関が、退院後概

該保険医療機関が、退院後概ね３日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5)　（略）	ね３日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5)　（略）

２．短期滞在手術等基本料２について、算定件数等の実態を踏まえ、評価を廃止する。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料２】 （削除）	【短期滞在手術等基本料２】 ２　短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,046点）

３．短期滞在手術等基本料３について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象手術に加えるとともに、これまで対象となっていた手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 10,549点（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,744点（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試	【短期滞在手術等基本料３】 （新設） （新設） （新設）

験（ＭＳＬＴ） 11,485点（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点）	
ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 8,312点（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点）	（新設）
ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 5,040点（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）	イ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 5,630点（生活療養を受ける場合にあっては、5,556点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,197点（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）	ロ　Ｄ４１３　前立腺針生検法 10,309点（生活療養を受ける場合にあっては、10,235点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572点（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）	（新設）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 16,224点（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）	（新設）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937点（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）	（新設）
ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 20,611点（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）	（新設）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 21,057点（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）	（新設）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手	（新設）

に限る。） 15,180点（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）	
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術 １　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,878点（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）	（新設）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）	ハ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 18,448点（生活療養を受ける場合にあっては、18,374点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）	ニ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 40,943点（生活療養を受ける場合にあっては、40,869点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術 １　涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）	（新設）
レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）	（新設）
ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法 18,016点（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）	（新設）
ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの 16,347点（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）	（新設）
ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの） 9,431点（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）	（新設）
ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法 18,326点（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）	（新設）
ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施 22,496点（生活療養を受ける場合に	（新設）

あっては、22,422点） ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 20,426点（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）	（新設）
ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）	（新設）
キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） 17,888点（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）	ホ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） 19,873点（生活療養を受ける場合にあっては、19,799点）
ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） 32,130点（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）	ヘ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） 34,416点（生活療養を受ける場合にあっては、34,342点）
オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059点（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）	（新設）
ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312点（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）	（新設）
ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 30,571点（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）	（新設）
マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 18,809点（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）	（新設）
ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）	（新設）

フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 17,302点（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）	ト　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 18,588点（生活療養を受ける場合にあっては、18,514点）
コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２ 長径５センチメートル以上 25,366点（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）	（新設）
エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 28,842点（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）	チ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 32,540点（生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 28,884点（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）	リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 32,540点（生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１ 抜去切除術 19,798点（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）	ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１ 抜去切除術 21,755点（生活療養を受ける場合にあっては、21,681点）
サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２ 硬化療法（一連として） 9,149点（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）	ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２ 硬化療法（一連として） 10,411点（生活療養を受ける場合にあっては、10,337点）
キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３ 高位結紮術 9,494点（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）	ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３ 高位結紮術 10,225点（生活療養を受ける場合にあっては、10,151点）
ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 23,090点（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）	（新設）
メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）	（新設）
ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）	（新設）
シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）	ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）

33,785点（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点） ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,296点（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点） ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,275点（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点） モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648点（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点） セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点） ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点） ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点） イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点） イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,560点（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点） イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,258点（生活療養を受ける場合に	31,835点（生活療養を受ける場合にあっては、31,761点） カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 25,358点（生活療養を受ける場合にあっては、25,284点） ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 22,597点（生活療養を受ける場合にあっては、22,523点） タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 24,975点（生活療養を受ける場合にあっては、24,901点） レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 62,344点（生活療養を受ける場合にあっては、62,270点） ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 51,773点（生活療養を受ける場合にあっては、51,699点） ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 40,741点（生活療養を受ける場合にあっては、40,667点） ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 50,328点（生活療養を受ける場合にあっては、50,254点） ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,739点（生活療養を受ける場合にあっては、12,665点） ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 15,599点（生活療養を受ける場合に

あっては、16,184点） イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,604点（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）	あっては、15,525点） ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 11,109点（生活療養を受ける場合にあっては、11,035点）
イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,792点（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）	（新設）
イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 8,415点（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）	（新設）
イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,894点（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）	ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,597点（生活療養を受ける場合にあっては、25,523点）
イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 24,703点（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）	（新設）
イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）	（新設）
イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 14,607点（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）	エ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 16,249点（生活療養を受ける場合にあっては、16,175点）
イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの 21,709点（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）	（新設）
イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの 18,652点（生活療養を受ける場合に	（新設）

あっては、18,578点）	
イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの 35,191点（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点）	（新設）
イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 33,460点（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点）	（新設）
イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 109,045点（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点）	（新設）
イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）	ノ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点（生活療養を受ける場合にあっては、59,125点）

４．短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする。

また、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 別表第十一　短期滞在手術等基本料に係る手術等 一　短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査	［施設基準］ 別表第十一　短期滞在手術等基本料に係る手術等 一　短期滞在手術等基本料１が算定できる手術
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）	（新設）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査	（新設）
Ｋ００５～Ｋ００８　（略）	Ｋ００５～Ｋ００８　（略）
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）	（新設）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に	（新設）

限る。）	
Ｋ０６８～Ｋ０６８－２　（略）	Ｋ０６８～Ｋ０６８－２　（略）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術	（新設）
１手、足、指（手、足）（手に限る。）	
Ｋ０９３～Ｋ０９３－２　（略）	Ｋ０９３～Ｋ０９３－２　（略）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術	（新設）
１　涙道内視鏡を用いるもの	
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２	（新設）
皮膚切開法	
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１	（新設）
眼瞼挙筋前転法	
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３	（新設）
その他のもの	
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を	（新設）
要するもの）	
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１	（新設）
エキシマレーザーによるもの（角膜	
ジストロフィー又は帯状角膜変性	
に係るものに限る。）	
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶	（新設）
体再建術併用眼内ドレーン挿入術	
Ｋ２８２～Ｋ５１０　（略）	Ｋ２８２～Ｋ５１０　（略）
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡	（新設）
張術・血栓除去術１　初回	
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡	（新設）
張術・血栓除去術２　１の実施後３	
月以内に実施する場合	
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術１　抜	（新設）
去切除術	
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術２　硬	（新設）
化療法（一連として）	
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術３　高	（新設）
位結紮術	
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内	（新設）
焼灼術	
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内	（新設）
塞栓術	
Ｋ６５３・Ｋ７２１　（略）	Ｋ６５３・Ｋ７２１　（略）
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）	（新設）
２　硬化療法（四段階注射法による	
もの）	
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリ	（新設）
ープ、肛門尖圭コンジローム切除術	

（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 Ｋ８４１－２　（略）	（新設） （新設） Ｋ８４１－２　（略）
［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十三　（略） 二十四　別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者	［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十三　（略） （新設）
第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。 ※　救命救急入院料、特定集中治療室	第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料２又は３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（３）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料２又は３に係る要件を満たす場合に限る。）は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。

管理料等についても同様。	

⑥　特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）　重症患者対応体制強化加算

イ	３日以内の期間	750 点
ロ	４日以上７日以内の期間	500 点
ハ	８日以上 14 日以内の期間	300 点

［対象患者］

特定集中治療室管理料１から４まで又は救命救急入院料２若しくは４を算定する病室に入院している患者

［算定要件］

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。

（２）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が１名以上配置

されていること。
（３）救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（４）常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が２名以上配置されていること。
（５）（４）に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
ア　国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
イ　保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
（６）医師、（４）に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
ア　重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
イ　人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
（７）（４）に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
（８）（４）に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
（９）新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が２名以上確保されていること。なお、当該看護師は、（４）に規定する看護師であることが望ましいこと。
(10) 区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和５年３月 31 日までの間に限り、「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていなくても差し支えない。
(11)（４）に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
(12)（４）に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟におい

て勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めないこと。

(13) 特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

⑦　重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

（新）　重症患者初期支援充実加算（１日につき）　300 点

［対象患者］
集中治療領域における入院患者

［算定要件］
特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（２）特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（３）当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、

当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

（４）入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。

ア　医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

イ　医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

（５）当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「Ａ２３４－３」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。

（６）当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「Ａ２３４－３」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。

（７）当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。

（８）定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

（※）救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする。

⑧　バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

日本集中治療医学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

バイオクリーンルームの設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置の要件を廃止し、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室の設置が望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (8) 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。 ※　Ａ３００救命救急入院料２及び４、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (8) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

⑨　救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

第１　基本的な考え方

患者の病態によって、長期の集中治療管理が必要となる場合があることを踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 １　救命救急入院料１ イ　３日以内の期間　10,223点 ロ　４日以上７日以内の期間　9,250点 ハ　８日以上の期間　7,897点 ２　救命救急入院料２ イ　３日以内の期間　11,802点 ロ　４日以上７日以内の期間　10,686点 ハ　８日以上の期間　9,371点 ３　救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間　10,223点 (2)　４日以上７日以内の期間　9,250点 (3)　８日以上の期間　7,897点 ロ　（略）	【救命救急入院料】 １　救命救急入院料１ イ　３日以内の期間　10,223点 ロ　４日以上７日以内の期間　9,250点 ハ　８日以上14日以内の期間　7,897点 ２　救命救急入院料２ イ　３日以内の期間　11,802点 ロ　４日以上７日以内の期間　10,686点 ハ　８日以上14日以内の期間　9,371点 ３　救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間　10,223点 (2)　４日以上７日以内の期間　9,250点 (3)　８日以上14日以内の期間　7,897点 ロ　（略）

４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間 11,802点 (2)　４日以上７日以内の期間 10,686点 (3)　８日以上の期間 9,371点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ (4)　救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間 11,802点 (2)　４日以上７日以内の期間 10,686点 (3)　８日以上14日以内の期間 9,371点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ （新設）

【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,211点 ロ　８日以上の期間　12,633点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,211点 (2)　８日以上の期間　12,633点 ロ　（略） ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上の期間　8,118点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,697点 (2)　８日以上の期間　8,118点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出	【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,211点 ロ　８日以上14日以内の期間　12,633点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,211点 (2)　８日以上14日以内の期間　12,633点 ロ　（略） ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上14日以内の期間　8,118点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,697点 (2)　８日以上14日以内の期間　8,118点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ (4) 特定集中治療室管理料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	 ［施設基準］ （新設）

⑩　早期離床・リハビリテーション加算の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けたリハビリテーション等の総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算の対象となる治療室を見直す。

第２　具体的な内容

早期離床・リハビリテーション加算の算定対象に、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を算定する治療室を加える。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲	【救命救急入院料】 ［算定要件］ （新設）

げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ［施設基準］ (7) 救命救急入院料の注８に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ［施設基準］	［施設基準］ （新設） 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	（新設）
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準	［施設基準］ （新設）

イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (6) 小児特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	

⑪　早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室等に入室した患者に対して、早期から離床に必要な取組を行うことを更に推進する観点から、早期離床・リハビリテーション加算における職種要件を見直す。

第２　具体的な内容

入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

改　定　案	現　　行
【早期離床・リハビリテーション加算】 ［算定要件］ ⑷　「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。	【早期離床・リハビリテーション加算】 ［算定要件］ ⑷　「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。 ウ～エ　（略） ［施設基準］ ６　特定集中治療室管理料の「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ　（略） ウ　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士 (2)～(5)　（略） (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。 (7)・(8)　（略）	イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。 ウ～エ　（略） ［施設基準］ ６　特定集中治療室管理料の「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ　（略） ウ　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士 (2)～(5)　（略） (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。 (7)・(8)　（略）

⑫　早期栄養介入管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．入院患者に対する入室後早期の栄養管理について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。
［施設基準］ (6) 特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体	［施設基準］ (6) 特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 （新設）

制が整備されていること。	

２．救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料を算定する病室について、早期栄養介入管理加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。 ［施設基準］ (8) 救命救急入院料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理	【救命救急入院料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設） 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	
［施設基準］ (3) ハイケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大	［施設基準］ （新設）

臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (6) 小児特定集中治療室管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

⑬　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

第１　基本的な考え方

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第２　具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

１.「心電図モニターの管理」の項目について、患者の９割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。

２.「Ｂ　患者の状況等」の項目（以下「Ｂ項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。

３.　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

	改　定　案		現　　行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料２	８割	７割	８割
救命救急入院料４	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料１	８割	７割	８割

特定集中治療室管理料２	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料３	７割	６割	７割
特定集中治療室管理料４	７割	６割	７割

［経過措置］

令和４年３月 31 日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑭　救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

第１　基本的な考え方

高度急性期医療を要する患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度に係る評価票を見直す。

第２　具体的な内容

救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

［経過措置］

令和４年３月 31 日時点で救命救急入院料１又は３の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑮　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

１．地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件について、以下のとおり見直す。

（１）地域包括ケア病棟入院料１及び２並びに地域包括ケア入院医療管理料１及び２における在宅復帰率の要件について、７割以上から７割２分５厘以上に変更する。

（２）地域包括ケア病棟入院料３及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料３及び４について、在宅復帰率が７割以上であることを要件に追加するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注10　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 ［施設基準］	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］

(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。	(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(3) 地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２についても同様。	(3) 地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(6) 地域包括ケア病棟入院料３の施設基準 イ　(2)のハからトまでを満たすものであること。 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。	(6) 地域包括ケア病棟入院料３の施設基準 (2)のハからトまでを満たすものであること。 （新設）
(7) 地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準 ハ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。	(7) 地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準 （新設）
(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ホ　(6)のロを満たすものであること。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設）
(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　(2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 ハ　(7)のハを満たすものであること。	(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 (2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 （新設）
(20) 地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (6)のロ若しくは(8)のホ又は(7)	（新設）

のハ若しくは(9)のハの基準 ［経過措置］ 二十三　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ((2)のロに限る。)、(5)((3)のイに限る。)、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ及び(9)のハに該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

２．地域包括ケア病棟入院料２及び４における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が 200 床以上 400 床未満の医療機関についても要件化するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注９　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア病棟入院料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注９　注１に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注１に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
［施設基準］ (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 二　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該	［施設基準］ (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 （新設）

保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 (8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ニ　(4)の二を満たすものであること。 (20) 地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4)の二又は(8)のニの基準 ［経過措置］ 二十七　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二及び(8)のニに該当するものとみなす。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設） (20) 地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のヌの基準 ［経過措置］ 二十三　令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が四百床以上のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のヌに該当するものとみなす。

３．地域包括ケア病棟入院料における自宅等から入院した患者割合及び在宅医療等の実績要件について、以下のとおり見直す。

（１）地域包括ケア病棟入院料１及び３並びに地域包括ケア入院医療管理料１及び３における自宅等から入院した患者割合の要件について、１割５分以上から２割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の３月の受入れ人数について、６人以上から９人以上に変更する。また、地域包括ケア入院医療管理料１及び３における病床数が 10 床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件ついて、３月で６人以上から８人以上に変更する。

（２）地域包括ケア病棟入院料２及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料２及び４の要件に、以下のいずれか１つ以上を満たすことを追加する。

ア　自宅等から入棟した患者割合が２割以上であること

イ　自宅等からの緊急患者の受入れが３月で９人以上であること

ウ　在宅医療等の実績を１つ以上有すること

また、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定することとする。

（３）在宅医療等の実績における退院時共同指導料２の算定回数の実績

の要件について、外来在宅共同指導料１の実績を用いてもよいこととする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤　（略） ⑥　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料３についても同様。	［施設基準］ (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤　（略） ⑥　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理	(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理

料１の施設基準 ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ニ　(2)のイ、ホ及びヘを満たすものであること。 ※　地域包括ケア入院医療管理料３についても同様。 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ハ　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ①　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。 ②　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ③　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤　訪問看護療養費に係る指定	料１の施設基準 ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ニ　(2)のイ及びホ及びヘを満たすものであること。 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 （新設）

訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　在宅患者訪問リハビテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	
(5)　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 イ　(2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 ロ　次のいずれか１つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。 ①　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。	(5)　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 （新設）

②　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ③　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　在宅患者訪問リハビテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定して	

いる保険医療機関であること。	
(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ハ　(4)のハを満たすものであること。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設）
(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　（略） ロ　(5)のロを満たすものであること。	(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　（略） （新設）
(21) 地域包括ケア病棟入院料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4)のハ、(5)のロ、(8)のハ又は(9)のロの基準	（新設）
［経過措置］ 二十三　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ及びニ、(3) のロ及びハ、(4)のハ、(5)のロ、(6)のイ（(2) のハ及びニに限る。）、(7)のロ（(3) のロ及びハに限る。）、(8)のハ又は(9)のロに該当するものとみなす。	［経過措置］ 二十五　令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料３若しくは地域包括ケア入院医療管理料３に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3)のロ、ハ及びニ（(2)のホに限る。）又は第九の十一の二の(6)（(2)のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の(7)のイ（(2)のホに限る。）及びロ（(3)のロ及びハに限る。）に該当するものとみなす。

４．地域包括ケア病棟入院料１若しくは２又は地域包括ケア入院医療管理料１若しくは２を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であって、許可病床数が 100 床以上のものについて、入退院支援加算１に係る届出を行っていない場合は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣の定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (22) 地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関 入退院支援加算１に係る届出を行っていない保険医療機関（許可病床数が百床以上のものに限る。）。	［施設基準］ （新設）
［経過措置］ 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料２若しくは地域包括ケア入院医療管理料２に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、基本診療料の施設基準第九の十一の二の(22)の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	［経過措置］ （新設）

５．一般病床において地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合については、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、200 床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は 24 時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、令和４年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和５年３月31日までの間の限り、なお従前の例による。 ア～オ　（略）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア～オ　（略）

６．急性期患者支援病床初期加算及び在宅患者支援病床初期加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院

期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。
イ　急性期患者支援病床初期加算 (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点 ②　①の患者以外の患者の場合　50点 (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　250点 ②　①の患者以外の患者の場合　125点	（新設）
ロ　在宅患者支援病床初期加算 ①　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点 ②　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点	（新設）

⑯　地域包括ケア病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の 100 分の 95 に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが６割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で 30 人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数（100 分の 100）を算定する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点	【地域包括ケア病棟入院料）】 ［算定要件］ 注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。 （中略）

数）を算定する。（中略） ［施設基準］ (10) 地域包括ケア病棟入院料の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。 イ　当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。 ロ　当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。 ハ　救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ［経過措置］ 二十一　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、同年九月三十日までの間に限り、当該病棟又は病室については、第九の十一の二の(10)に該当するものとみなす。	［施設基準］ （新設） ［経過措置］ （新設）

⑰　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方について、以下のとおり見直す。

（１）回復期リハビリテーション病棟入院料５を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料６を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料５として位置付ける。ただし、令和４年３月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出を行っている病棟については、令和５年３月 31 日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定できることとする。

（２）新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、算定を開始した日から２年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定することができることとする。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 （削除） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,736点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,721点） ６　回復期リハビリテーション病棟入院料６　1,678点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）

［算定要件］ 注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。 ５　５については、算定を開始した日から起算して二十四月（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、十二月）に限り算定する。 （経過措置） 令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６の算定については、令和五年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。 ※　回復期リハビリテーション病棟	［算定要件］ 注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。 （新設）

入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６を算定していた病棟が改正後の診療報酬の算定方法により回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、１年間に限り算定することができることとする。 ［施設基準］ 十　施設基準等 （削除） (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 （経過措置） 令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、令和五年三月三十一日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	［施設基準］ 十　施設基準等 (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準 イ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料６の施設基準 (6)のロを満たすものであること。

２．回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までに係る施設基準における重症患者の割合を見直し、回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については４割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料３及び４については３割以上とする。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入	【回復期リハビリテーション病棟入

院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ホ　当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。 ※　回復期リハビリテーション病棟入院料２についても同様。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ※　回復期リハビリテーション病棟入院料４についても同様。 ［経過措置］ 十九　令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3)((2)のホに限る。)、(4)のイ又は(5)((4)のイに限る。)に該当するものとみなす。	院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ホ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。 ［経過措置］ （新設）

３．回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３について、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入	【回復期リハビリテーション病棟入

院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ヌ　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であることが望ましいこと。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 へ　(2)のヌを満たすものであること。 ７　届出に関する事項 (4) 毎年７月において、第三者評価の状況等について、別添７の様式により届け出ること。	院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 （新設） (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 （新設） ７　届出に関する事項 (新設)

⑱　回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

第１　基本的な考え方

回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。

第２　具体的な内容

「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を 90 日以内とする。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (11)　「注３」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア・イ　（略） ウ　在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者につ	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (11)　「注３」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア・イ　（略） ウ　在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。

いて算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るＦＩＭの測定を行うこと。 ①～④　（略） ⑤　基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの (12)～(15)　（略） (16) 急性心筋梗塞等の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して90日まで算定できるものに限る。）については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験（ＣＰＸ（cardiopulmonary exercise testing））を入棟時及び入棟後月に１回以上実施することが望ましい。 ［施設基準］ (1) 通則 ル　別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数	①～④　（略） （新設） (12)～(15)　（略） （新設） ［施設基準］ (1) 通則 （新設） 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）	（新設）
別表第九の二　回復期リハビリテーションを要する状態 六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	別表第九の二　回復期リハビリテーションを要する状態 （新設）

⑲　特定機能病院において リハビリテーションを担う病棟の評価の新設

第１　基本的な考え方

患者のニーズに応じたリハビリテーションの提供を推進する観点から、特定機能病院において実施するリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

令和４年３月 31 日をもって廃止予定であった特定機能病院における回復期リハビリテーション病棟入院料について、現に届出がなされている特定機能病院の病棟において一定程度の役割を果たしていることが確認されることから、特定機能病院におけるリハビリテーションに係る役割を明確化することとし、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と位置付け、当該入院料に係る施設基準を見直す。

（新）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　2,129 点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,115 点）

［対象患者］
特定機能病院の一般病棟に入院している患者であって、回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの

［算定要件］
（１）主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。
（２）診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、第２部在

宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

[施設基準]

（１）回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を８割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。

（２）回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。

（３）心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（４）回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、１日当たり２単位以上のリハビリテーションが行われていること。

（５）当該病棟に専従の常勤医師が１名以上配置されていること。

（６）当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（７）当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

（８）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時､当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（９）当該病棟に専従の常勤の理学療法士が３名以上、専従の常勤の作業療法士が２名以上、専従の常勤の言語聴覚士が１名以上、専従の常勤の管理栄養士が１名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が１名以上配置されていること。

(10) 特定機能病院であること。（当分の間は、令和４年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）

(11) 休日を含め、週７日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

(12) 当該病棟において、新規入院患者のうち５割以上が重症の患者であること。
(13) 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が７割以上であること。
(14)リハビリテーションの効果に係る実績の指数が 40 以上であること。
(15) 他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
(16) 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(17) １病棟に限り届出を行うことができること。

⑳　療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

第１　基本的な考え方

医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．医療療養病床に係る医療法に基づく人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の注 11 に規定する令和４年３月 31 日までの経過措置（所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定）について、評価を見直すとともに、当該経過措置の期間を２年間延長する。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の75に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ ３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ ３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和４年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

［施設基準］ (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ　（略） ロ　令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。 ハ　（略）	［施設基準］ (7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ　（略） ロ　令和二年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和二年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11又は注12の届出を行っている病棟であること。 ハ　（略）

２．　療養病棟入院基本料の注 11 に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を月に１回以上行っていない場合は、１日につき２単位まで出来高での算定とする。

また、医療区分２の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM の測定を行っていない場合においては、医療区分１の場合に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注３　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）費用を除く。）	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注３　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪に

は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。	より、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。
４～10　（略）	４～10　（略）
11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。	11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。
［施設基準］ (3) 療養病棟入院基本料に含まれる第７部リハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症	［施設基準］ （新設）

候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていない場合に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。	

［経過措置］

令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月 30 日までの間に限り、FIM の測定を行っているものとみなす。

㉑　中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、療養病棟入院基本料の医療区分３の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。

第２　具体的な内容

療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分３の場合の点数に代えて、医療区分２の場合に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、当該基

合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。	準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。

［経過措置］

（１）令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については､同年９月 30 日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。

（２）令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院料１又は２を算定している患者であって、医療区分３のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分３に該当する場合の点数を算定できる。

㉒　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料について、対象とならない脳卒中患者等に係る入院料を見直す（特殊疾患病棟入院料についても同様の対応を行う。）。

第２　具体的な内容

障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病棟に入院してから 90 日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、

く。）は、所定点数に含まれるものとする。	所定点数に含まれるものとする。
注12　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,345点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,221点 ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,207点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,084点 ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,118点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　995点	（新設）
【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ 注６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の	【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点	
【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1)　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 (2)　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1)　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点	【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）

(2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,341点	

㉓　緩和ケア病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料について、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、がん疼痛薬物療法ガイドラインに沿った評価指標を用いて疼痛の評価を実施し、療養上必要な指導を行った場合について新たな評価を行うとともに、緩和ケア病棟入院料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,107点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,554点 ハ　61日以上の期間　3,350点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,870点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,401点 ハ　61日以上の期間　3,298点 注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在	【緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,207点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,654点 ハ　61日以上の期間　3,450点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,970点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,501点 ハ　61日以上の期間　3,398点 注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理

宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
４　当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	（新設）
(6)　「注４」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。	（新設）

㉔　有床診療所入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。

第２　具体的な内容

有床診療所における入院患者の受入れの実態も踏まえ、有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う医療機関からの受入れを行った場合と在宅からの受入れを行った場合の評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。	【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

［施設基準］ (2) 有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準 イ　有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準 次のいずれかに該当すること。 ①～③　（略） ロ　有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ①　イの①から③までのいずれかに該当すること。 ②　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。	［施設基準］ (2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準 次のいずれかに該当すること。 イ～ハ　（略） （新設）
【有床診療所療養病床入院基本料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき350点を所定点数に加算する。	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

［施設基準］ (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 ホ　有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。	［施設基準］ (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 ホ　救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

［経過措置］

令和４年３月 31 日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年９月 30 日までの間に限り、第六の二の（２）のロの②（適切な意思決定支援に関する指針に係る基準）に該当するものとみなす。

㉕　有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

有床診療所療養病床入院基本料について、慢性維持透析を行っている入院患者に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【有床診療所療養病床入院基本料】 ［算定要件］ 注12　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又はＪ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［算定要件］ （新設）

㉖　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。	【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。

㉗　DPC/PDPS の見直し

第１　基本的な考え方

DPC/PDPS について、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．医療機関別係数の見直し
（１）基礎係数（医療機関群の設定等）
医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群を設定する。

①　設定要件
○　DPC 特定病院群は、以下の要件を満たした医療機関とする。
・　実績要件１から４までの全て（実績要件３については、６つのうち５つ）を満たす。
・　各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値を除く。）とする。
・　各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（令和２年 10 月から令和３年９月までの診療内容及び診断群分類)に基づき設定する。
・　診療実績に基づく要件については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

【実績要件１】：診療密度
１日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正：外的要因補正）
・　当該医療機関において症例数が一定以上（１症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の１日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
・　当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、

「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」(令和３年９月22日～令和３年10月31日）に掲載された「２：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード９桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「３：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の１日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件２】: 医師研修の実施

届出病床１床当たりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後２年目まで）

- 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件３】: 医療技術の実施

- 外科系（外保連試案9.3版）
  - (3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
  - (3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
  - (3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.3版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

- 内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））
  - (3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
(3C)：対象症例件数

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。
「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。
「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法
外保連手術指数の集計においては、様式１に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.3版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数１人を１としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数３、手術時間数３の手術は 7.05×3=21.15

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度､外科医師数､手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。
・　外保連試案と結びつけられなかったＫコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
・　１つのＫコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を１つに絞り、対応関係を作成する。
１．外科医師数
２．難易度

３．手術時間数

・　内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数＋１」、「施行時間」。

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$xx（入院時JCS30以上）（DPC外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし） （ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし） （ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$$x（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD J46$、J45$のみ）	処置２（人工呼吸）
6	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸）
7	COPD急性増悪	040120xx99$1$x（処置２あり）（J045$人工呼吸） （DPC外含む）	処置２（人工呼吸）
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり） （PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
9	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり） （ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５あり）	人工呼吸または緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり） （ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822を除く）	処置２（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）	処置２（人工呼吸、PMX等）

		（ICD絞りなし）	
14	重症急性膵炎	060350xx$$$1x$（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　K85$のみ）（DPC外含）	処置２（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC６桁全て）	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置２あり／なし）（ICD　E055のみ）	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx（ICD E272のみ）	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検
20	急性白血病	130010xx99x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ） 130010xx97x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC６桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC６桁全て）（リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070（処置2あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置２　３あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２　３（PMX、CHDF）

【実績要件４】：補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、１日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

② 基準値

○ 各要件の基準値は、大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

<table>
<tr><th colspan="2">実績要件</th><th>令和4年度基準値</th></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件1】:診療密度
1日当たり包括範囲出来高平均点数
（全病院患者構成、後発医薬品補正:外的要因補正）</td><td rowspan="2">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件2】:許可病床1床あたりの臨床研修医師数
（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）</td></tr>
<tr><td colspan="3">【実績要件3】:医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">外保連試案</td><td>(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数</td><td rowspan="7">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td>(3b):DPC算定病床当たりの同指数</td></tr>
<tr><td>(3c):手術実施症例件数</td></tr>
<tr><td rowspan="3">特定内科診療</td><td>(3A):症例割合</td></tr>
<tr><td>(3B):DPC算定病床当たりの症例件数</td></tr>
<tr><td>(3C):対象症例件数</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件4】: 補正複雑性指数(DPC補正後)</td></tr>
</table>

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

（３）機能評価係数Ⅱ

従前の６つの評価項目を維持する。

地域医療指数における体制評価指数については、これまで、医療計画５疾病５事業等における急性期入院医療について、項目ごとの評価を行っているが、第８次医療計画から、新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれ、「５疾病６事業」となる見込みであることを踏まえ、評価項目に「感染症」を追加する。

「感染症」においては、従前の新型インフルエンザ対策に係る評価に加え、新型コロナウイルス感染症対策に係る評価を追加する。

なお、「災害」及び「へき地」の項目においても、医療計画に係る取組等を踏まえ、評価内容を見直す。（別表２）

（４）激変緩和係数

従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、

診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分を含む。）が２％を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する（診療報酬改定が行われない年度の当該係数は０）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて２％を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が２％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス２％となるように措置する。

３．診断群分類の見直し

（１）医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

（２）短期滞在手術等基本料３に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Ｄにより設定する。

（３）治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から転院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。

（４）入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Ａについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。

４．退院患者調査の見直し

（１）入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価（小児科外来診療料、慢性維持透析患者外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料）を算定している場合について、実施された診療行為等を外来EFファイルとして提出するよう、要件を見直す。なお、半年間の経過措置を設ける。

（２）医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。

（３）調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

５．その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤（ボニコグアルファ（遺伝子組換え））」を血友病の類縁疾患であるvon Willebrand病の患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、von Willebrand病は血友病と同様の疾病としての特徴を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表２　＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和4年度）＞　**太字下線部**が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。 （様式１で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、１：１）構成	体制評価指数： ５疾病５事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和２年 10 月１日～令和３年９月 30 日データ

※　診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（１入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均１入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	１症例あたり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】:「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数･体制評価指数＞

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td>がんの地域連携体制への評価（0.5P）</td><td colspan="3">退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕</td></tr>
<tr><td>医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）</td><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで 0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定」（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td>脳卒中の急性期の診療実績への評価</td><td colspan="3">・t-PA 療法の実施を評価（0.25P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価（0.5P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（１P）
（血管内治療の実施：入院２日目までに K178-31,K178-32,K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※ いずれかの最大値で評価。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価</td></tr>
<tr><td>急性大動脈解離の手術実績（0.5P）</td><td colspan="3">入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612 ィ のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td>精神科入院医療への評価</td><td colspan="3">A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P）
A311-3精神科救急・合併症入院料の１件以上の算定実績（１P）</td></tr>
<tr><td>災害</td><td>災害時における医療への体制を評価</td><td colspan="3">・~~BCPの策定実績有無別~~災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMATの指定（0.25P）
・EMISへの参加（0.25P）
・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</td></tr>
<tr><td>周産期</td><td>周産期医療への体制を評価</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで１P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（１P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td>へき地の医療への体制を評価</td><td colspan="3">・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで１P）
・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）</td></tr>
</table>

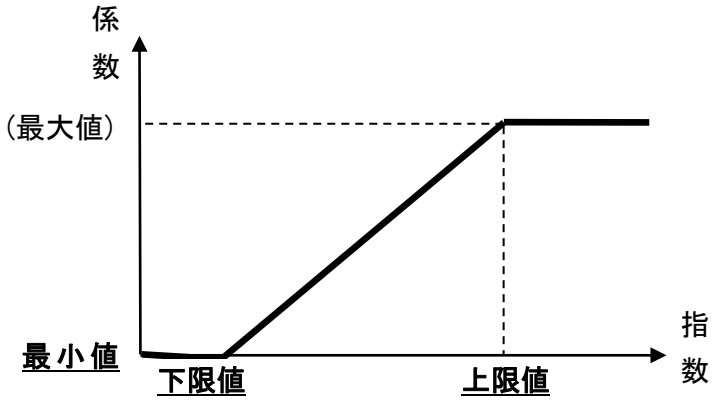
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td><u>感染症</u></td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="3">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）
<u>・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）</u>
<u>※　上記のいずれも満たした場合0.75P</u>
<u>・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u></td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td rowspan="2">その他重要な分野への貢献</td><td>右記のいずれか１項目を満たした場合１P</td><td colspan="2">①治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>② 新型インフルエンザ対策</u>
<u>・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）</u></td></tr>
</table>

地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価

（上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群：８P、DPC 標準病院群：６P）

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○ がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、GMIS への参加

・ 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。

○ 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・ 実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を満たす場合は、各項目の上限値あるいは条件を満たす。25%tile 値に満たない場合は、0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

①　紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

第１　基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

第２　具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

１．紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床 200 床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち一般病床 200 床以上の病院にも拡大する。

（※）令和３年改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

改　定　案	現　　行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する

定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

２．定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】

医科：200 点 ／ 歯科：200 点

【再診の場合】

医科： 50 点 ／ 歯科： 40 点

３．定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科：7,000 円 ／ 歯科：5,000 円

【再診の場合】

医科：3,000 円 ／ 歯科：1,900 円

改　定　案	現　　行
【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第一の三　療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による初診の場合　七千円 （二）　歯科医師である保険医に	【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第一の三　療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による初診の場合　五千円 （二）　歯科医師である保険医に

よる初診の場合　五千円 二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による再診の場合　三千円 （二）　歯科医師である保険医による再診の場合　一千九百円	よる初診の場合　三千円 二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による再診の場合　二千五百円 （二）　歯科医師である保険医による再診の場合　一千五百円

４．除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】

○　「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

【初診の場合】

○　「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

【再診の場合】

○　「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。

［施行日等］

（１）令和４年 10 月１日から施行・適用する。

（２）公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから６か月の経過措置を設ける。

②　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

第１　基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）　800 点

［算定要件］

（１）外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が 200 未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（２）区分番号Ａ２０４に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

③　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

第１　基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、一般病床の数が 200 床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表され	【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、214点を算定する。

たものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、214点を算定する。	

２．初診料及び外来診療料における「紹介率」・「逆紹介率」について、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準に見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ (6)　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30‰未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20‰	【初診料】 ［算定要件］ (6)　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。

未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。 紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。 ※　紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。 紹介割合（%）　＝　（紹介患者数＋救急患者数）　÷　初診の患者数　× 100 逆紹介割合（‰）　＝　逆紹介患者数　÷　（初診の患者数＋再診の患者数）　× 1,000 なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。 ア　初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。 イ　再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と	紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。 ※　紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。 紹介率　＝　（紹介患者数＋救急患者数）÷　初診の患者数 逆紹介率　＝　逆紹介患者数　÷　初診の患者数 なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成５年２月15日）（健政発第98号）」により、地域医療支援病院及び「注３」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について（平成10年５月19日）（健政発第639号）」により定めるものとすること。 ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院及び「注３」に規定する病院における初診の患者数については、

いわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。 ウ　紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数とする。 エ　逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。 オ　救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

※　(6)における紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和５年４月１日から適用する。 ※　外来診療料についても同様。	

④　外来在宅共同指導料の新設

第１　基本的な考え方

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、患家等において､外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して、当該患者に対する指導等を実施した場合に、在宅での療養を担う医療機関が算定する外来在宅共同指導料１及び外来医療を担っていた医療機関が算定する外来在宅共同指導料２を新設する。

（新）　外来在宅共同指導料

１	外来在宅共同指導料１	400 点
２	外来在宅共同指導料２	600 点

［対象患者］

外来において継続的に診療（継続して４回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

［算定要件］

（１）外来在宅共同指導料１については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者１人につき１回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

（２）外来在宅共同指導料２については、１の場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関に

おいて、患者１人につき１回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。

⑤　紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第１　基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に１回までに変更する。

２．地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【連携強化診療情報提供料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提	【診療情報提供料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行

供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。 ２　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。	った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。 （新設）
３　注１又は注２に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患	２　注１に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患

者１人につき月１回に限り算定する。 ４　（略） ５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月１回）に限り算定する。	者１人につき３月に１回に限り算定する。 （新設） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注１の規定にかかわらず、月１回に限り算定する。
［施設基準］ 十の一の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等 (1) 連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 (2) 連携強化診療情報提供料の注１	［施設基準］ 十の一の四　診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等 (1) 診療情報提供料（Ⅲ）の注１に規定する施設基準 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 (2) 診療情報提供料（Ⅲ）の注１に規

に規定する他の保険医療機関の基準 　次のいずれかに係る届出を行っていること。 イ～ホ　（略）	定する他の保険医療機関の基準 　次のいずれかに係る届出を行っていること。 イ～ホ　（略）
（削除）	(3) 診療情報提供料（Ⅲ）の注１に規定する厚生労働大臣が定める患者 　妊娠中の者であって、他の保険医療機関から紹介された患者
(3) 連携強化診療情報提供料の注３に規定する施設基準 イ・ロ　（略）	(4) 診療情報提供料（Ⅲ）の注２に規定する施設基準 イ・ロ　（略）
(4)　（略）	（新設）
(5) 連携強化診療情報提供料の注５に規定する施設基準（歯科点数表においては注３） 　当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(5) 診療情報提供料（Ⅲ）の注３に規定する施設基準（歯科点数表においては注２） 　当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

①　地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。

２．患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。

３．患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る	【地域包括診療料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。	
(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。	(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の４疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。
(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。	(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
(4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ケ　（略） コ　必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。	(4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ケ　（略） （新設）
(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ　（略） ウ　予防接種に係る相談を行っていること。	(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ　（略） （新設）
［施設基準］ (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ　当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限	［施設基準］ (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ　当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な

る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。 ※ 地域包括診療加算（再診料）についても同様。	指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

②　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。

改　定　案	現　　行
【小児かかりつけ診療料】 １　小児かかりつけ診療料１ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　641点 (2)　再診時　448点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　566点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　630点 (2)　再診時　437点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　747点 (2)　再診時　555点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った	【小児かかりつけ診療料】 １　処方箋を交付する場合 イ　初診時　631点 ロ　再診時　438点 ２　処方箋を交付しない場合 イ　初診時　748点 ロ　再診時　556点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った

場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	場合に算定する。
［施設基準］ 四の八の三　小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料１の施設基準 イ　小児科を標榜している医療機関であること。 ロ　当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。	［施設基準］ 四の八の三　小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料の施設基準 （新設） 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 （新設）
(2) 小児かかりつけ診療料２の施設基準 イ　(1)のイ及びロを満たすものであること。 ロ　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。	（新設）
１　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 （削除）	１　小児かかりつけ診療料に関する施設基準 (2) 区分番号「Ｂ００１－２」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
(2)　（略） (3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、２つ以上に該当すること。 （削除）	(3)　（略） (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。 ア　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上の頻度で

ア～ウ　（略） エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること。 ２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。 (2)　次のいずれかの基準を満たしていること。 ア　区分番号「Ａ００１」の注10に規定する時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 イ　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っていること。	行っていること イ～エ　（略） オ　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること （新設）

③　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「Ｉ－４－②」を参照のこと。

④　耳鼻咽喉科処置の見直し

第１　基本的な考え方

耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行うとともに、耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．耳鼻咽喉科において、６歳未満の乳幼児に対して耳鼻咽喉科処置を実施した場合の加算を新設する。

（新）　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算　60 点

［算定要件］

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、１日につき 60 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｊ１１３の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

２．耳鼻咽喉科領域における６歳未満の乳幼児に対する抗菌薬適正使用に係る評価を新設する。

（新）　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　80 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り 80 点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
（２）当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算２に係る届出を行っていること。

３．耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 27点	【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 25点
【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 16点	【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 14点
【口腔、咽頭処置】 16点	【口腔、咽頭処置】 14点

⑤　機能強化加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

改　定　案	現　　行
【機能強化加算】 ［算定要件］ (23) 機能強化加算 ア　「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注５」のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。 イ　機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて	【機能強化加算】 ［算定要件］ (23) 機能強化加算 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注５」のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。 （新設）

患者に対して説明すること。 (ｲ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。 (ﾛ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。 (ﾊ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。 (ﾆ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。 (ﾎ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。	
［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。 (2)　（略） (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。 (2) 次のいずれかを満たしていること。 ア　区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算１に係る届出を行っていること。 イ　以下のいずれも満たすものであること。 (ｲ) 区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療	［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （新設） (1)　（略） (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。 (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。 ア　区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算 （新設）

加算２に係る届出を行っていること。 (ﾛ)　直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。 ①　区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算２を算定した患者が３人以上 ②　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上	
ウ　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料１に係る届出を行っていること。	イ　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料
エ　以下のいずれも満たすものであること。 (ｲ)　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２に係る届出を行っていること。 (ﾛ)　直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。 ①　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２を算定した患者が３人以上 ②　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上	（新設）
オ　区分番号「Ｂ００１－２－11」に掲げる小児かかりつけ診療料	ウ　区分番号「Ｂ００１－２－11」に掲げる小児かかりつけ診療料

に係る届出を行っていること。 カ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の２在宅療養支援病院の１(1)若しくは(2)に該当する病院であること。 キ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１(3)に該当する診療所並びに第14の２在宅療養支援病院の１(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。 (ｲ)　第９在宅療養支援診療所の１(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第９在宅療養支援診療所と同様である。 ①　第９在宅療養支援診療所の１(1)コに掲げる過去１年間の緊急の往診の実績が３件以上 ②　第９在宅療養支援診療所の１(1)サに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上 (ﾛ)　第14の２在宅療養支援病院の１(3)に該当する病院であ	エ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「Ｂ００４」退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。） オ　区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

って、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の２在宅療養支援病院と同様である。 ① 第14の２在宅療養支援病院の１(1)シ①に掲げる過去１年間の緊急の往診の実績又は１(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近１年間で３件以上 ② 第14の２在宅療養支援病院の１(1)スに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上	
(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。 ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。 イ 警察医として協力していること。 ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。 エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第５条第１項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。 オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医	（新設）

又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。 カ　「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。 キ　通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。	
(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。（中略）	(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（中略）
２　届出に関する事項 (1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の２を用いること。	２　届出に関する事項 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の２を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
(2) 令和４年３月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、１の(2)のイの(ﾛ)、エの(ﾛ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。	（新設）

⑥　継続診療加算の見直し

第１　基本的な考え方

24 時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに､名称を在宅療養移行加算に変更する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　216点 ロ　在宅療養移行加算２　116点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１及び２は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪	【継続診療加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての

問診療を実施した場合に、以下により算定する。 ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(ｲ)又は(ﾛ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (ｲ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 (ﾛ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 (ﾊ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(ｲ)又は(ﾛ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (ｲ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他	要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。 ア　当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 イ　訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 （新設）

の医療機関が往診を提供する体制を有していること。 (ﾛ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。 (ﾊ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 (ﾆ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。	

⑦　かかりつけ歯科医の機能の充実

第１　基本的な考え方

地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について、地域における連携体制に係る要件として、介護施設等における歯科健診への協力を追加するとともに、継続的な口腔管理・指導に係る実績要件に、歯周病重症化予防治療の実績を算入可能とする。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ １　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。 (1)　（略） (2) 次のいずれにも該当すること。 ア　過去１年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ　（略） (3)～(7)　（略） (8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。 ア～ク　（略） ケ　過去１年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ １　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。 (1)　（略） (2) 次のいずれにも該当すること。 ア　過去１年間に歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ　（略） (3)～(7)　（略） (8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。 ア～ク　（略） （新設）

老人保健施設等における定期的な歯科健診に協力していること。 コ　自治体が実施する事業（ケに該当するものを除く。）に協力していること。 サ・シ　（略）	ケ　自治体が実施する事業に協力していること。 コ・サ　（略）

⑧　地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

（新）　服薬管理指導料の特例
（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

［算定要件］

当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注１に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、59 点を算定する。

［施設基準］

別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。

①　在支診及び在支病による地域連携の推進

第１　基本的な考え方

質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に明記する。

第２　具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において 24 時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク　（略） ケ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。 コ～シ　（略） ス　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関す	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク　（略） ケ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。 コ～シ　（略） （新設）

るサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。 セ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。 ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。	（新設）

②　在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進

第１　基本的な考え方

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、厚生労働省「人生の最終段階における医療･ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ　（略） ワ　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ※　機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ　（略） （新設）

［経過措置］

令和４年３月 31 日において現に届出を行っている診療所等については、同年９月 30 日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

③　在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直す。

第２　具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援病院について、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１若しくは３の届出により要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ １　在宅療養支援病院の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ　（略） シ　以下のいずれかの要件を満たすこと。 ①　当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。 ②　在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保している	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ １　在宅療養支援病院の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ　（略） シ　当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

こと及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去１年間で31件以上あること。 ③　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ていること。 ス　（略） ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。	ス　（略）

④　外来在宅共同指導料の新設

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

⑤　継続診療加算の見直し

「Ⅰ－５－⑥」を参照のこと。

⑥　在宅がん医療総合診療料の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について、小児に対するがん診療に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 注６　15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合には、小児加算として、週に１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。	【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ （新設）

⑦　緊急往診加算の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

小児は、緊急の往診を要する病態（けいれん・呼吸不全等）が成人と異なることを踏まえ、小児患者に対して、当該病態が予想される場合に往診を行った場合について、緊急往診加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ (4)「注１」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合）をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。	【往診料】 ［算定要件］ (4)「注１」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

⑧　複数の訪問看護ステーションによる 24 時間対応体制の見直し

第１　基本的な考え方

利用者が安心して 24 時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、24 時間対応体制加算について、複数の訪問看護ステーションが連携して当該体制を整備する場合の要件を見直す。

第２　具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携することで 24 時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、業務継続計画(BCP)を策定した上で、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (2) 特別地域若しくは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいては、２つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあ	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (2) 特別地域又は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、２つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届

る旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。	け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。
(3) (2)における自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは、次のいずれにも該当するものをいう。 ア　都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業であること。 イ　自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業であること。 ウ　都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理していること。	（新設）
(4)　（略）	(3)　（略）

⑨　業務継続に向けた取組強化の推進

第１　基本的な考え方

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

第２　具体的な内容

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）の一部を改正し、指定訪問看護事業者に対し、業務継続及び早期の業務再開に向けた計画の策定等を義務付ける。また、本改正に際し、２年の経過措置期間を設ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

第二十二条の二　指定訪問看護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

２　指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

３　指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑩　機能強化型訪問看護ステーションの見直し

第１　基本的な考え方

機能強化型訪問看護ステーションの更なる役割の強化を図る観点から、研修の実施等に係る要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．機能強化型訪問看護療養費１及び２について、他の訪問看護ステーションや地域住民等に対する研修及び相談の対応実績があることを必須の要件とするとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【機能強化型訪問看護管理療養費１・２（訪問看護管理療養費）】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円 ハ・ニ　（略）	【機能強化型訪問看護管理療養費１・２（訪問看護管理療養費）】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,530円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,500円 ハ・ニ　（略）
［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 へ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。	［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 （新設）
(2) 機能強化型訪問看護管理療養費２の基準 へ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。	(2) 機能強化型訪問看護管理療養費２の基準 （新設）
［経過措置］ 一　令和四年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養	［経過措置］ 一　令和二年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養

費１又は２に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和四年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のへ及び(2)のへに該当するものとみなす。	費１から３までに係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和三年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のロ、(2)のロ又は(3)のロに該当するものとみなす。

２．機能強化型訪問看護管理療養費１から３までの要件において、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１ ケ　在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。 ※　機能強化型訪問看護管理療養費２及び３についても同様。	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１ （新設）

⑪　医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションの利用者に係る関係機関との連携を更に推進する観点から、訪問看護情報提供療養費の対象者及び情報提供先等を見直す。

第２　具体的な内容

１．訪問看護情報提供療養費１における情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加するとともに、対象となる利用者の範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
【訪問看護情報提供療養費１】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係	【訪問看護情報提供療養費１】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない。

る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない。 ［施設基準］ 九　訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3)　（略） (4) 十八歳未満の児童	［施設基準］ 九　訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3)　（略） (4) 十五歳未満の小児

２．訪問看護情報提供療養費２について、情報提供先に高等学校等を追加し、対象となる利用者の年齢を引き上げるとともに、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【訪問看護情報提供療養費２】 ［算定要件］ 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することと	【訪問看護情報提供療養費２】 ［算定要件］ 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第39条第１項に規定する保育所等、学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に

なる月については、当該学校等につき月１回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。	限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。
［施設基準］ 十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) 十八歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者	［施設基準］ 十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

⑫　訪問看護指示書の記載欄の見直し

第１　基本的な考え方

医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

第２　具体的な内容

令和３年度介護報酬改定において、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションの時間及び実施頻度等を訪問看護指示書に記載することとされたことを踏まえ、医療保険制度においても同様の対応を行うこととし、訪問看護指示書に当該事項に係る記載欄を設ける。

⑬　専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、専門性の高い看護師による同行訪問について、当該看護師が受講する褥瘡ケアに係る専門の研修に、特定行為研修を追加する。

第２　具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師として、特定行為研修修了者（創傷管理関連）を追加する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 ［施設基準］ ４　訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師 　次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式４を用いること。 (1)　（略） (2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの<u>又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律</u>	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 ［施設基準］ ４　訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師 　次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式４を用いること。 (1)　（略） (2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる創傷管理関連の研修 イ　（略） (3)　（略） ※　在宅患者訪問看護・指導料の３及び同一建物居住者訪問看護・指導料の３についても同様。	イ　（略） (3)　（略）

⑭　専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

質の高い訪問看護の更なる充実を図る観点から、専門性の高い看護師が、利用者の病態に応じた高度なケア及び管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しく	【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （新設）

は化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。） 2,500円 ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号Ｃ００７の注３又は区分番号Ｉ０１２－２の注３に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。） 2,500円	
［施設基準］ (7) 訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準 次のいずれかに該当するものであること。 イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。 ロ　保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。 ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

⑮　訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、医師が特定行為を行う必要性を認めた患者の病状の範囲及び診療の補助の内容等に係る手順書を交付した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護指示料】 ［算定要件］ 注３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り150点を所定点数に加算する。 ４・５　（略） (5) 保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の	【訪問看護指示料】 ［算定要件］ （新設） ３・４　（略） （新設）

管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものとする。 ア　気管カニューレの交換 イ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ　膀胱ろうカテーテルの交換 エ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ　創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ　脱水症状に対する輸液による補正 ※　精神科訪問看護指示料についても同様。	

⑯　退院日のターミナルケアの見直し

第１　基本的な考え方

在宅での看取りに係る評価を拡充する観点から、訪問看護ターミナルケア療養費について要件を見直す。

第２　具体的な内容

訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件において、死亡日及び死亡日前 14 日以内に２回以上実施することとされている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。

改　定　案	現　　行
【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 注１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡	【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 注１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡

日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。
注２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	注２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

⑰　複数名訪問看護加算の見直し

第１　基本的な考え方

看護補助者による複数回の同行訪問のニーズを踏まえ、複数名訪問看護加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

複数名訪問看護加算（複数名訪問看護・指導加算）における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ・ロ　（略） ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他	【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ・ロ　（略） ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補

職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） (1)～(3)　（略） ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） (1)～(3)　（略） ［施設基準］ (1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者 一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの イ～ニ　（略） ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。） ヘ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。） ※　在宅患者訪問看護・指導料の注７及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様。	助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） (1)～(3)　（略） ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） (1)～(3)　（略） ［施設基準］ (1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者 一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの イ～ニ　（略） ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。） ヘ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

⑱　医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第１　基本的な考え方

退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院支援指導加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注７　指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円（区分番号０１の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）を加算する。（中略）	【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注７　指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。（中略）

⑲　同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し

第１　基本的な考え方

訪問看護の事務手続簡素化の観点から、難病等複数回訪問加算等における同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を見直す。

第２　具体的な内容

訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。

改　定　案	現　　行
【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 (1)　同一建物内１人又は２人　4,500円 （削除） (2)　同一建物内３人以上　4,000円 ロ　１日に３回以上の場合 (1)　同一建物内１人又は２人　8,000円 （削除）	【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 (1)　同一建物内１人　4,500円 (2)　同一建物内２人　4,500円 (3)　同一建物内３人以上　4,000円 ロ　１日に３回以上の場合 (1)　同一建物内１人　8,000円 (2)　同一建物内２人

(2)　同一建物内３人以上 7,200円 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。	8,000円 (3)　同一建物内３人以上 7,200円

⑳　質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療や医療機関の実態を踏まえた見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が 20 分未満の歯科訪問診療を行った場合の減算（100 分の 70）について、歯科訪問診療１から３までについてはそれぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 70、100 分の 60 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ　（略）	【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ　（略）

２．在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象疾患に口腔機能低下症が含まれることを明確化する。また、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、対象患者の年齢を 15 歳未満から 18 歳未満に引き上げるとともに、18 歳に達した日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要な者を対象患者に追加し、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 １　10歯未満　400点	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 １　10歯未満　350点

２　10歯以上20歯未満　500点 ３　20歯以上　600点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。 【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 600点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。	２　10歯以上20歯未満　450点 ３　20歯以上　550点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。 【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。

３．在宅療養支援歯科診療所１及び２の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を変更するとともに、当該施設基準に関連する項目の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患在宅療養管理料】 １　在宅療養支援歯科診療所１の場	【歯科疾患在宅療養管理料】 １　在宅療養支援歯科診療所１の場

合　340点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　230点 【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療料１及び歯科訪問診療２を合計18回以上算定していること。 イ～オ　（略） カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。 キ～コ　（略） (2) 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計4回以上算定していること。 イ・ウ　（略） (3) 令和４年３月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の（１）のアの	合　320点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　250点 【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療料１及び歯科訪問診療２を合計15回以上を算定していること。 イ～オ　（略） カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。 キ～コ　（略） (2) 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計10回以上算定していること。 イ・ウ　（略） （新設）

基準を満たしているものとみなす。 ※　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様	

㉑　在宅医療における医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算１について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）における歯科医療機関連携加算１について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し､｢医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。

改　定　案	現　　行
【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料（Ⅰ））】 ［算定要件］ (25)　「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア　（略） イ　医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料（Ⅰ））】 ［算定要件］ (25)　「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア　（略） イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

㉒　患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第１　基本的な考え方

在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

改　定　案	現　　行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。 ※　在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。

２．在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算は算定できない。 ［施設基準］ 十一の四　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注４に規定する施設基準 (1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 (2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。 ※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

３．在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一の五　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注７に規定する施設基準 　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。 ※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

㉓　薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第１　基本的な考え方

入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患	【退院時共同指導料】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患

者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。	者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
(2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。	(2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の別添３の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
（削除）	(3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の３者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち２者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
(3) (2)において、患者の個人情報を	(4) (2)及び(3)において、患者の個人

当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。 (4)～(6)　（略） ※　情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。 (5)～(7)　（略）

㉔　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号Ｃ００１の注８に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第４の４の３の３に規定する地域に居住している利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。 ［施設基準］ 七　訪問看護ターミナルケア療養費	【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

の注４に規定する基準 　情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。	

①　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注７における情報提供先に保育所等を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

②　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）注７における対象患者に、小児慢性特定疾病支援の対象患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

③　医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

第１　基本的な考え方

在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）注２における情報提供先に児童相談所を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (11)　「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (11)　「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。

④　周術期の栄養管理の推進

第１　基本的な考え方

周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

全身麻酔下で実施する手術を要する患者に対して、医師及び管理栄養士が連携し、当該患者の日々変化する栄養状態を把握し、術前・術後における適切な栄養管理を実施した場合の評価を新設する。

（新）　周術期栄養管理実施加算　270 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270 点を所定点数に加算する。

（２）この場合において、区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

（２）総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤　栄養サポートチーム加算の見直し

第１　基本的な考え方

入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

第２　具体的な内容

栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） ソ　栄養サポートチーム加算 ツ～オ　（略） 【栄養サポートチーム加算】 ［算定要件］ 注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定で	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） （新設） ソ～ノ　（略） 【栄養サポートチーム加算】 ［算定要件］ 注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定で

きるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	きるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

⑥　病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

管理栄養士が､特定機能病院入院基本料を算定している患者に対して、栄養スクリーニング、他職種とのカンファレンス等の実施による栄養管理を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対して退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について更に評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算（入院初日及び退院時）　270 点

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る。）に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号）第 34 条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、栄養情報提供加算として 50 点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

（２）入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（３）栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

⑦　褥瘡対策の見直し

第１　基本的な考え方

入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

第２　具体的な内容

入院患者に対する褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し、当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める。

改　定　案	現　　行
【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】 ［施設基準］ ４　褥瘡対策の基準 (4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。 (5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添６の別紙３に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。 (6)～(8)　（略）	【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】 ［施設基準］ ４　褥瘡対策の基準 （新設） （新設） (4)～(6)　（略）

⑧　手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。

（新）　術後疼痛管理チーム加算（１日につき）　100 点

［対象患者］

全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって､継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（３）当該保険医療機関内に、以下の３名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）

が設置されていること。

ア　麻酔に従事する専任の常勤医師

イ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

（４）術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

（５）算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（※）急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能とする。

⑨　在宅医療における医科歯科連携の推進

「Ⅰ－６－㉑」を参照のこと。

⑩　総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

HIV 感染症等の口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

第２　具体的な内容

総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。

１．施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。

２．対象患者にHIV感染症患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
(16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保	(16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該

険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
［施設基準］ 六の二の四　歯科治療時医療管理料の施設基準	［施設基準］ 六の二の四　歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準
(1)～(4)　（略）	(1)～(4)　（略）
【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】 注４　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。	【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
(7)「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、	(7)「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定

診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。 ［施設基準］ 八　在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4)　（略）	める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。 ［施設基準］ 八　歯科疾患在宅療養管理料の注４に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4)　（略）

⑪　薬局に係る退院時共同指導料の見直し

「Ⅰ－６－㉓」を参照のこと。

⑫　処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第１　基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

第２　具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

［対象患者］

（１）医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

［留意事項］

（１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。

（２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回までとする。また、１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

（３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

（４）リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内とする。

（５）保険薬局は、１回目又は２回目（３回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

（６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤

することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。

また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

（７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。

（８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案）　（※）**太字下線部**が見直し内容

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）

患者	氏　名			保険医療機関の所在地及び名称 電　話　番　号 保 険 医 氏 名　㊞
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女	
	区　分	被保険者	被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局に提出すること。）

処方	変更不可	（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。） **リフィル可　□　（　　回）**
備考	保険医署名	（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考　１．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
２．この用紙は、Ａ列５番を標準とすること。
３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

⑬　処方箋料の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な処方を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

リフィル処方箋により、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

改　定　案	現　　行
【処方箋料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合（処方箋の複数回（３回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	【処方箋料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

①　地域医療体制確保加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算　　620点 ［施設基準］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 (2)　（略） 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。 ア　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上であること。 イ　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 1,000 件以上であり、かつ、区分番号「Ａ	【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算　　520点 ［施設基準］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2)　（略） 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 （新設）

２３７」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ウ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発 0331 第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。	（新設）

２．医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3)　（略） ③　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」（以下「時短計画作成ガイドライン」という。）に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 （削除）	【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3)　（略） ③　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 ④　③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負

（削除）	担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 ⑤　③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討したうえで、必要な事項を記載すること。 ア～キ　（略）
２　届出に関する事項 (3)　令和４年３月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、１の(3)の③及び④の基準を満たしているものとする。	２　届出に関する事項 （新設）

①　勤務医の負担軽減の取組の推進

第１　基本的な考え方

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る時間外加算１等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

手術及び処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の要件について、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師１人当たりの当直回数に規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

改　定　案	現　　行
【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ ６　当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。 (2) 以下のア及びイの事項について記録していること。 ア　当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日 イ　当該加算を算定している全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行	【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ ６　当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。 (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年１月から12月までのものを作成し、少なくとも５年間保管していること。

った日 (3) (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間４日以内であり、かつ、(2)のイの２日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間４回以内であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。 ９　届出に関する事項 (4) 令和４年３月31日時点で時間外加算１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、６の(2)のイ及び(3)の基準を満たしているものとする。 ※　休日加算１及び深夜加算１についても同様。	(3) (2)の当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日６人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、当該日数には数えない。 ９　届出に関する事項 （新設）

②　夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し

第１　基本的な考え方

看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直すとともに、業務管理等の項目を見直す。

第２　具体的な内容

１．夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。

改　定　案	現　　行
【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。	【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき45点を所定点数に加算する。
【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　146点	【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　141点

ロ　15日以上30日以内の期間　121点	ロ　15日以上30日以内の期間　116点
【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 ハ　夜間看護配置加算１　105点 ニ　夜間看護配置加算２　55点	【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 ハ　夜間看護配置加算１　100点 ニ　夜間看護配置加算２　50点
【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　125点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　120点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　105点	【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　120点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　115点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　100点
【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　110点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　90点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算	【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　105点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　85点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算

１　70点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 ２　45点 【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算）】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病	１　65点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 ２　40点 【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算）】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病

棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

２．夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）等の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」について、「11 時間以上の勤務間隔の確保」又は「連続する夜勤の回数が２回以下」のいずれかを満たしていることを必須化する。

改　定　案	現　　行
【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ ９　夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。 ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ　（略） ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。 エ～ケ　（略） 11　届出に関する事項 (4) 令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行ってい	【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ ９　夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、３項目以上を満たしていること。 ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ　（略） ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。 エ～ケ　（略） 11　届出に関する事項 （新設）

る保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、９の(2)の基準を満たしているものとする。 ※　障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対１配置加算１及び看護職員夜間16対１配置加算１に限る）、看護補助加算の注３に規定する夜間看護体制加算についても同様。	

３．看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち満たすべき項目の数について、２項目以上から３項目以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 ［施設基準］ ４　看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ク　（略） ５　届出に関する事項 (3) 令和４年３月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っ	【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 ［施設基準］ ４　看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、２項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、２項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ク　（略） ５　届出に関する事項 （新設）

ている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、４の(3)の基準を満たしているものとする。 ※　精神科救急・合併症入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。	

①　医師事務作業補助体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算１及び２について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
１　医師事務作業補助体制加算１	１　医師事務作業補助体制加算１
イ　15 対１補助体制加算　1,050 点	イ　15 対１補助体制加算　970 点
ロ　20 対１補助体制加算　835 点	ロ　20 対１補助体制加算　758 点
ハ　25 対１補助体制加算　705 点	ハ　25 対１補助体制加算　630 点
ニ　30 対１補助体制加算　610 点	ニ　30 対１補助体制加算　545 点
ホ　40 対１補助体制加算　510 点	ホ　40 対１補助体制加算　455 点
ヘ　50 対１補助体制加算　430 点	ヘ　50 対１補助体制加算　375 点
ト　75 対１補助体制加算　350 点	ト　75 対１補助体制加算　295 点
チ　100 対１補助体制加算　300 点	チ　100 対１補助体制加算　248 点
２　医師事務作業補助体制加算２	２　医師事務作業補助体制加算２
イ　15 対１補助体制加算　975 点	イ　15 対１補助体制加算　910 点
ロ　20 対１補助体制加算　770 点	ロ　20 対１補助体制加算　710 点
ハ　25 対１補助体制加算　645 点	ハ　25 対１補助体制加算　590 点

ニ　30対１補助体制加算 560点 ホ　40対１補助体制加算 475点 ヘ　50対１補助体制加算 395点 ト　75対１補助体制加算 315点 チ　100対１補助体制加算 260点	ニ　30対１補助体制加算 510点 ホ　40対１補助体制加算 430点 ヘ　50対１補助体制加算 355点 ト　75対１補助体制加算 280点 チ　100対１補助体制加算 238点
第４の２　医師事務作業補助体制加算 ２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準 当該保険医療機関における３年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。	第４の２　医師事務作業補助体制加算 ２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。 病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。
（削除）	ア　病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
（削除）	イ　外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当

	該時間に組み込むことはできない。 　ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準 　それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者が配置されていること。	３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準 　それぞれの配置区分ごとに、２の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

②　特定行為研修修了者の活用の推進

第１　基本的な考え方

医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。

第２　具体的な内容

精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (2)　（略） ア　国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。 ※　栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算についても同様。	【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (2)　（略） ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。

③　病棟薬剤業務実施加算の見直し

第１　基本的な考え方

小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療

を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

④　周術期における薬学的管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【麻酔管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注５　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の二　周術期薬剤管理加算の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。 (2)　病棟薬剤業務実施加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ※　麻酔管理料（Ⅱ）についても同様。	【麻酔管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑤　看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ　夜間看護加算の施設基準 ①～③　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき45点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 （新設） イ～ハ　（略） （新設）

① イの①及び②を満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注９ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ 看護補助加算 (1) 14日以内の期間 146点 (2) 15日以上30日以内の期間 121点 ロ 看護補助体制充実加算 (1) 14日以内の期間 151点 (2) 15日以上30日以内の期間 126点	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注９ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点
［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 看護補助加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ①～④ （略） ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が	［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助加算の施設基準 （新設） 次のいずれにも該当すること。 イ～ニ （略） （新設）

整備されていること。	
【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 （新設）
【看護補助加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	【看護補助加算】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 十三　看護補助加算の施設基準 (6) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備され	［施設基準］ 十三　看護補助加算の施設基準 （新設）

ていること。 【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 地域包括ケア病棟入院料の注４に規定する施設基準 イ　看護補助者配置加算の施設基準 ①・②　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準 ①　イの①を満たすものであること。 ②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 看護補助者配置加算の施設基準 （新設） イ・ロ　（略） （新設）

①　医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

第１　基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［施設基準］ (5)　(4)に規定する連携機関の職員との年３回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(10)の例による。 ※　感染防止対策加算、退院時共同指	【入退院支援加算】 ［施設基準］ (5)　(4)に規定する連携機関の職員との年３回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該３回中１回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該３回中３回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(10)の例による。

導料１及び２、介護支援等連携指導料についても同様。 ※　訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。	
【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 ［算定要件］ (23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ　（略） ウ　当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。	【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 ［算定要件］ (23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ　（略） ウ　当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の（イ）及び（ロ）を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。 （イ）　当該カンファレンスに３者以上が参加すること （ロ）　当該３者のうち２者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。 なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。
（削除）	エ　また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病

	棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の（イ）から（ハ）までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。 （イ）～（ハ）　（略）
エ　ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。 ※　在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料についても同様。 ※　訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様。	オ　ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

②　医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第１　基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

第２　具体的な内容

１．所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。

２．訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。

３．レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。

４．小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

③　標準規格の導入に係る取組の推進

第１　基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

第２　具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算（入院初日）】 ［施設基準］ ３　届出に関する事項 (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。 (2) 毎年７月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添７の様式により届け出ること。	【診療録管理体制加算（入院初日）】 ［施設基準］ ３　届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。

①　入退院支援の推進

第１　基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算１及び２について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ (2) 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ　（略） サ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること シ　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること ス　その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ (2) 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ　（略） （新設） （新設） サ　その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

２．入退院支援加算１の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を 20 以上から 25 以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICT を活用した対面によらない方法により実施することを認める。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算１】 ［算定要件］ イ　一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ　療養病棟入院基本料等の場合 1,300点	【入退院支援加算１】 ［算定要件］ イ　一般病棟入院基本料等の場合 600点 ロ　療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 ［経過措置］	【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 ［経過措置］

１の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和４年３月31日において現に入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。	（新設）

②　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－３－㉖」を参照のこと。

③　画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

（新）　報告書管理体制加算（退院時１回）　７点

［対象患者］
画像診断又は病理診断が行われた入院患者

［算定要件］
組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第４部画像診断又は第 13 部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
（２）医療安全対策加算１又は２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）画像診断管理加算２若しくは３又は病理診断管理加算１若しくは２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（４）医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
（５）組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。
（６）当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
（７）報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年１回程度実施していること。
（８）報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月１回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

④　療養・就労両立支援指導料の見直し

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

１．療養・就労両立支援指導料の対象疾患に、心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加する。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 ［施設基準］ 別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 心疾患 糖尿病 若年性認知症 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患	【療養・就労両立支援指導料】 ［施設基準］ 別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患

２．患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供先に、当該患者が勤務する事業場の衛生推進者を追加する。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。	【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。

⑤　手術等の医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

３．外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。また、レジストリの解析結果に基づき、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の食道癌、胃癌及び直腸癌の手術に係る施設基準の見直しを行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘（消化管再建を伴うもの）（頚部・胸部・腹部の操作）
（２）小児食物アレルギー負荷試験
（３）放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍に対するもの）
（４）在宅ハイフローセラピー装置加算
（５）鼻腔・咽頭拭い液採取

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】
（１）陽子線治療（※１）
（２）重粒子線治療（※２）
（３）ＬＤＬアフェレシス療法

（４）ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法
（５）流産検体を用いた染色体検査
※１：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
※２：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

【廃止を行う技術の例】
（１）椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

改　定　案	現　　行
【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 ［施設基準］ １　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1)　（略） （削除） (2)～(8)　（略）	【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 ［施設基準］ １　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1)　（略） (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)～(9)　（略）
【腹腔鏡下胃切除術】 ［施設基準］ １　腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1)　（略） （削除） (2)～(8)　（略）	【腹腔鏡下胃切除術】 ［施設基準］ １　腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1)　（略） (2) 以下のアからウまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 ア　腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） イ　腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） ウ　腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） (3)～(9)　（略）

２．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】

（新）　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

１	１センチメートル未満のもの	16,000 点
２	１センチメートル以上のもの	22,960 点

３．外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2022」において、実態調査を踏まえてデータが更新された手術について、手術の技術度や必要な医師数等を参考に、技術料の見直しを行う。

⑥　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　微生物核酸同定・定量検査

サイトメガロウイルス核酸定量　450 点

⑦　家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

第１　基本的な考え方

家族性大腸腺腫症の適切な治療の提供に係る評価を推進する観点から、内視鏡手術を行った場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

消化管ポリポーシスのうち、家族性大腸腺腫症については、放置するとほぼ確実に大腸がんを発症することを踏まえ、内視鏡により大腸ポリープを徹底的に摘除した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 ［算定要件］ 注　家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年１回に限り5,000点を所定点数に加算する。	【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 ［算定要件］ （新設）

⑧　人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

人工呼吸器や ECMO を用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．人工呼吸を実施する患者に対して、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき） イ　14日目まで　950点 ロ　15日目以降　815点	【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点
［算定要件］ 注３　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。	［算定要件］ （新設）
４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。	（新設）
(10)　「３」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。	（新設）
(11)　「３」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患	（新設）

者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。 (12) 「注３」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。 ア　自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。 イ　当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から４時間程度を目安とする。 ウ　意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。 エ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。	（新設）
(13) 「注４」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。 ア　自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。 イ　以下のいずれにも該当すること。 (ｲ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。 (ﾛ) 酸素化が十分であること。 (ﾊ) 血行動態が安定している	（新設）

こと。 (ニ) 十分な吸気努力があること。 (ホ) 異常な呼吸様式ではないこと。 (ヘ) 全身状態が安定していること。 ウ　人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。 (イ) 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）50%以下、CPAP (PEEP)≦5cmH20かつPS≦5cmH20 (ロ) ＦＩＯ２50%以下相当かつＴピース エ　ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。 (イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 (ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無 オ　ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。 カ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。	

２．ECMO を用いた重症患者の治療管理について、処置に係る評価を新設し、取扱いを明確化する。

（新）　体外式膜型人工肺（１日につき）

１	初日	30,150 点
２	２日目以降	3,000 点

［算定要件］

（１）カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。

（２）急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。

（３）実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入し

た場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

改　定　案	現　　行
【人工心肺（１日につき）】 ［算定要件］ （削除）	【人工心肺（１日につき）】 ［算定要件］ (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。

３．ECMO を用いた重症患者の治療管理について、治療管理に係る評価を新設する。

（新）　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）

１	７日目まで	4,500 点
２	８日目以降 14 日目まで	4,000 点
３	15 日目以降	3,000 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

（２）急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

（３）治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り 5,000 点を所定点数に加算する。

（４）体外式膜型人工肺管理料は、区分番号Ｋ６０１－２に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

［施設基準］

（１）次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。

ア　区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料

イ　区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料

ウ　区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料

（２）当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

４．第 10 部手術第１節手術料の「第 13 款　臓器提供管理料」を「第 13 款　手術等管理料」に改める。

５．呼吸不全等の患者の治療管理に必要な経皮的動脈血酸素飽和度測定について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）】 35点	【経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）】 30点

⑨　人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

現在実施されている腎代替療法の実態を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対する手厚い情報提供や、移植実施施設における他施設との連携を推進するため、人工腎臓に係る導入期加算について、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の配置要件の追加等の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　400点 ハ　導入期加算３　800点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　導入期加算３の施設基準 ①　導入期加算１の施設基準を満たしていること。 ②　当該療法を行うにつき十分	【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　500点 （新設） ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ　（略） （新設）

な実績を有していること。	
第57の２　人工腎臓	第57の２　人工腎臓
２　導入期加算の施設基準	２　導入期加算の施設基準
(1) 導入期加算１の施設基準	(1) 導入期加算１の施設基準
ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。	関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。	（新設）
(2) 導入期加算２の施設基準	(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべてを満たしていること。	次のすべてを満たしていること。
ア　(1)のアを満たしていること。	ア　導入期加算１の施設基準を満たしていること。
イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。	（新設）
ウ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算３を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。	（新設）
エ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で24回以上算定していること。	イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で12回以上算定していること。
オ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に２人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。	ウ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に３人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
(3) 導入期加算３の施設基準	（新設）
次のすべてを満たしていること。	
ア　(1)のア及び(2)のイを満たし	

ていること。 イ　腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。 ウ　導入期加算１又は２を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。 エ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で36回以上算定していること。 オ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に５人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。 カ　当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に２人以上いること。	
５　届出に関する事項 (4)　令和４年３月31日時点で導入期加算２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。	５　届出に関する事項 （新設）

⑩　在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

第１　基本的な考え方

腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ 注３　注１に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月１回に限り115点を所定点数に加算する。	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
(4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。 イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。 ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。	（新設）

エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。	

⑪　在宅血液透析指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

在宅血液透析患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、在宅血液透析指導管理料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅血液透析指導管理料について、患者等に対する教育や在宅血液透析に関する指導管理の実施に当たっては、日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて行うことを要件化するとともに、当該管理料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅血液透析指導管理料】 10,000点 ［算定要件］ (5) 日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。	【在宅血液透析指導管理料】 8,000点 ［算定要件］ (5) 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

⑫　プログラム医療機器に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設する。

第２　具体的な内容

医科診療報酬点数表の第２章第１部（医学管理等）に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料料の節を新設する。

改　定　案	現　　行
［目次］ 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　第１節　医学管理料等 　　第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 　　第３節　特定保険医療材料料	［目次］ 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　（新設） 　　（新設） 　　（新設）
【第１部　医学管理等】 通則 　１　医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。 　２　医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。	【第１部　医学管理等】 （新設）
第１節　医学管理料等	（新設）

（略） 第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 （略） 第３節　特定保険医療材料料区分 Ｂ２００　特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	（新設） （新設）

⑬　生活習慣病管理料の見直し

第１　基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。

２．糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

３．生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外する。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料】 １　脂質異常症を主病とする場合 570点 ２　高血圧症を主病とする場合 620点 ３　糖尿病を主病とする場合 720点	【生活習慣病管理料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ　高血圧症を主病とする場合 700点 ハ　糖尿病を主病とする場合 800点 ２　１以外の場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ　高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ　糖尿病を主病とする場合

	1,280点
［算定要件］ 注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	［算定要件］ 注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。	(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
(2)～(9)　（略）	(2)～(9)　（略）
(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の	(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の

変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。	変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。

⑭　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、歯周病の安定期治療等及びフッ化物洗口指導等について、診療実態を踏まえた見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。 ２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。 ３　かかりつけ歯科医機能強化型	【歯周病安定期治療(Ⅰ)】 ［算定要件］ 注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅰ)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。 ２　２回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。 （新設）

歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。 ４　歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。 ５　歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 （削除）	３　歯周病安定期治療Ⅰを開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療Ⅰは算定できない。 ４　歯周病安定期治療Ⅰを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 【歯周病安定期治療Ⅱ】

２．フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注８　16歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１	【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注８　13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１

回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。 【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点 ［算定要件］ 注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。	回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。 【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】 ２　在宅等療養患者の場合　110点 ［算定要件］ 注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

①　情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　251点

［対象患者］
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

［算定要件］
（１）保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載してお

くこと。

ア　当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ　当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

（５）当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７）情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

（８）情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

[施設基準]

（１）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

②　情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　73 点
　　外来診療料（情報通信機器を用いた場合）　73 点

［対象患者］
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

［算定要件］
（１）保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が 200 以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対

応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア　当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ　当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

（５）当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７）情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

（８）情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

［施設基準］

（１）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（※）外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

③　情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。

○　検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
○　上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。
①　入院中の患者に対して実施されるもの
②　救急医療として実施されるもの
③　検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④　「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤　精神医療に関するもの

１．検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］ （削除）	【地域包括診療料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療

	料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。
［施設基準］ （削除） ※　認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料についても同様。	［施設基準］ (3) 地域包括診療料の注４に規定する施設基準 オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

２．ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料２、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価の対象に追加する。

改　定　案	現　　行
【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、小児悪性腫瘍患者指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、479点を算定する。	【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (8)の２　小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に規定する施設基準	［施設基準］ （新設）

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ※　ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料２、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料についても同様。	

④　在宅時医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、在宅医療における情報通信機器を用いた医学管理について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点 ③　①及び②以外の場合　880点 (4)　（略） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,515点	【在宅時医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 （新設） (3)　（略） （新設）

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　　843 点 ③　①及び②以外の場合　　440 点 ※　１のロ、２及び３についても同様。	
［算定要件］ 注 12　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	［算定要件］ 注 12　１から３までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100 点を所定点数に加えて算定できる。
［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注 12 及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 （新設）

⑤　施設入居時等医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

施設において療養を行っている患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【施設入居時等医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,249点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点 ③　①及び②以外の場合　880点 (4)　（略） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,125点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　633点	【施設入居時等医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 （新設） (3)　（略） （新設）

③　①及び②以外の場合 440 点 ※　１のロ、２及び３についても同様。 ［算定要件］ 注６　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注 12 及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 （新設）

⑥　訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療を提供する観点から、訪問歯科衛生指導時に情報通信機器を活用した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ （新設）

⑦　情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第１　基本的な考え方

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合　45点 ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合　59点 ［算定要件］ 注３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。	【薬剤服用歴管理指導料】 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注３　４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定

	する加算は算定できない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 九の二　薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する保険薬局の施設基準 (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。 ① 区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料 ② 区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
（削除）	九の三　薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する厚生労働大臣が定めるもの 原則三月以内に区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料１又は２を算定したもの

２．在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者オンライン薬剤管理指導料（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 ［算定要件］ 注２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中	【在宅患者オンライン服薬指導料（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪

心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。	問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月１回に限り57点を算定する。この場合において、注３及び注４に規定する加算並びに区分番号１５の６に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 十一の二　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する施設基準 区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料の４に係る届出を行っている保険薬局であること。
（削除）	十一の三　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定めるもの 区分番号１５の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。

ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。	
【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。
【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。	【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。
【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１	（新設）

回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。 ※　麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。	

⑧　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

第１　基本的な考え方

栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導について評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来栄養食事指導料１及び２について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【外来栄養食事指導料】 イ　外来栄養食事指導料１ (1)　初回 ①　対面で行った場合　260点 ②　情報通信機器等を用いた場合　235点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器等を用いた場合　180点 ロ　外来栄養食事指導料２ (1)　初回 ①　対面で行った場合　250点 ②　情報通信機器等を用いた場合　225点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　190点 ②　情報通信機器等を用いた場合　170点	【外来栄養食事指導料】 イ　外来栄養食事指導料１ (1)　初回　260点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器を用いた場合　180点 ロ　外来栄養食事指導料２ (1)　初回　250点 (2)　２回目以降　190点
［算定要件］ 注１　イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関	［算定要件］ 注１　イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医

の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
２・３　（略）	２　（略）
４　イの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	３　イの⑵の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
５　ロの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	４　ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
６　ロの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	（新設）

⑨　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

第１　基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

第２　具体的な内容

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料について、地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料に拡大する。

改　定　案	現　　行
【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 （新設）
【専門病院入院基本料（13対１）】 ［施設基準］ 六　専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ　十三対一入院基本料の施設基準 ④　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【専門病院入院基本料（13対１）】 ［施設基準］ 六　専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ　十三対一入院基本料の施設基準 （新設）
【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設	【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設

基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①・②　（略） ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。 イ・ロ　（略）
【特殊疾患入院医療管理料】 ［施設基準］ 八　特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【特殊疾患入院医療管理料】 ［施設基準］ 八　特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 （新設）
【特殊疾患病棟入院料】 ［施設基準］ 十二　特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料１の施設基準 ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【特殊疾患病棟入院料】 ［施設基準］ 十二　特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料１の施設基準 （新設）
(2) 特殊疾患病棟入院料２の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 イ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のヘを満たすものであること。 ロ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のロからヘ	(2) 特殊疾患病棟入院料２の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 （新設） イ　（略） ロ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のロからホ

までを満たすものであること。	までを満たすものであること。
【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料１の施設基準 ヲ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 緩和ケア病棟入院料２の施設基準 (1)のイからリまで及びヲを満たすものであること。	【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料１の施設基準 （新設） (2) 緩和ケア病棟入院料２の施設基準 (1)のイからリまでを満たすものであること。
【精神科救急急性期医療入院料】 ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準 ル　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神科救急入院料の施設基準等】 ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準 （新設）

［経過措置］

データ提出加算に係る施設基準について、令和４年３月 31 日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、許可病床数が 200 床以上のものにあっては令和５年３月 31 日までの間、許可病床数が 200 床未満のものにあっては令和６年３月 31 日までの間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。

また、令和４年度診療報酬改定前からデータ提出加算に係る届出を行っていることが要件とされている入院料を届け出ていない保険医療機関であって、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であること

について正当な理由があるものについては、当分の間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。
　さらに、精神科救急急性期医療入院料については、令和６年３月31日までの間に限り、データ提出加算に係る届出の要件を満たすものとみなす。

⑩　診療録管理体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ １　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (1)　（略） (2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。 (3)～(9)　（略） (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティ	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ １　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (1)　（略） (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成29年５月厚生労働省）（以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。）に準拠した体制であること。 (3)～(9)　（略） （新設）

に関する研修を行っていること。さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 ２　診療録管理体制加算２に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)～(5)　（略） ３　届出に関する事項 (1)　診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。 (2)　毎年７月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添７の様式により届け出ること。	 ２　診療録管理体制加算２に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。 (2)～(5)　（略） ３　届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。

⑪　標準規格の導入に係る取組の推進

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

⑫　外来医療等における データ提出に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 四の十一　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準 (1)　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備され	［施設基準］ （新設）

ていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (8) 在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準 イ　在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 ※　施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料についても同様。	［施設基準］ （新設）
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータ	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）

を継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (10) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準 イ　リハビリテーションを実施している患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 ※　脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	［施設基準］ （新設）

（※）「外来医療等のデータ」については、令和５年 10 月診療分をめどにデータ提出を受け付ける方向で対応する。

⑬　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　初診料
　注 14　電子的保健医療情報活用加算　　７点
再診料
　注 18　電子的保健医療情報活用加算　　４点
外来診療料
　注 10　電子的保健医療情報活用加算　　４点

［対象患者］
オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

（※）初診の場合であって、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、令和６年３月 31 日までの間に限り、３点を所定

点数に加算する。

［施設基準］
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

２．保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　調剤管理料
注５　電子的保健医療情報活用加算　３点

［対象患者］
オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。

（※）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあっては、令和６年３月 31 日までの間に限り、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

①　摂食嚥下支援加算の見直し

１　基本的な考え方

中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点 ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点 ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点 (7)　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機	【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週１回に限り200点を所定点数に加算する。 (7)　「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復

能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。	の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
(8) 「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア　摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略） イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。	(8) 「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア　摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。（中略） イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。
［施設基準］ 一の二　摂食機能療法の注３に規定する施設基準 (1) 摂食嚥下機能回復体制加算１の施設基準 イ　摂食機能又は嚥下機能の回復	［施設基準］ 一の二　摂食機能療法の注３に規定する施設基準 （新設） (1) 摂食機能又は嚥下機能の回復の

のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告していること。 ハ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。	ために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。
(2) 摂食嚥下機能回復体制加算２の施設基準 (1)のイ及びロを満たすものであること。	（新設）
(3) 摂食嚥下機能回復体制加算３の施設基準 イ　摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ロ　(1)のロを満たすものであること。 ハ　療養病棟入院料１又は２を算定する病棟を有する病院であること。 ニ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。	（新設）
第45の２　摂食嚥下機能回復体制加算	第45の２　摂食嚥下支援加算
１　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準 (1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア　（略） イ　摂食嚥下機能障害を有する患	１　摂食嚥下支援加算に関する施設基準 (1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。 ア　（略） イ　摂食嚥下機能障害を有する患

者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士 （削除） （削除） ウ　専任の常勤管理栄養士 （削除） （削除） (2)　（略） (3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。 (4) 当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から１年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において３割５分以上であること。 ア　他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの イ　当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造	者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ウ　専任の常勤言語聴覚士 エ　専任の常勤薬剤師 オ　専任の常勤管理栄養士 カ　専任の歯科衛生士 キ　専任の理学療法士又は作業療法士 (2)　（略） (3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。 （新設）

設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者 ２　摂食嚥下機能回復体制加算２に関する施設基準 １の(1)から(3)までの基準を満たしていること。 ３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。 (2)　当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。 (3)　当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、２名以上であること。ただし、令和４年３月31日時点において療養病棟入院料１又は２を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。	（新設） （新設）
４　届出に関する事項 (3)　令和４年３月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和４年度改定前）の区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食嚥下支援	２　届出に関する事項 (3)　１の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常

加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和４年９月30日までの間に限り、１の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。	勤看護師」の規定については、令和２年３月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和２年３月31日において届出を行っていた者が、１の(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和４年３月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。

②　疾患別リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料における標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合において、月に１回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション】 ［算定要件］ ４　（中略） 　また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ	【リハビリテーション】 ［算定要件］ ４　（中略） 　また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ

る場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下この部において「ＦＩＭ」という。）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添２」の様式に基づき、１年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、ＦＩＭ等について報告を行うこととする（ただし、ＦＩＭの測定については、令和４年９月30日までの間にあってはこの限りではない。）。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「ＢＩ」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由などを記載したものであること。	る場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下この部において「ＦＩＭ」という。）又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「ＢＩ」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

③　リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション】 ［算定要件］ ４の４　リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書（以下この項において「計画書」という。）については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機	【リハビリテーション】 ［算定要件］ （新設）

器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。	

④　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

「Ⅲ－２－⑨」を参照のこと。

⑤　外来医療等における
データ提出に係る評価の新設

「Ⅲ－２－⑫」を参照のこと。

①　一般不妊治療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、一般不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　一般不妊治療管理料　250 点

［対象患者］

（１）入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。

（２）不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の 33 に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

（２）区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

（３）治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（４）少なくとも６月に１回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
（５）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
（６）当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
（７）当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
ア　当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
イ　当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２）産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３）当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。
（４）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

[経過措置]
令和４年９月 30 日までの間に限り、（２）から（４）までの基準を満たしているものとする。

２.不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）　<u>人工授精</u>　<u>1,820 点</u>

[算定要件]
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
（２）当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であ

って、妊娠を目的として実施した場合に算定する。
ア　精子・精液の量的・質的異常
イ　射精障害・性交障害
ウ　精子－頚管粘液不適合
エ　機能性不妊
（３）人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
（４）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
（５）必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２）一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　生殖補助医療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、生殖補助医療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　生殖補助医療管理料

１	生殖補助医療管理料１	300 点
２	生殖補助医療管理料２	250 点

［対象患者］

（１）入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。

（２）不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り算定する。

（２）区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

（３）不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において 43 歳未満である場合に限る。）に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療

養上必要な指導等を行った場合に算定する。
（４）治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
（５）少なくとも６月に１回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
（６）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
（７）当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
（８）治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
（９）治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
（10）当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
ア　当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
イ　当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
（２）産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る２年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３）日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る１年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（４）配偶子・胚の管理に係る責任者が１名以上配置されていること。
（５）関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が１名

以上配置されていることが望ましい。

（６）生殖補助医療管理料１を算定する施設については、以下の体制を有していること。

ア　看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。

イ　社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

ウ　他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。

（７）採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。

（８）培養を行う専用の室を備えていること。

（９）凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。

(10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。

(11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

(12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。

(13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催されていること。

(15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。

(16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のＡＲＴ症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施すること。

(17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

(18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。

(19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。

(20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
(21) 毎年７月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

[経過措置]
令和４年３月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については､同年９月 30 日までの間に限り、（２）から（21）までの基準を満たしているものとする。

２．不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的に実施される、血漿中の抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

（新）　内分泌学的検査
　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600 点

[算定要件]
（１）不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、６月に１回に限り算定する。
（２）抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、ＣＬＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。

３．不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

（新）　採卵術　3,200 点
　注
　　イ　１個の場合　2,400 点
　　ロ　２個から５個までの場合　3,600 点
　　ハ　６個から９個までの場合　5,500 点
　　ニ　10 個以上の場合　7,200 点

[算定要件]
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
（２）採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。

（３）当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、体外受精又は顕微授精に用いることを目的として、治療計画に従って実施した場合に算定する。
ア　卵管性不妊
イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）
ウ　機能性不妊
エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
（４）採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

４．不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）　体外受精・顕微授精管理料

１	体外受精	4,200 点
２	顕微授精	
イ	１個の場合	4,800 点
ロ	２個から５個までの場合	6,800 点
ハ	６個から９個までの場合	10,000 点
ニ	10 個以上の場合	12,800 点

[算定要件]
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
（２）体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、１の所定点数の100分の50に相当する点数及び２の所定点数を合算した点数により算定する。
（３）精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000 点を所定点数に加算する。
（４）１については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定

し、２については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。

（５）当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。

ア　卵管性不妊

イ　男性不妊(閉塞性無精子症等)

ウ　機能性不妊

エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

（６）体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。

（７）体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（８）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

（９）体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

５．顕微授精による受精卵の作成に当たり、卵子活性化処理を実施した場合の評価を新設する。

（新）　<u>卵子調整加算</u>　<u>1,000 点</u>

[算定要件]

受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000 点を顕微授精の所定点数に加算する。

６．体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設する。

（新）　受精卵・胚培養管理料

１	１個の場合	4,500 点
２	２個から５個までの場合	6,000 点
３	６個から９個までの場合	8,400 点
４	10 個以上の場合	10,500 点

注

イ	１個の場合	1,500 点
ロ	２個から５個までの場合	2,000 点
ハ	６個から９個までの場合	2,500 点
ニ	10 個以上の場合	3,000 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。

（２）胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。

（３）当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。

（４）受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。

（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

７．受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存に係る医学的管理に係る評価を新設する。

（新）　胚凍結保存管理料

１	胚凍結保存管理料（導入時）	
イ	１個の場合	5,000 点
ロ	２個から５個までの場合	7,000 点
ハ	６個から９個までの場合	10,200 点
ニ	10 個以上の場合	13,000 点
２	胚凍結保存維持管理料	3,500 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。

（２）１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。

（３）当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。

（４）胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。

（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

（６）妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

８．不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

（新）　胚移植術

１	新鮮胚移植の場合	7,500 点
２	凍結・融解胚移植の場合	12,000 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。

（２）当該患者の治療開始日の年齢が 40 歳未満である場合は、患者１人につき６回に限り、40 歳以上 43 歳未満である場合は、患者１人につき３回に限り算定する（ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には､その治療開始日の年齢が 40 歳未満である場合は、患者１人につき６回に限り、40 歳以上 43 歳未満である場合は、患者１人につき３回に限り算定する。)。

（３）当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については１を、凍結胚を融解したものを用いた場合については２を算定する。

（４）胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（５）凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

（７）治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、２回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、２回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

９．胚移植術を実施する患者に対して、着床率の向上を目的として実施する治療に係る評価を新設する。

（新）　胚移植術

注４	アシステッドハッチング	1,000 点
注５	高濃度ヒアルロン酸含有培養液	1,000 点

［算定要件］

（１）胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000 点を所定点数に加算する。

（２）胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000 点を所定点数に加算する。

③　男性不妊治療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、男性不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にＹ染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

（新）　Ｙ染色体微小欠失検査　3,770 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２）Ｙ染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法により測定した場合に限り算定できる。

［施設基準］

（１）次のいずれかに該当すること。

ア　生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

イ　精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２）遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

２．不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設する。

（新）　精巣内精子採取術

１	単純なもの	12,400 点
２	顕微鏡を用いたもの	24,600 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。

（２）１については精巣内精子採取術を行った場合に、２については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。

（３）１については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。

ア　閉塞性無精子症

イ　非閉塞性無精子症

ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの

（４）２については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。

ア　非閉塞性無精子症

イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者

（５）精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（６）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

（７）（３）のウ又は（４）のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

［施設基準］

（１）次のいずれかに該当すること。

ア　次のいずれの基準にも該当すること。

①　当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

②　泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

③　生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ　次のいずれの基準にも該当すること。

①　当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

②　精巣内精子採取術について過去２年に 10 例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について５年以上の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

③　生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

④　泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２）緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

［経過措置］

令和４年３月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

①　がん患者指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連	【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。	
［施設基準］ (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ　がん患者指導管理料のイの施設基準 ①　がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ②　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ロ　がん患者指導管理料のロ、ハ及びニの施設基準 イの①を満たすものであること。 ハ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 （略）	［施設基準］ (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ　がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設） ロ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 （略）
［経過措置］ 令和４年３月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。）。	［経過措置］ （新設）

２．がん患者指導管理料ロについて、がん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。

改　定　案	現　　行

【がん患者指導管理料】 ロ　医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点 ［算定要件］ 注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。 (2) がん患者指導管理料ロ ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。 イ　（略）	【がん患者指導管理料】 ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点 ［算定要件］ 注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。 (2) がん患者指導管理料ロ ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。 イ　（略）

ウ　看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。	ウ　看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

②　外来化学療法に係る栄養管理の充実

第１　基本的な考え方

外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月１回に限り260点を算定する。 ［施設基準］ (6)の２　外来栄養食事指導料の注３に規定する基準 悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。	【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

③　放射線治療病室管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い放射線内用療法の提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

改　定　案	現　　行
【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（１日につき） １　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点 ２　密封小線源による治療の場合　2,200点 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。 ２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（１日につき）　2,500点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注　治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 （新設）

いるものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。 ［施設基準］ 二十一の四　放射線治療病室管理加算の施設基準 (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準 放射性同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。 (2) 密封小線源による治療の場合の施設基準 密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。	［施設基準］ （新設）

④　がんゲノムプロファイリング検査の見直し

第１　基本的な考え方

がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【がんゲノムプロファイリング検査】 44,000点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 ２　抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。 (1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出	【がんゲノムプロファイリング検査】 １　検体提出時　8,000点 ２　結果説明時　48,000点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 （新設） (1) 「１」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイル

時に患者１人につき１回（以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて２回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。 ア・イ　（略） （削除） (2)　（略） (3) がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。 (4)・(5)　（略） （削除） （削除） （削除）	の取得を行う場合に患者１人につき１回（以下のイの場合については２回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。 ア・イ　（略） (2)「２」結果説明時については、「１」検体提出時で得た包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。 (3)　（略） (4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。 (5)・(6)　（略） (7)　（略） (8)　（略） (9)　（略）

(6) 「注２」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。 ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査 イ　大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査 ウ　乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査 エ　固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査 オ　肺癌におけるＭＥＴｅｘ14遺伝子検査 カ　悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査 キ　固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査 ク　胆道癌におけるＦＧＦＲ２融合遺伝子検査 ケ　卵巣癌又は前立腺癌におけるＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子検査	(10) 「２」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。
（削除）	(11) 「１」検体提出時と「２」結果説明時は一連であるため、「１」検体提出時については区分番号「Ｄ０２６」の検体検査判断料及び区分番号「Ｄ０２７」の基本的検体検査判

	断料は算定できない。
［施設基準］ １ がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準 (1)～(3) （略） (4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。）。 　なお、提出に当たっては、Ｃ－ＣＡＴ検査データ転送システム利用規約を遵守していること。 (5) 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。 (6) 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。 (7) （略） (8) エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年７月19日一部改正健発0719第３号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和４年２月）に基づき開催していること。	［施設基準］ １ がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準 (1)～(3) （略） （新設） （新設） （新設） (4) （略） （新設）

２　届出に関する事項 (2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。	２　届出に関する事項 （新設）

２．がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・説明等の評価として、がんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

（新）　　がんゲノムプロファイリング評価提供料　　12,000 点

［対象患者］
　がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

［施設基準］
　がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤　無菌製剤処理料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

第２　具体的な内容

無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【無菌製剤処理料】 ［施設基準］ 三　無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 （削除） イ・ロ　（略）	【無菌製剤処理料】 ［施設基準］ 三　無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ　病院であること。 ロ・ハ　（略）

⑥　悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

（新）　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700 点

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400 点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570 点

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270 点

［対象患者］

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注６から注８までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注４から注６までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注７から注９までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ００１の 23 に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番

号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
（２）１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。
（３）１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。
（４）退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
（５）当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 200 点を加算する。
（６）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り 150 点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
（２）外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
（３）外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
（４）連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
イ　化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

２．１に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第６部注射の通則第６号に規定する外来化学療法加算のイの（１）及びロの（１）

並びに通則第７号に規定する連携充実加算は廃止する。

①　認知症専門診断管理料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直す。

第２　具体的な内容

認知症専門診断管理料２の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

改　定　案	現　　行
【認知症専門診断管理料】 １　（略） ２　認知症専門診断管理料２ イ　基幹型又は地域型の場合　300点 ロ　連携型の場合　280点 ［算定要件］ 注２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。	【認知症専門診断管理料】 １　（略） ２　認知症専門診断管理料２　300点 ［算定要件］ 注２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。

［施設基準］ １　認知症専門診断管理料に関する施設基準 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年７月９日老発0709第３号）の別添２認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。 （削除） ２　（略）	［施設基準］ １　認知症専門診断管理料１に関する施設基準 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年７月９日老発0709第３号）の別添２認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。 ２　認知症専門診断管理料２に関する施設基準 １の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。 ３　（略）

①　療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ ２　相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキ	【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ ２　相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラ

ュラムに即した研修を修了していること。	ムに即した研修を修了していること。

②　薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

第１　基本的な考え方

薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

改　定　案	現　　行
【依存症入院医療管理加算（１日につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 ［施設基準］ 二十六の二　依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整	【重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 ［施設基準］ 二十六の二　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されているこ

備されていること。 (2) 依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者 第17の３　依存症入院医療管理加算 １　依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2)　（略） (3)　アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ　（略） (4)　薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修である（14時間以上の研修時間であるもの）。	と。 (2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 第17の３　重度アルコール依存症入院医療管理加算 １　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2)　（略） (3)　当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。 研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ　（略） （新設）

イ　研修内容に以下の内容を含むものであること。 (ｲ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向 (ﾛ) 依存症患者の精神医学的特性 (ﾊ) 薬物の使用に対する司法上の対応 (ﾆ) 依存症に関連する社会資源 (ﾎ) 依存症に対する集団療法の概要と適応 (ﾍ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点 (ﾄ) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク (5)・(6)　（略）	(4)・(5)　（略）
２　届出に関する事項 依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の３を用いること。	２　届出に関する事項 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の３を用いること。

③　アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設

第１　基本的な考え方

アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【依存症集団療法（１回につき）】 １・２　（略） ３　アルコール依存症の場合　300点 ［算定要件］ 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週１回かつ計10回に限り算定する。 ［施設基準］ 一の五　依存症集団療法の施設基準 (3) アルコール依存症の場合の施設基準 (1)を満たすものであること。	【依存症集団療法（１回につき）】 １・２　（略） （新設） ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 一の五　依存症集団療法の施設基準 （新設）

④　摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について、10 人以上から１人以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【摂食障害入院医療管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ １　摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が１人以上であること。	【摂食障害入院医療管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ １　摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。

２．精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について、Body Mass Index13 未満の摂食障害から Body Mass Index15 未満の摂食障害に拡大する。

改　定　案	現　　行
【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index15未満の摂食障害）の患者	【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index13未満の摂食障害）の患者

⑤　精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院精神療法】 ［算定要件］ 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ［施設基準］ 一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準	【通院精神療法】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。 第47の７　通院・在宅精神療法 ３　通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を３年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。 イ　精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。 (ｲ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要 (ﾛ) 精神症状の病因・病態、治療 (ﾊ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法 (ﾆ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術	第47の７　通院・在宅精神療法 （新設）

(ﾎ) 患者・家族の支援、関係調整 (ﾍ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用） (ﾄ) ストレスマネジメント (ﾁ) コンサルテーション方法 エ　実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。	

⑥　継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

第１　基本的な考え方

在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

第２　具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、⑵のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月に１回に限り算定すること。 ア　ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ　行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ　当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40以下の者	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、⑵のア又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月に１回に限り算定すること。

⑦　児童思春期精神科専門管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

児童・思春期精神医療の外来診療において、２年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

児童思春期精神科専門管理加算のうち、16 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から２年を超えて行った場合についても評価を行う。

改　定　案	現　　行
【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 ［算定要件］ 注４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点 (2) (1)以外の場合　300点	【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 ［算定要件］ 注４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合に限る。）　500点

ロ　（略）	ロ　（略）

⑧　通院・在宅精神療法の見直し

第１　基本的な考え方

精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

通院精神療法及び在宅精神療法のロ及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法（１回につき）】	【通院・在宅精神療法（１回につき）】
１　通院精神療法	１　通院精神療法
イ　（略）	イ　（略）
ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点
(1) 精神保健指定医による場合 560点	
(2) (1)以外の場合 540点	
ハ　イ及びロ以外の場合	ハ　イ及びロ以外の場合
(1) 30分以上の場合	(1) 30分以上の場合 400点
①　精神保健指定医による場合 410点	
②　①以外の場合 390点	
(2) 30分未満の場合	(2) 30分未満の場合 330点
①　精神保健指定医による場合 330点	
②　①以外の場合 315点	
２　在宅精神療法	２　在宅精神療法
イ　（略）	イ　（略）
ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点
(1) 精神保健指定医による場合	

620点 (2) (1)以外の場合 600点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 550点 ② ①以外の場合 530点 (2) 30分以上60分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 410点 ② ①以外の場合 390点 (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点	ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 540点 (2) 30分以上60分未満の場合 400点 (3) 30分未満の場合 330点

⑨　精神科救急医療体制の整備の推進

第１　基本的な考え方

精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神科救急入院料について、名称を精神科救急急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた３区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、５名以上から４名以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　2,400点 ２　31日以上60日以内の期間　2,100点 ３　61日以上90日以内の期間　1,900点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。 （中略） ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の	【精神科救急入院料（１日につき）】 １　精神科救急入院料１ イ　30日以内の期間　3,579点 ロ　31日以上の期間　3,145点 ２　精神科救急入院料２ イ　30日以内の期間　3,372点 ロ　31日以上の期間　2,938点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。 （中略） ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準

施設基準 イ～ニ　（略） ホ　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が四名以上配置されていること。 ヘ～ヌ　（略） (2) 精神科救急急性期医療入院料の対象患者 （略） (3) 精神科救急急性期医療入院料の注２の除外薬剤・注射薬 （略） (4) 精神科救急急性期医療入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態 （略） (5) 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準 （略） (6) 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日 （略）	イ～ニ　（略） ホ　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。 ヘ～ヌ　（略） (2) 精神科救急入院料の対象患者 （略） (3) 精神科救急入院料の注２の除外薬剤・注射薬 （略） (4) 精神科救急入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態 （略） (5) 精神科救急入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準 （略） (6) 精神科救急入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日 （略）
第15　精神科救急急性期医療入院料 １　精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が４名以上常勤していること。 (3)～(12)　（略） (13) 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下である	第15　精神科救急入院料 １　精神科救急入院料に関する施設基準等 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が５名以上常勤していること。 (3)～(12)　（略） (13) 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を

こと。	超える場合にはその２割以下であること。ただし、平成30年３月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和４年３月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
(14) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であること。 イ　全ての入院形式の患者受入れが可能であること。 ウ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は(12)のアの地域における人口１万人当たり0.37件以上であること。そのうち６件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。 エ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	（新設）
(15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホ	

ーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）	
（削除）	２　精神科救急入院料１に関する施設基準等 （略）
（削除）	３　精神科救急入院料２に関する施設基準等 （略）

２．精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた３区分の評価に見直す。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を 130 床以下に限定する。

改　定　案	現　　行
【精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）】 １　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　2,000点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,700点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,500点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,885点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,600点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,450点	【精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）】 １　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,997点 ロ　31日以上の期間　1,665点 （新設） ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,883点 ロ　31日以上の期間　1,554点 （新設）
［施設基準］ 第16　精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準	［施設基準］ 第16　精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

カ　当該病棟の病床数は、130床以下であること。	カ　当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下であること。

３．精神科救急・合併症入院料について、入院期間に応じた３区分の評価に見直すとともに、入院基本料等加算のうち精神科身体合併症管理加算等、リハビリテーションのうち心大血管疾患リハビリテーション料等及び処置のうち人工腎臓等の費用を包括評価の範囲から除外する。また、常勤の精神保健指定医の配置要件及び実績要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急・合併症入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　3,600点 ２　31日以上60日以内の期間　3,300点 ３　61日以上90日以内の期間　3,100点 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に	【精神科救急・合併症入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　3,579点 ２　31日以上の期間　3,145点 （新設） ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻

掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
［施設基準］ 十五の二　精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ　（略） へ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が二名以上配置されていること。 ト～ル　（略） (2)～(6)　（略）	［施設基準］ 十五の二　精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ　（略） へ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が三名以上配置されていること。 ト～ル　（略） (2)～(6)　（略）

第16の２　精神科救急・合併症入院料 (1)～(11)　（略） (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であること。 （削除） （削除） イ・ウ　（略） (13)　（略） (14) 以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は５件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 ア・イ　（略）	第16の２　精神科救急・合併症入院料 (1)～(11)　（略） (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間200件以上又は次の地域における人口１万人当たり2.5件以上であること。 (ｲ)　（略） (ﾛ)　（略） イ・ウ　（略） (13)　（略） (14) 以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 ア・イ　（略）
【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 第16の３　精神科身体合併症管理加算 １　精神科身体合併症管理加算の施設基準 (1)　（略） (2) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番	【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 第16の３　精神科身体合併症管理加算 １　精神科身体合併症管理加算の施設基準 (1)　（略） (2) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番

号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。	号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

４．精神科急性期医師配置加算１及び３について、精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟において算定可能とするとともに、精神保健指定医の配置に係る要件を設ける。

改　定　案	現　　行
【精神科急性期医師配置加算（１日につき）】 １　（略） ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　（略） ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　450点 ３　精神科急性期医師配置加算３　400点	【精神科急性期医師配置加算（１日につき）】 １　（略） ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　（略） ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　500点 ３　精神科急性期医師配置加算３　450点
三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)　（略） (2) 精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 二　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が二名以上配置されていること。 (3)　（略） (4) 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準	三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)　（略） (2) 精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 （新設） (3)　（略） (4) 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準

イ　(2)のイを満たすものであること。 ロ　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 (5)　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　(2)のハを満たすものであること。 第26の８　精神科急性期医師配置加算 ６　届出に関する事項 (1)　（略） (2)　令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和６年３月31日までの間に限り、２の(2)及び５の(2)の基準を満たしているものとする。 【精神科救急急性期医療入院料】 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。	(2)のイ及びハを満たすものであること。 （新設） (5)　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　(2)のハを満たすものであること。 第26の８　精神科急性期医師配置加算 ６　届出に関する事項 （略） 【精神科救急入院料】 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

５．地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 ６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神科救急医療体制加算１　600点 ロ　精神科救急医療体制加算２　590点 ハ　精神科救急医療体制加算３　500点 ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (7) 精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ　精神科救急医療体制加算１の施設基準 ①　当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。	【精神科救急入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。 （新設） ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 （新設）

②　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。 ③　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ④　精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　精神科救急医療体制加算２の施設基準 ①　イの①から③までを満たすものであること。 ②　精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　精神科救急医療体制加算３の施設基準 ①　イの①から③までを満たすものであること。 ②　精神科救急医療を行う体制が整備されていること。	
(8) 精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合	（新設）
第15　精神科救急急性期医療入院料 ５　精神科救急医療体制加算の施設基準等 (1) 精神科救急医療体制加算１の施設基準 ア　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業	第15　精神科救急入院料 （新設）

（以下、「本事業」という）に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。 (ﾛ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。）が五名以上配置されていること。 (ﾊ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口１万人当たり0.5件以上であること。そのうち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（本事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。 ① 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） ② １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域 (ﾆ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 イ 複数の病棟において当該加算	

の届出を行う場合については、アの(ﾊ)の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。 ウ　病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。 エ　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。 (2) 精神科救急医療体制加算２の施設基準 ア　(1)のアからウまでを満たすこと。 イ　本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。 (3) 精神科救急医療体制加算３の施設基準 ア　(1)のアからウまでを満たすこと。 イ　本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。 (4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和４年３月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。	

［経過措置］ 　令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和四年九月三十日までの間に限り、第九の十四の⑺のイの①、ロの①（イの①に限る。）及びハの①（イの①に限る。）に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑩　クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の保険医療機関から転院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ　（略） ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者 (2)　（略）	【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ　（略） ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者 (2)　（略）

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ　（略） (4)～(17)　（略） (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。 ※　精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。	(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ　（略） (4)～(17)　（略） (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

⑪　かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　こころの連携指導料（Ⅰ）　350 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。

（２）精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又は K-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。

（３）診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。

（４）当該患者に対する２回目以降の診療等においては、連携する精神

科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、２回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（５）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。

（６）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

［施設基準］

（１）精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２）当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。

２．孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　こころの連携指導料（Ⅱ）　500点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号Ｂ００５－１２に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。

（２）当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。

（３）当該患者に対する２回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（４）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ０１

１に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。
（５）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]
（１）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
（２）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

⑫　救急患者精神科継続支援料の見直し

第１　基本的な考え方

自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

改　定　案	現　　行
【救急患者精神科継続支援料】 １　入院中の患者　900点 ２　入院中の患者以外　300点 ［算定要件］ 注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に週１回に限り算定する。 ３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週１回に限り算定する。 ［施設基準］ １　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。	【救急患者精神科継続支援料】 １　入院中の患者　435点 ２　入院中の患者以外　135点 ［算定要件］ 注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に月１回に限り算定する。 ３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後６月を限度として、計６回に限り算定する。 ［施設基準］ １　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項 (1) 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の６を用いること。専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。 (2) 令和４年３月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)の基準を満たしているものとする。	２　届出に関する事項 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の６を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。 （新設）

⑬　救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料（１日につき）】 ［算定要件］ 注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２４８に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。 イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合	【救命救急入院料（１日につき）】 ［算定要件］ 注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点 注10　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｉ００２－３に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。	（新設）
［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 (4) 救命救急入院料の注２のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準 自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 （新設）

①　遺伝学的検査の見直し

第１　基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。

第２　具体的な内容

診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】 ［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹ	【遺伝学的検査】 ［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹ

Ｔ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症	Ｔ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１
③　（略）	③　（略）
オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症	①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群及び家族性地中海熱
②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症（中略）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素	②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症（中略）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症及び先天性アンチトロンビン欠乏症

欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症	
③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病	③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群及びルビンシュタイン・テイビ症候群

②　遺伝カウンセリングの見直し

第１　基本的な考え方

難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

難病領域において、個別の疾患の診断・治療に関する知識等を有する医師が必ずしも十分には存在しないことを踏まえ、検体検査判断料における遺伝カウンセリング加算について、患者に対面診療を行う医師と当該疾患に関する十分な知識等を有する医師が連携し、事前に情報共有を行った上で、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合も算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【検体検査判断料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機	【検体検査判断料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 (10) 難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。 ア　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。 イ　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。 ウ　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。 エ　当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング	（新設）

加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。 オ　当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。 カ　事前の診療情報提供については、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）は別に算定できない。 キ　当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。	
(11)～(13)　（略）	(10)～(12)　（略）
［施設基準］ 五　遺伝カウンセリング加算の施設基準等 (1) 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準 イ・ロ　（略） (2) 検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準 イ　遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 五　遺伝カウンセリング加算の施設基準 （新設） (1)・(2)　（略） （新設）
第21　遺伝カウンセリング加算 １　（略） ２　検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準 (1) １に係る届出を行っている保険	第21　遺伝カウンセリング加算 １　（略） （新設）

医療機関であること。 (2) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。 ３　届出に関する事項 (1)　（略） (2) 「２」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	２　届出に関する事項 （略）

③　生体移植時における適切な検査の実施

第１　基本的な考え方

HTLV-1 陽性患者の生体移植後において、指定難病である HTLV-1 関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いや、HTLV-1 核酸検出等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１. HTLV-1 感染の診断指針に基づき、HTLV-1 検査を確実に実施できるよう、移植者及び臓器等提供者（いずれも生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【微生物核酸同定・定量検査】 ［算定要件］ (18) ＨＴＬＶ－１核酸検出 「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）	【微生物核酸同定・定量検査】 ［算定要件］ (18) ＨＴＬＶ－１核酸検出 「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

２. 臓器等提供者に係る感染症検査に、HTLV-Ⅰ抗体定性、HTLV-Ⅰ抗体半定量、HTLV-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及び HTLV-１核酸検出を追加する。

改　定　案	現　　行
【第10部　手術】 ［算定要件］ ＜通則＞ 20　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い (1)　（略） (2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、ＨＴＬＶ－１核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限り、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量及びＨＴＬＶ－Ⅰ抗体については、このうちいずれか１つの検査に限る。）。ただし、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びＨＴＬＶ－１核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、ＨＴＬＶ－１感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。 イ～エ　（略）	【第10部　手術】 ［算定要件］ ＜通則＞ 20　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い (1)　（略） (2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。 イ～エ　（略）

④　知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

第１　基本的な考え方

知的障害を有するてんかん患者に対する診療に係る遠隔連携診療料について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者	【遠隔連携診療料】 ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者

２．知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 １　診断を目的とする場合　750点 ２　その他の場合　500点 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目	【遠隔連携診療料】 500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当

的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。 ２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。	該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。 （新設）

⑤　アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注７における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況等を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
(17)「注７」に掲げるアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者については、保	（新設）

険医療機関が提供する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又はIgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。	

⑥　難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

第１　基本的な考え方

難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【連携強化診療情報提供料】 ［算定要件］ 注４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人に	【診療情報提供料（Ⅲ）】 ［算定要件］ （新設）

つき月１回に限り算定する。 ［施設基準］ 十の一の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等 (4) 連携強化診療情報提供料の注４に規定する施設基準 イ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ロ　次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。 ①　難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。） ②　てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）	［施設基準］ 十の一の四　診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等 （新設）

①　小児運動器疾患指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

小児運動器疾患指導管理料の対象患者の年齢を、12 歳未満から 20 歳未満に拡大する。

改　定　案	現　　行
【小児運動器疾患指導管理料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。	【小児運動器疾患指導管理料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

②　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－①」を参照のこと。

③　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－②」を参照のこと。

④　医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

「Ⅰ－７－③」を参照のこと。

⑤　造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に厳重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、１日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２２１－２小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ　無菌治療管理加算１　2,000点 ロ　無菌治療管理加算２　1,500点 ６　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地

略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注５までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ８　診療に係る費用（注２から注５までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ (9) 小児入院医療管理料の注５に規定する加算の施設基準 イ　無菌治療管理加算１については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。 ロ　無菌治療管理加算２については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。	域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑥　時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、時間外における小児患者の緊急入院の受入体制を整備している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注８　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点 ９　診療に係る費用（注２、注３及び注８に規定する加算並びに当該	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に

患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ［施設基準］ (11) 小児入院医療管理料の注８に規定する加算の施設基準 イ　時間外受入体制強化加算１ ①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。 ②　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 ロ　時間外受入体制強化加算２ ①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。 ②　イの②を満たすものであること。	対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑦　医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

７　診療に係る費用（注２、注３及び注６に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ８　診療に係る費用（注２から注６までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ９　診療に係る費用（注２から注６までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

⑧　医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注９　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注８に規定する加算は算定できない。 ※　かかりつけ薬剤師指導料についても同様。	【薬剤服用歴管理指導料】 ［算定要件］ （新設）
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

定する加算は算定できない。 ※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	

⑨　不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注７　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 ８　診療に係る費用（注２、注３及び注７に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ９　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第

２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ (10) 小児入院医療管理料の注７に規定する加算の施設基準 　虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 7　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑩　小児特定集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

１.医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、救急搬送診療料を算定した患者又は手術を必要とする先天性心疾患の患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。	【小児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。

２．手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を 55 日とする。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20

歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

⑪　新生児特定集中治療室管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直す。

改　定　案	現　　行
【新生児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グ	【新生児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

ラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
【新生児治療回復室入院医療管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があっ	【新生児治療回復室入院医療管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があっ

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。	て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。

⑫　専門機関との連携分娩管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。

ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）

	１	ハイリスク分娩管理加算	3,200 点
（新）	２	地域連携分娩管理加算	3,200 点

［対象患者］

次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者

ア　40 歳以上の初産婦である患者

イ　子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ウ　糖尿病の患者（２型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。）

エ　精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

［算定要件］

（１）地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院

中に地域連携分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。
（２）地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。
（３）地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。
（４）対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。
（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。
（３）一年間の分娩実施件数が 120 件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

⑬　胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (4)　総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑭　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第１　基本的な考え方

精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ､ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者について、現に精神療法を受けている妊産婦に限らず、メンタルスクリーニング検査等により精神科又は心療内科の受診が必要と判断された妊産婦を追加する。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する<u>又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された</u>妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして	【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして

地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

⑮　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【救急医療管理加算】 １　救急医療管理加算１　1,050点 ２　救急医療管理加算２　420点 ［算定要件］ (2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ　（略） キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 ク・ケ　（略） コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 サ　蘇生術を必要とする重篤な状態 シ　その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい	【救急医療管理加算】 １　救急医療管理加算１　950点 ２　救急医療管理加算２　350点 ［算定要件］ (2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ　（略） キ　広範囲熱傷 ク・ケ　（略） （新設） （新設） コ　その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい

う。	う。

２.救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ (4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからサのうち該当する状態 イ　（略） ウ　（２）のイの状態に該当する場合はJCS0の状態、（２）のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び（２）のキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 エ　（略） (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ　（略） ウ　（２）のイに準ずる状態に該当する場合はJCS0の状態、（２）のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び（２）のキに準ずる状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	［算定要件］ (4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからケのうち該当する状態 イ　（略） （新設） ウ　（略） (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの イ　（略） （新設）

エ　（略）	ウ　（略）

⑯　救急搬送診療料の見直し

第１　基本的な考え方

重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、ECMO 等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【救急搬送診療料】 ［算定要件］ 注４　注１に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。	【救急搬送診療料】 ［算定要件］ （新設）
(9)　「注４」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。	（新設）
［施設基準］ 二の二　救急搬送診療料の注４に規定する施設基準 重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

２．入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。

改　定　案	現　　行
【救急搬送診療料】 ［算定要件］ (5) 救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。 (6) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。 ア　搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合 イ　救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合 (7)～(9)　（略） (10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。	【救急搬送診療料】 ［算定要件］ （新設） (5) 当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。 (6)～(8)　（略） （新設）

①　歯科診療における院内感染防止対策の推進

第１　基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 1　歯科初診料　264点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (1)　（略） (2)　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の院内感染防止に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。 (5)・(6)　（略） (7)　令和４年３月31日において、	【初診料】 1　歯科初診料　261点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (1)　（略） (2)　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。 (5)・(6)　（略） (7)　令和２年３月31日において、

現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)及び（4）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に（3）の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。	現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和２年６月30日までの間に限り、１の(4)の基準を満たしているものとみなす。
【再診料】 １　歯科再診料　56点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。	【再診料】 １　歯科再診料　53点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

②　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

③　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、対象患者の年齢の範囲をそれぞれ拡大する。

改　定　案	現　　行
【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1) 口腔機能管理料とは、50歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略） 【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げ	【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1) 口腔機能管理料とは、65歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略） 【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げ

る歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	る歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

④　歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化

第１　基本的な考え方

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

著しく歯科診療が困難な者に対する歯科診療所と病院が連携した歯科診療を推進する観点から、歯科診療特別対応連携加算の対象となる医療機関に、一定の実績を有する病院を追加するとともに、当該加算の施設基準において、他の歯科医療機関との連携体制の整備を求めることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応連携加算（初診料）】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一　歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。	【歯科診療特別対応連携加算（初診料）】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一　歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。

イ　（略） ロ　歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3)　（略） (4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。	イ　（略） ロ　歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3)　（略） （新設）

⑤　歯科固有の技術の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。

改　定　案	現　　行
【メタルコア加算（歯冠形成（１歯につき））】 ［算定要件］ （削除） （削除） ７～９　（略）	【メタルコア加算（歯冠形成（１歯につき））】 ［算定要件］ 注７　２のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 ８　２のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 ９～11　（略）

２．歯周基本治療処置について、診療の内容等も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。

改　定　案	現　　行
【歯周基本治療処置（１口腔につき）】 （削除）	【歯周基本治療処置（１口腔につき）】 10点

３．区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

（新）　チタン冠（１歯につき）　1,200 点

（新）　磁性アタッチメント（１個につき）
　１　磁石構造体を用いる場合　260 点
　２　キーパー付き根面板を用いる場合　350 点

［算定要件］
　有床義歯（区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯又は区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号Ｍ０３０の２に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。

４．医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）ＣＡＤ／ＣＡＭインレー
（２）口腔細菌定量検査
（３）歯科部分パノラマ断層撮影
（４）広範囲顎骨支持型補綴装置埋入手術における画像等手術支援加算
（５）顎補綴等の症例に対する直接法における軟質材料の適用拡大
（６）先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大
（７）永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準の拡大

（８）チタンによる前歯部レジン前装金属冠
（９）歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算

５．歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法などを見直す。

６．口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

① 接着冠

（新） 接着冠（１歯につき）
１ 前歯 370 点
２ 臼歯 310 点

② 根面被覆

（新） 根面被覆（１歯につき）
１ 根面板によるもの 190 点
２ レジン充塡によるもの 106 点

③ 歯周疾患処置

改　定　案	現　　行
【歯周病処置（１口腔１回につき）】 14点	【歯周疾患処置（１口腔１回につき）】 14点

【その他、評価の見直しを行う技術の例】
（１）支台築造印象
（２）有床義歯

①　地域医療に貢献する薬局の評価

第１　基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

改　定　案	現　　行
【地域支援体制加算】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　39点 ロ　地域支援体制加算２　47点 ハ　地域支援体制加算３　17点 ニ　地域支援体制加算４　39点 ［施設基準］ 四　地域支援体制加算の施設基準	【地域支援体制加算】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。 ［施設基準］ 四　地域支援体制加算の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 地域支援体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。	(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。
(2) 地域支援体制加算２の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。	（新設）
(3) 地域支援体制加算３の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１以外を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。 ハ　(1)のハに該当する保険薬局であること。	（新設）
(4) 地域支援体制加算４の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。	(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１以外を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。
第92　地域支援体制加算 １　地域支援体制加算１に関する施設基準 (1) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④	第92　地域支援体制加算 １　地域支援体制加算に関する施設基準 (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　調剤基本料１を算定する保険薬

及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。	局 (ｲ) 以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。
①　（略） ②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。（中略） ③　（略） ④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。 ⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。	①　（略） ②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者　訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。（中略） ③　（略） ④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。 ⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。
(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 （略）	(ﾛ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 （略）

（削除） (3)～(25)　（略） ２　地域支援体制加算２に関する施設基準 (1)　調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、１の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの９つの要件のうち３以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 ①　薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。 ②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ⑤　外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。	イ　調剤基本料１以外を算定する保険薬局 （略） (2)～(24)　（略） （新設）

⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略） ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。 (2)　(1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、１の(2)に準じて取り扱う。 (3)　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数 、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料１並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳	

細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。 (4) (1)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。	
３　地域支援体制加算３に関する施設基準 (1) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、１の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、２の(1)の①から⑨までの９つの要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 (2) 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。	（新設）
４　地域支援体制加算４に関する施設基準 (1) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、１の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、２の(1)の①から⑨までの９つの要件のうち８項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。	（新設）

５　届出に関する事項 (1)　（略） (2) 令和４年３月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和５年３月31日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。 (3) 令和４年３月31日時点で現に調剤基本料１を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月31日までの間に限り、調剤基本料１を算定しているものとみなす。	２　届出に関する事項 (1)　（略） (2) １の(1)のアに規定する調剤基本料１を算定する保険薬局の要件については、令和３年３月31日までの間に限り、なお従前の例による。 （新設）

２．地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　連携強化加算（調剤基本料）　２点

［算定要件］

注５（地域支援体制加算）に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

（２）（１）の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ　都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等にお

ける対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ　災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

（３）災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

②　薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第１　基本的な考え方

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） 24点	【調剤料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） イ　７日分以下の場合 28点 ロ　８日分以上14日分以下の場合 55点 ハ　15日分以上21日分以下の場合 64点 ニ　22日分以上30日分以下の場合 77点 ホ　31日分以上の場合 86点
２～６　（略）	２～６　（略）
［算定要件］ 注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の	［算定要件］ 注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。た

所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ　内服薬及び屯服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点 (3) 液剤　45点 ロ　（略）	だし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ　内服薬及び屯服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点 (3) 液剤　45点 ロ　（略）
８　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	８　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料は算定しない。
９　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	９　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア　時間外加算は調剤基本料、薬剤	(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア　時間外加算は調剤基本料を含

調製料及び調剤管理料（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。 イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注１」から「注10」までを適用して算出した点数）と薬剤調製料及び調剤管理料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算は基礎額に含まない。	めた調剤技術料（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。 イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注１」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は基礎額に含まない。
(11) 自家製剤加算 （削除）	(11) 自家製剤加算 オ　割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。
オ・カ　（略） キ　「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。	カ・キ　（略） （新設）
ク～コ　（略）	ク～コ　（略）

２．これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

（新）　調剤管理料

１　内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）

イ　７日分以下の場合　４点
ロ　８日分以上 14 日分以下の場合　28 点
ハ　15 日分以上 28 日分以下の場合　50 点
ニ　29 日分以上の場合　60 点
２　１以外の場合　４点

［算定要件］
（１）処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
（２）１については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤分以上の部分については算定しない。
（３）次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
イ　患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
ロ　服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
ハ　処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
ニ　調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

３．重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方を見直す。

（新）　重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）
イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40 点
ロ　残薬調整に係るものの場合　30 点

［算定要件］
（１）薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、当該加算は算定できない。
（２）区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

については、算定しない。

［施設基準］

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改　定　案	現　　行
【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 （削除）	【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 注３　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注２　区分番号１０の２に掲げる調剤管理料の注３に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。

４．薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合

45点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 59点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 45点 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 45点	43点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 57点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点
［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ　（略） ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 ホ　（略） ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。 ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する	［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ　（略） ロ　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。 ホ　（略） （新設） ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する

特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 イ　（略） ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 ホ　（略） ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。	特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 イ　（略） ロ　処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。 ホ　（略） （新設）
３・４　（略） （削除） ５～12　（略）	３・４　（略） ５　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ・ロ　（略） ６～13　（略）

５．複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

（新）　　調剤管理加算（調剤管理料）

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点
ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

［施設基準］
　重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

③　薬局における対人業務の評価の充実

第１　基本的な考え方

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

「Ⅰ－５－⑧」を参照のこと。

２．地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料）】 ［算定要件］ 注10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ	【調剤後薬剤管理指導加算（薬剤服用歴管理指導料）】 ［算定要件］ 注10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ

り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

３．服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬情報等提供料】 １・２　（略） ３　服薬情報等提供料３　　50点 ［算定要件］ 注３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。 ４　（略） ５　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 ［施設基準］ 十二の二　服薬情報等提供料の注５に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関	【服薬情報等提供料】 １・２　（略） （新設） ［算定要件］ （新設） ３　（略） （新設） ［施設基準］ （新設）

当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。	

４．多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来服薬支援料】 １　外来服薬支援料１　185点 ２　外来服薬支援料２ イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数 ロ　43日分以上の場合　240点	【外来服薬支援料】 185点 （新設）
［算定要件］ 注１　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	［算定要件］ 注１　自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。
２　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。	２　患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
３　２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被	３　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定し

包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。	ている患者については、算定しない。

５．服用薬剤調整支援料２について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

改　定　案	現　　行
【服用薬剤調整支援料】 １　（略） ２　服用薬剤調整支援料２ イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　110点 ロ　イ以外の場合　90点 ［施設基準］ 十一の二　服用薬剤調整支援料２のイに規定する施設基準 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。	【服用薬剤調整支援料】 １　（略） ２　服用薬剤調整支援料２　100点 ［施設基準］ （新設）

④　病棟薬剤業務実施加算の見直し

「Ⅱ－４－③」を参照のこと。

①　薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

第１　基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 注６　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。	【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 イ　後発医薬品調剤体制加算１　15点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　22点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　28点 注６　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ～ハ　（略） ［施設基準］ (2) 後発医薬品調剤体制加算１の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 (3) 後発医薬品調剤体制加算２の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 (4) 後発医薬品調剤体制加算３の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。	イ～ハ　（略） ［施設基準］ (2) 後発医薬品調剤体制加算１の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 (3) 後発医薬品調剤体制加算２の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 (4) 後発医薬品調剤体制加算３の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

２．後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注７　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から５点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 五の二　調剤基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注７　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 五の二　調剤基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 ［経過措置］ 一　第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和四年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。	次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 ［経過措置］ 一　第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和二年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。

３．後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上	【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分

であること。 ハ・二　（略） (2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略） (3) 後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略） 【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 ［施設基準］ (1) 外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。 ハ・二　（略） (2) 外来後発医薬品使用体制加算２	以上であること。 ハ・二　（略） (2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 ハ・二　（略） (3) 後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・二　（略） 【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 ［施設基準］ (1) 外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略） (2) 外来後発医薬品使用体制加算２

の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略）	の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略）
(3) 外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略）	(3) 外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・二　（略）

②　バイオ後続品の使用促進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【第６部　注射】 通則 ７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。 ※　外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。	【第６部　注射】 通則 （新設）

①　実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化

第１　基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

２．慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

改　定　案	現　　行
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,211点	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点

３．アルブミン（BCP 改良法・BCG 法）のうち、BCG 法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を２年間延長する。

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 ［経過措置］ 第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。 区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるもの	【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和４年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。 ロ　区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるもの

②　実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化

第１　基本的な考え方

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

第２　具体的な内容

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 291点 【排痰補助装置加算】 1,829点	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 300点 【排痰補助装置加算】 1,800点

③　医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

第１　基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂や、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

④　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH 阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

人工腎臓において HIF-PH 阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH 阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓（１日につき）】	【人工腎臓（１日につき）】
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　1,885点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,924点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点	ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,084点
ハ　５時間以上の場合　2,180点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,219点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。）1,798点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）1,958点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）2,093点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,845点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,884点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点	ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,044点
ハ　５時間以上の場合　2,135点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）

	2,174点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。） 1,758点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合 （ロを除く。）　1,918点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。） 2,048点
３　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合　1,805点	３　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,844点
ロ　４時間以上５時間未満の場合 1,960点	ロ　４時間以上５時間未満の場合 （別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　1,999点
ハ　５時間以上の場合　2,090点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,129点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。） 1,718点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合 （ロを除く。）　2,003点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。） 2,003点
［算定要件］ (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア　「１」から「３」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。（中略）	［算定要件］ (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア　「１」から「３」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の費用（ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。（中略）
イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止	イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。	剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。
(24) 「１」から「３」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にＨＩＦ－ＰＨ阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「Ｆ４００」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。	(24) 「１」から「３」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。
［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 （削除）	［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1) 人工腎臓に規定する患者 ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤を院外処方している患者以外の患者
(1)～(7)　（略）	(2)～(8)　（略）
別表第十の三　人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤	別表第十の三　人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（院内処方されたものに限る。）

①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「Ⅰ－３」を参照のこと。

①　外来医療の機能分化等

「Ⅰ－４」を参照のこと。

①　透析中の運動指導に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓】 ［算定要件］ 注14　人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。	【人工腎臓】 ［算定要件］ （新設）

②　継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　二次性骨折予防継続管理料

イ	二次性骨折予防継続管理料１	1,000 点
ロ	二次性骨折予防継続管理料２	750 点
ハ	二次性骨折予防継続管理料３	500 点

［対象患者］

（１）大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの

（２）イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

（３）イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

［算定要件］

（１）イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

（２）ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行っ

た場合に、当該入院中１回に限り算定する。
（３）ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。
（４）イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
（５）ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
（６）診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]
（１）骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
（３）イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
（４）ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

③　生活習慣病管理料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

④　高度難聴指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を年１回までに変更するとともに、指導を行う耳鼻咽喉科の医師に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については年１回に限り算定する。 ［施設基準］ １　高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2)　５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略） また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。	【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。 ［施設基準］ １　高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2)　５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略）

⑤　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

①　医薬品の給付の適正化

第１　基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

第２　具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1 処方につき 70 枚までから 63 枚までに変更する。

改　定　案	現　　行
【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

②　処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

「Ⅰ－７－⑫」を参照のこと。

③　処方箋料の見直し

「Ⅰ－７－⑬」を参照のこと。

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．調剤基本料３のロ（同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に 40 万回を超える場合）の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が 300 以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合に係る要件について、85%を超える薬局を対象に追加する。

２．同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に 40 万回を超える又は同一グループの店舗数が 300 以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が 85%以下の場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　21点 ロ　16点 ハ　32点 ［施設基準］ (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における	【調剤基本料】 １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数３万５千回を超え40万回以下の場合　21点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　16点 （新設） ［施設基準］ (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における

処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略）	処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略）
(5) 調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。	（新設）

②　特別調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 ＜調剤技術料＞ 区分00　調剤基本料 ６　次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注３」（100分の80）及び「注４」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注５」（地域支援体制加算）、「注６」（連携強化加算）、「注７」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注８」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。ただし、当該点数が３点未満になる場合は、３点を算定する。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき９点を算定する。 ＜調剤技術料＞ 区分00　調剤基本料 ６　次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注３」（100分の80）及び「注４」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注５」（地域支援体制加算）、「注６」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注７」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

２．特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

「Ⅲ－６－①」及び「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

３．特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。

「Ⅲ－６－③」を参照のこと。

入院（その９）において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＡ・Ｃ項目の判定の集計に用いたレセプト電算処理システム用コード一覧

中医協　総－１参考１
４　．　２　．　９

※のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度Ｉを評価する場合のみに用

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
Ａ　１　創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く））	140000610	創傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140000710	創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140000810	創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140000910	創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140001010	創傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140032010	熱傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140032110	熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140032210	熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036510	熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036610	熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140034830	電撃傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140034930	電撃傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035030	電撃傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035130	電撃傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035230	電撃傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140035430	薬傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140035530	薬傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035630	薬傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035730	薬傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035830	薬傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140036030	凍傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140036130	凍傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140036230	凍傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036330	凍傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036430	凍傷処置（６０００ｃｍ２以上）
Ａ　１　創傷処置（②褥瘡の処置）	140048610	重度褥瘡処置（１００ｃｍ２未満）
	140048710	重度褥瘡処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140048810	重度褥瘡処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140048910	重度褥瘡処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140049010	重度褥瘡処置（６０００ｃｍ２以上）
	140700110	長期療養患者褥瘡等処置
Ａ　２　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	140005610	酸素吸入
	140005750	突発性難聴に対する酸素療法
	140005810	酸素テント
	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140023510	人工呼吸（５時間超）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超）
	140009450	無水アルコール吸入療法
	140023650	無水アルコール吸入療法（５時間超）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超）
	140009650	酸素吸入（マイクロアダプター）
	140023850	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）（５時間超）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超）
Ａ　３　注射薬剤３種類以上の管理	※別表の薬剤を除く、注射薬剤の種類数	
Ａ　４　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
Ａ　５　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621151601	献血ベニロン－Ｉ静注用１０００ｍｇ
	621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトＦ注射用２５０
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	640431015	コンコエイト－ＨＴ
	621153904	コンファクトＦ注射用５００
	621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトＦ注射用１０００
	621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622865100	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
	621154301	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「ニチヤク」２００国際単位溶解液付
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
	621154501	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「ニチヤク」５００国際単位溶解液付
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
	621755301	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ニチヤク」
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155501	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ニチヤク」
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
	621155307	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
	620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
	620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621645901	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
	621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621156607	献血アルブミン２５「ＫＭＢ」
	620009137	アルブミンーベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
	621157401	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
	621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621155407	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
	621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
	621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
	621384801	ファイバ静注用５００
	621384901	ファイバ静注用１０００
	620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
	622607401	ガンマガード静注用５ｇ
	621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
	621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
	646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
	621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
	646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
	621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001350	献血ノンスロン５００注射用
	621159206	アンスロビンＰ５００注射用
	621159207	ノイアート静注用５００単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001351	献血ノンスロン１５００注射用
	620003071	ノイアート静注用１５００単位
	620003432	アンスロビンＰ１５００注射用
	620009201	ベリナートＰ静注用５００
	621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622821601	ピリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622683601	ピリヴィジェン１０％点滴静注５ｇ／５０ｍＬ
	622683602	ピリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622683701	ピリヴィジェン１０％点滴静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622683702	ピリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622683801	ピリヴィジェン１０％点滴静注２０ｇ／２００ｍＬ
	622683802	ピリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
	621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
	622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
	622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009263	クリスマシンM静注用４００単位
	622408201	ノバクトM静注用５００単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009264	クリスマシンM静注用１０００単位
	622408301	ノバクトM静注用１０００単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622408401	ノバクトM静注用２０００単位
	620009198	フィブロガミンＰ静注用
	629903301	アドベイト静注用キット２５０
	629903401	アドベイト静注用キット５００
	629903501	アドベイト静注用キット１０００
	629903601	アドベイト静注用キット１５００
	629903701	アドベイト静注用キット２０００
	629903801	アドベイト静注用キット３０００
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
	622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
	622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
	622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
	622366601	ノボセブンＨＩ静注用８ｍｇ　シリンジ
	640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
	620006788	メドウェイ注２５％
	621971601	ベネフィクス静注用５００
	621971701	ベネフィクス静注用１０００
	621971801	ベネフィクス静注用２０００
	622273601	ベネフィクス静注用３０００
	622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
	622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622333001	ノボエイト静注用２５０
	622333101	ノボエイト静注用５００
	622333201	ノボエイト静注用１０００
	622333301	ノボエイト静注用１５００
	622333401	ノボエイト静注用２０００
	622333501	ノボエイト静注用３０００
	622364101	オルプロリクス静注用５００
	622364201	オルプロリクス静注用１０００
	622364301	オルプロリクス静注用２０００
	622364401	オルプロリクス静注用３０００
	622426501	オルプロリクス静注用２５０
	622608701	オルプロリクス静注用４０００
	622402801	イロクテイト静注用２５０
	622402901	イロクテイト静注用５００
	622403001	イロクテイト静注用７５０
	622403101	イロクテイト静注用１０００
	622403201	イロクテイト静注用１５００
	622403301	イロクテイト静注用２０００
	622403401	イロクテイト静注用３０００
	622682501	イロクテイト静注用４０００
	622424901	ノボサーティーン静注用２５００
	622442001	アコアラン静注用６００
	622583901	アコアラン静注用１８００
	622473101	リクスビス静注用１０００

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622473201	リクスビス静注用２０００
	622473301	リクスビス静注用３０００
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０
	622623501	アディノベイト静注用キット５００
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００
	622489301	コバールトリイ静注用２５０
	622489401	コバールトリイ静注用５００
	622489501	コバールトリイ静注用１０００
	622489601	コバールトリイ静注用２０００
	622489701	コバールトリイ静注用３０００
	622526101	イデルビオン静注用２５０
	622526201	イデルビオン静注用５００
	622526301	イデルビオン静注用１０００
	622526401	イデルビオン静注用２０００
	629900101	イデルビオン静注用３５００
	622595901	エイフスチラ静注用２５０
	622596001	エイフスチラ静注用５００
	622596101	エイフスチラ静注用１０００
	622596201	エイフスチラ静注用１５００
	622596301	エイフスチラ静注用２０００
	622596401	エイフスチラ静注用２５００
	622596501	エイフスチラ静注用３０００
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
	622647001	レフィキシア静注用５００
	622647101	レフィキシア静注用１０００
	622647201	レフィキシア静注用２０００
	622658001	ジビイ静注用５００
	622658101	ジビイ静注用１０００
	622658201	ジビイ静注用２０００
	622658301	ジビイ静注用３０００
	629905101	イスパロクト静注用５００
	629905201	イスパロクト静注用１０００
	629905301	イスパロクト静注用１５００
	629905401	イスパロクト静注用２０００
	629905501	イスパロクト静注用３０００
	629908001	ボンベンディ静注用１３００
	622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
	629912801	ヌーイック静注用２５０
	629912901	ヌーイック静注用５００
	629913001	ヌーイック静注用１０００
	629913101	ヌーイック静注用２０００
	629913201	ヌーイック静注用２５００
	629913301	ヌーイック静注用３０００
	629913401	ヌーイック静注用４０００
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
	150224810	自家採血輸血（１回目）
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）
	150224910	保存血液輸血（１回目）
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）
	150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
Ａ ６ 専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用　注射剤のみ）	620009152	サンドスタチン皮下注用５０μｇ
	622507301	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
	622504701	オクトレオチド皮下注５０μｇ「あすか」
	622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注５０μｇ「サンド」
	620009153	サンドスタチン皮下注用１００μｇ
	622507401	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
	622504801	オクトレオチド皮下注１００μｇ「あすか」
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注１００μｇ「サンド」
	622352101	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット１０ｍｇ
	622352201	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット２０ｍｇ
	622352301	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット３０ｍｇ
	642490105	ゾラデックス３．６ｍｇデポ
	640443027	ゾラデックス１．８ｍｇデポ
	640462004	ゾラデックスＬＡ１０．８ｍｇデポ
	620555101	リュープリン注射用３．７５ｍｇ
	620555201	リュープリン注射用１．８８ｍｇ
	622298301	リュープロレリン酢酸塩注射用キット１．８８ｍｇ「ＮＰ」
	622266501	リュープロレリン酢酸塩注射用キット１．８８ｍｇ「あすか」
	620555301	リュープリン注射用キット１．８８ｍｇ
	622298401	リュープロレリン酢酸塩注射用キット３．７５ｍｇ「ＮＰ」
	622266601	リュープロレリン酢酸塩注射用キット３．７５ｍｇ「あすか」
	620555401	リュープリン注射用キット３．７５ｍｇ
	621495301	リュープリンＳＲ注射用キット１１．２５ｍｇ
	622444901	リュープリンＰＲＯ注射用キット２２．５ｍｇ
	620005691	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「Ｆ」
	620008225	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「サワイ」
	620005692	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「Ｆ」
	620008226	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「サワイ」
	621657601	ゾメタ点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ
	622351301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「Ｆ」
	622354701	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
	622356301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
	622355401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「サンド」
	622360401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「日医工」
	622358301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ニプロ」
	622344201	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「ファイザー」
	622337201	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ヤクルト」
	622342601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「テバ」
	622216901	ゾメタ点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬ
	622354601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＮＫ」
	622338001	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「トーワ」
	622360301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工」
	622358401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ニプロ」
	622344301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ファイザー」
	622337301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ヤクルト」
	622391001	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「サワイ」
	622342701	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「テバ」
	622351402	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＫＣＣ」
	622342703	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工Ｐ」
	622136501	ランマーク皮下注１２０ｍｇ
	640453101	注射用エンドキサン１００ｍｇ
	644210037	注射用エンドキサン５００ｍｇ
	644210058	注射用イホマイド１ｇ
	620009116	ブスルフェクス点滴静注用６０ｍｇ
	644210020	ニドラン注射用２５ｍｇ
	644210021	ニドラン注射用５０ｍｇ
	620003750	ダカルバジン注用１００
	644210065	注射用サイメリン５０ｍｇ
	644210066	注射用サイメリン１００ｍｇ
	640451006	アルケラン静注用５０ｍｇ
	621982101	テモダール点滴静注用１００ｍｇ
	622041101	トレアキシン点滴静注用１００ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622819001	トレアキシン点滴静注液１００ｍｇ／４ｍＬ
	622518501	トレアキシン点滴静注用２５ｍｇ
	622374501	ザノサー点滴静注用１ｇ
	620007515	メソトレキセート点滴静注液２００ｍｇ
	622221301	メソトレキセート点滴静注液１０００ｍｇ
	644210049	注射用メソトレキセート５ｍｇ
	644210048	注射用メソトレキセート５０ｍｇ
	620004748	フトラフール注４００ｍｇ
	644210046	注射用フトラフール４００
	622047901	５－ＦＵ注１０００ｍｇ
	622412601	フルオロウラシル注１０００ｍｇ「トーワ」
	622229101	５－ＦＵ注２５０ｍｇ
	622412501	フルオロウラシル注２５０ｍｇ「トーワ」
	620003714	キロサイド注２０ｍｇ
	620003715	キロサイド注４０ｍｇ
	620003716	キロサイド注６０ｍｇ
	620003717	キロサイド注１００ｍｇ
	620003718	キロサイド注２００ｍｇ
	620003713	キロサイドＮ注４００ｍｇ
	621972001	キロサイドＮ注１ｇ
	622283001	シタラビン点滴静注液１ｇ「テバ」
	622282901	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「テバ」
	620914301	サンラビン点滴静注用１５０ｍｇ
	620914401	サンラビン点滴静注用２００ｍｇ
	620914501	サンラビン点滴静注用２５０ｍｇ
	622202401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５ｍＬ「サンド」
	622487701	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
	622202501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２５ｍＬ「サンド」
	622487801	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２５ｍＬ「ＮＫ」
	622460401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５．３ｍＬ「ホスピーラ」
	622460501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２６．３ｍＬ「ホスピーラ」
	640454013	ジェムザール注射用２００ｍｇ
	621970201	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「タイホウ」
	621973401	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ヤクルト」
	622028601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＮＫ」
	622019601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ホスピーラ」
	622098901	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「サワイ」
	622062103	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＴＹＫ」
	622393001	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「日医工」
	621970202	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＳＵＮ」
	640454012	ジェムザール注射用１ｇ
	621970301	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「タイホウ」
	621973501	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ヤクルト」
	622028701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＮＫ」
	622019701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ホスピーラ」
	622099001	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「サワイ」
	622062203	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＴＹＫ」
	622393101	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「日医工」
	621970302	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＳＵＮ」
	620002600	フルダラ静注用５０ｍｇ
	620004850	アリムタ注射用５００ｍｇ
	621932601	アリムタ注射用１００ｍｇ
	622857801	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
	622860201	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
	622853001	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「トーワ」
	622857901	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「ＮＫ」
	622860301	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「サワイ」
	622853101	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「トーワ」
	622858001	ペメトレキセド点滴静注液８００ｍｇ「ＮＫ」
	622860401	ペメトレキセド点滴静注液８００ｍｇ「サワイ」
	622869001	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「Ｆ」
	622858201	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ＮＫ」
	622860001	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「サワイ」
	622866901	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ニプロ」
	622855601	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ヤクルト」
	622868901	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「Ｆ」
	622858101	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ＮＫ」
	622859901	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「サワイ」
	622866801	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ニプロ」
	622855501	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ヤクルト」
	622869101	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「Ｆ」
	622858301	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「ＮＫ」
	622860101	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「サワイ」
	620005897	アラノンジー静注用２５０ｍｇ
	622250601	エボルトラ点滴静注２０ｍｇ
	620000328	マイトマイシン注用２ｍｇ
	620000329	マイトマイシン注用１０ｍｇ
	620007299	コスメゲン静注用０．５ｍｇ
	620003799	ブレオ注射用５ｍｇ
	620003800	ブレオ注射用１５ｍｇ
	620005223	ペプレオ注射用５ｍｇ
	620005224	ペプレオ注射用１０ｍｇ
	620005148	アクラシノン注射用２０ｍｇ
	620005176	ダウノマイシン静注用２０ｍｇ
	620004851	ドキシル注２０ｍｇ
	621995301	ドキソルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「サンド」
	621995401	ドキソルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ「サンド」
	620003675	アドリアシン注用１０
	621983201	ドキソルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「ＮＫ」
	621983301	ドキソルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「ＮＫ」
	622014001	アドリアシン注用５０
	620003762	テラルビシン注射用１０ｍｇ
	620005206	ピノルビン注射用１０ｍｇ
	620003763	テラルビシン注射用２０ｍｇ
	620005207	ピノルビン注射用２０ｍｇ
	622513101	ピノルビン注射用３０ｍｇ
	620003790	ファルモルビシンＲＴＵ注射液１０ｍｇ
	620009523	エピルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
	621966401	エピルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
	620003791	ファルモルビシンＲＴＵ注射液５０ｍｇ
	620009526	エピルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ／２５ｍＬ「ＮＫ」
	621966601	エピルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ／２５ｍＬ「サワイ」
	620003792	ファルモルビシン注射用１０ｍｇ
	620007224	エピルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「ＮＫ」
	620008174	エピルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
	620003793	ファルモルビシン注射用５０ｍｇ
	620007225	エピルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「ＮＫ」
	620008175	エピルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
	620008800	イダマイシン静注用５ｍｇ
	640462038	カルセド注射用２０ｍｇ
	640462039	カルセド注射用５０ｍｇ
	620007499	マイロターグ点滴静注用５ｍｇ
	640454006	オンコビン注射用１ｍｇ
	644240002	注射用ビンブラスチン硫酸塩
	620001335	エクザール注射用１０ｍｇ
	644210059	注射用フィルデシン１ｍｇ
	644210060	注射用フィルデシン３ｍｇ
	620004777	ラステット注１００ｍｇ／５ｍＬ
	620004760	ベプシド注１００ｍｇ
	620008173	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
	622101701	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「タイヨー」
	622220501	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「ＳＮ」
	620007257	カンプト点滴静注４０ｍｇ
	620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＮＫ」
	620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「サワイ」
	620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイホウ」
	620919501	トポテシン点滴静注４０ｍｇ
	622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ホスピーラ」
	622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイヨー」
	622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＮＰ」
	622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
	622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「日医工」
	622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ハンルイ」
	621900302	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＳＵＮ」
	620007258	カンプト点滴静注１００ｍｇ
	620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
	620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
	620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイホウ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620919701	トポテシン点滴静注１００ｍｇ
	622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ホスピーラ」
	622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
	622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＰ」
	622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「トーワ」
	622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
	622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ハンルイ」
	621900402	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＳＵＮ」
	620919801	タキソテール点滴静注用２０ｍｇ
	622295501	ドセタキセル点滴静注用２０ｍｇ「サワイ」
	620919901	タキソテール点滴静注用８０ｍｇ
	622295601	ドセタキセル点滴静注用８０ｍｇ「サワイ」
	622068501	ワンタキソテール点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ
	622294901	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ケミファ」
	622272001	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「トーワ」
	622354801	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／１ｍＬ「ＮＫ」
	622356401	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／１ｍＬ「サワイ」
	622429301	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ＥＥ」
	622435002	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ニプロ」
	622408501	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ヤクルト」
	622068601	ワンタキソテール点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ
	622295001	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ケミファ」
	622272101	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「トーワ」
	622354901	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／４ｍＬ「ＮＫ」
	622356501	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／４ｍＬ「サワイ」
	622429401	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ＥＥ」
	622435102	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ニプロ」
	622408601	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ヤクルト」
	622215301	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／２ｍＬ「サンド」
	622285201	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／２ｍＬ「ホスピーラ」
	622215401	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／８ｍＬ「サンド」
	622285301	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／８ｍＬ「ホスピーラ」
	622285401	ドセタキセル点滴静注液１２０ｍｇ／１２ｍＬ「ホスピーラ」
	620003751	タキソール注射液３０ｍｇ
	620004170	パクリタキセル注３０ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
	620005688	パクリタキセル注射液３０ｍｇ「サワイ」
	622082001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ「サンド」
	622259101	パクリタキセル注射液３０ｍｇ「ＮＰ」
	622375001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ／５ｍＬ「ホスピーラ」
	620003752	タキソール注射液１００ｍｇ
	620004171	パクリタキセル注１００ｍｇ／１６．７ｍＬ「ＮＫ」
	620005689	パクリタキセル注射液１００ｍｇ「サワイ」
	622082101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
	622259201	パクリタキセル注射液１００ｍｇ「ＮＰ」
	622375101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ／１６．７ｍＬ「ホスピーラ」
	620005690	パクリタキセル注射液１５０ｍｇ「サワイ」
	640432004	ナベルビン注１０
	621954401	ロゼウス静注液１０ｍｇ
	640432005	ナベルビン注４０
	621954501	ロゼウス静注液４０ｍｇ
	620005197	ハイカムチン注射用１．１ｍｇ
	621970101	アブラキサン点滴静注用１００ｍｇ
	622364601	ジェブタナ点滴静注６０ｍｇ
	620003247	ロイナーゼ注用５０００
	620003248	ロイナーゼ注用１００００
	620004129	シスプラチン注１０ｍｇ「日医工」
	620008946	ランダ注１０ｍｇ／２０ｍＬ
	620923301	シスプラチン点滴静注１０ｍｇ「マルコ」
	620923202	シスプラチン点滴静注液１０ｍｇ「ファイザー」
	620004130	シスプラチン注２５ｍｇ「日医工」
	620008947	ランダ注２５ｍｇ／５０ｍＬ
	620923701	シスプラチン点滴静注２５ｍｇ「マルコ」
	620923602	シスプラチン点滴静注液２５ｍｇ「ファイザー」
	620004131	シスプラチン注５０ｍｇ「日医工」
	620008948	ランダ注５０ｍｇ／１００ｍＬ
	620924101	シスプラチン点滴静注５０ｍｇ「マルコ」
	620924002	シスプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ファイザー」
	620001919	動注用アイエーコール１００ｍｇ
	620002591	動注用アイエーコール５０ｍｇ
	640454032	ノバントロン注２０ｍｇ
	644290005	ノバントロン注１０ｍｇ
	620004117	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
	620004118	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サンド」
	620004732	パラプラチン注射液５０ｍｇ
	620007254	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＮＫ」
	622098103	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＴＹＫ」
	621754502	カルボプラチン注射液５０ｍｇ「日医工」
	620004119	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サワイ」
	620004120	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サンド」
	620004733	パラプラチン注射液１５０ｍｇ
	620007255	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＮＫ」
	622098203	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＴＹＫ」
	621754602	カルボプラチン注射液１５０ｍｇ「日医工」
	620004121	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サワイ」
	620004122	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サンド」
	620004734	パラプラチン注射液４５０ｍｇ
	620007256	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＮＫ」
	622098303	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＴＹＫ」
	621754702	カルボプラチン注射液４５０ｍｇ「日医工」
	620007300	コホリン静注用７．５ｍｇ
	640407072	アクプラ静注用１０ｍｇ
	640407073	アクプラ静注用５０ｍｇ
	640407074	アクプラ静注用１００ｍｇ
	622069801	ハーセプチン注射用６０
	622069901	ハーセプチン注射用１５０
	640462007	ロイスタチン注８ｍｇ
	620002417	トリセノックス注１０ｍｇ
	622617800	オキサリプラチン５０ｍｇ１０ｍＬ注射液
	621932201	エルプラット点滴静注液５０ｍｇ
	622388601	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ケミファ」
	622383201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「サンド」
	622374801	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ホスピーラ」
	622371101	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622385701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＮＫ」
	622389801	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
	622394701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「テバ」
	622371801	オキサリプラチン点滴静注５０ｍｇ「トーワ」
	622393201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「日医工」
	622392001	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ニプロ」
	622437201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ＫＣＣ」
	622476900	オキサリプラチン１００ｍｇ２０ｍＬ注射液
	621932301	エルプラット点滴静注液１００ｍｇ
	622388701	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ケミファ」
	622383301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「サンド」
	622374901	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ホスピーラ」
	622371201	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622373301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＦＦＰ」
	622385801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
	622389901	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
	622394801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「テバ」
	622371901	オキサリプラチン点滴静注１００ｍｇ「トーワ」
	622393301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
	622392101	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ニプロ」
	622437301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ＫＣＣ」
	622617900	オキサリプラチン２００ｍｇ４０ｍＬ注射液
	622189401	エルプラット点滴静注液２００ｍｇ
	622437401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ＫＣＣ」
	622428001	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ケミファ」
	622426801	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622434901	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ＮＫ」
	622431101	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「サワイ」
	622432401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「テバ」
	622411901	オキサリプラチン点滴静注２００ｍｇ「トーワ」
	622437001	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「日医工」
	622439101	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ニプロ」
	622461701	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「サンド」
	622460601	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ホスピーラ」
	620004428	ベルケイド注射用３ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620004872	アバスチン点滴静注用１００ｍｇ／４ｍＬ
	620004873	アバスチン点滴静注用４００ｍｇ／１６ｍＬ
	620006806	ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット
	620008443	アービタックス注射液１００ｍｇ
	621954001	ミリプラ動注用７０ｍｇ
	621985901	ベクティビックス点滴静注１００ｍｇ
	622086201	ベクティビックス点滴静注４００ｍｇ
	622003801	トーリセル点滴静注液２５ｍｇ
	622045001	ビダーザ注射用１００ｍｇ
	622085201	ハラヴェン静注１ｍｇ
	622101401	フェソロデックス筋注２５０ｍｇ
	622149401	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ
	622244301	アーゼラ点滴静注液１００ｍｇ
	622244401	アーゼラ点滴静注液１０００ｍｇ
	622255101	パージェタ点滴静注４２０ｍｇ／１４ｍＬ
	622335601	アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ
	629908401	サークリサ点滴静注１００ｍｇ
	629908501	サークリサ点滴静注５００ｍｇ
	629912501	ポライビー点滴静注用３０ｍｇ
	629912601	ポライビー点滴静注用１４０ｍｇ
	629914701	レミトロ点滴静注用３００μｇ
	622594801	ダラザレックス点滴静注１００ｍｇ
	622594701	ダラザレックス点滴静注４００ｍｇ
	629914801	ダラキューロ配合皮下注
	622264401	カドサイラ点滴静注用１００ｍｇ
	629907101	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ
	622264501	カドサイラ点滴静注用１６０ｍｇ
	622364801	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ
	622364901	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ
	629911501	オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ
	622662201	オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ
	622388101	マブキャンパス点滴静注３０ｍｇ
	622417901	サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ
	622418001	サイラムザ点滴静注液５００ｍｇ
	622440501	ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ
	622449301	ヨンデリス点滴静注用０．２５ｍｇ
	622449401	ヨンデリス点滴静注用１ｍｇ
	622489201	ゾーフィゴ静注
	622509501	カイプロリス点滴静注用１０ｍｇ
	622509601	カイプロリス点滴静注用４０ｍｇ
	622514701	エムプリシティ点滴静注用３００ｍｇ
	622514801	エムプリシティ点滴静注用４００ｍｇ
	622515801	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ
	622582401	バベンチオ点滴静注２００ｍｇ
	622594601	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ
	629900601	テセントリク点滴静注８４０ｍｇ
	622628901	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＣＴＨ」
	622630701	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＮＫ」
	622629001	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＣＴＨ」
	622630801	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＮＫ」
	622633201	イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ
	622633301	イミフィンジ点滴静注５００ｍｇ
	622659701	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「第一三共」
	622659801	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「第一三共」
	622679201	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ファイザー」
	622679301	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ファイザー」
	629901901	ポートラーザ点滴静注液８００ｍｇ
	629905901	ベバシズマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ファイザー」
	629906001	ベバシズマブＢＳ点滴静注４００ｍｇ「ファイザー」
	629904901	ベバシズマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「第一三共」
	629905001	ベバシズマブＢＳ点滴静注４００ｍｇ「第一三共」
	620004740	ピシバニール注射用０．２ＫＥ
	620004741	ピシバニール注射用０．５ＫＥ
	620004742	ピシバニール注射用１ＫＥ
	620004743	ピシバニール注射用５ＫＥ
	620001918	注射用レザフィリン１００ｍｇ
	621162801	フエロン注射用１００万
	621163001	フエロン注射用３００万
	621163701	スミフェロン注ＤＳ３００万ＩＵ
	621163801	スミフェロン注ＤＳ６００万ＩＵ
	640453025	イムノマックスーγ注１００
	640453024	イムノマックスーγ注５０
	646390065	イムネース注３５
	621385201	ベタフェロン皮下注用９６０万国際単位
	622808601	オニバイド点滴静注４３ｍｇ
	622797601	ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ
	622607302	ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ
	622622401	ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ
	622654901	ビーリンサイト点滴静注用３５μｇ
	629911001	アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ
Ａ ６ 専門的な治療・処置（② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理）	621997701	レナデックス錠４ｍｇ
	612460005	メチルテストステロン錠
	610407122	メチルテストステロン錠
	612470008	エチニルエストラジオール錠
	620009249	プロセキソール錠０．５ｍｇ
	620005136	ルトラール錠２ｍｇ
	610461132	クロルマジノン酢酸エステル２５ｍｇ錠
	612470037	プロスタール錠２５
	620537001	ロンステロン錠２５ｍｇ
	620536512	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「タイヨー」
	620536526	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「ＹＤ」
	620536509	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「日医工」
	620536524	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「ＫＮ」
	620536801	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「ＮＳＫＫ」
	620537002	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「日新」
	620537101	プロスタールＬ錠５０ｍｇ
	620537901	プロベラ錠２．５ｍｇ
	621285301	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠２．５ｍｇ「トーワ」
	620537802	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠２．５ｍｇ「Ｆ」
	612470030	ヒスロン錠５
	620538201	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠５ｍｇ「Ｆ」
	610433122	プロゲストン錠２００
	620008693	ヒスロンＨ錠２００ｍｇ
	620538401	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠２００ｍｇ「Ｆ」
	620006975	チオデロンカプセル５ｍｇ
	612490039	オペプリム
	620005941	エンドキサン錠５０ｍｇ
	622181601	経口用エンドキサン原末１００ｍｇ
	620904101	マブリン散１％
	620005912	アルケラン錠２ｍｇ
	620004939	エストラサイトカプセル１５６．７ｍｇ
	622576801	テモゾロミド錠２０ｍｇ「ＮＫ」
	622576901	テモゾロミド錠１００ｍｇ「ＮＫ」
	620004353	テモダールカプセル２０ｍｇ
	620004354	テモダールカプセル１００ｍｇ
	620008778	ロイケリン散１０％
	614210098	メソトレキセート錠２．５ｍｇ
	620005087	フトラフール腸溶顆粒５０％
	620004566	フトラフールカプセル２００ｍｇ
	614210128	フルツロンカプセル１００
	614210129	フルツロンカプセル２００
	610470009	ゼローダ錠３００
	622656401	カペシタビン錠３００ｍｇ「サワイ」
	622677701	カペシタビン錠３００ｍｇ「トーワ」
	622674301	カペシタビン錠３００ｍｇ「日医工」
	622679001	カペシタビン錠３００ｍｇ「ヤクルト」
	622700101	カペシタビン錠３００ｍｇ「ＪＧ」
	622695801	カペシタビン錠３００ｍｇ「ＮＫ」
	614220011	スタラシドカプセル５０
	614220012	スタラシドカプセル１００
	614220010	ハイドレアカプセル５００ｍｇ
	620004870	フルダラ錠１０ｍｇ
	621929901	ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ１００
	621930001	ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ１５０
	621930101	ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ２００
	620915001	ユーエフティ配合カプセルＴ１００
	620009353	ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０
	622430801	エスエーワン配合顆粒Ｔ２０

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622434701	エヌケーエスワン配合顆粒Ｔ２０
	620009354	ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５
	622430901	エスエーワン配合顆粒Ｔ２５
	622434801	エヌケーエスワン配合顆粒Ｔ２５
	622243001	ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０
	622497901	エスエーワン配合ＯＤ錠Ｔ２０
	622487301	エヌケーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０
	622537501	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０
	622243101	ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５
	622498001	エスエーワン配合ＯＤ錠Ｔ２５
	622487401	エヌケーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５
	622537601	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５
	622397101	ＥＥエスワン配合錠Ｔ２０
	622397301	エスワンケーケー配合錠Ｔ２０
	622397201	ＥＥエスワン配合錠Ｔ２５
	622397401	エスワンケーケー配合錠Ｔ２５
	620915501	ティーエスワン配合カプセルＴ２０
	622256001	エスエーワン配合カプセルＴ２０
	622254901	エヌケーエスワン配合カプセルＴ２０
	620915601	ティーエスワン配合カプセルＴ２５
	622256101	エスエーワン配合カプセルＴ２５
	622255001	エヌケーエスワン配合カプセルＴ２５
	620003642	ラステットＳカプセル２５ｍｇ
	620006119	ベプシドカプセル２５ｍｇ
	620003643	ラステットＳカプセル５０ｍｇ
	620006120	ベプシドカプセル５０ｍｇ
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル５０ｍｇ「ＴＹＰ」
	620001885	タモキシフェンクエン酸塩１０ｍｇ錠
	620003593	ノルバデックス錠１０ｍｇ
	620921501	タモキシフェン錠１０ｍｇ「明治」
	620920504	タモキシフェン錠１０ｍｇ「日医工」
	620921701	タモキシフェン錠１０ｍｇ「サワイ」
	620921005	タモキシフェン錠１０ｍｇ「ＭＹＬ」
	622671201	タモキシフェン錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622317900	タモキシフェンクエン酸塩２０ｍｇ錠
	620003594	ノルバデックス錠２０ｍｇ
	622053001	タモキシフェン錠２０ｍｇ「サワイ」
	622075101	タモキシフェン錠２０ｍｇ「日医工」
	622041701	タモキシフェン錠２０ｍｇ「明治」
	620921905	タモキシフェン錠２０ｍｇ「ＭＹＬ」
	622671301	タモキシフェン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	620007083	ペラゾリン細粒４００ｍｇ
	620007084	ペラゾリン細粒８００ｍｇ
	610463172	フルタミド錠１２５「ＫＮ」
	620006876	オダイン錠１２５ｍｇ
	621484703	フルタミド錠１２５ｍｇ「ファイザー」
	620005101	ベサノイドカプセル１０ｍｇ
	610407022	フェアストン錠４０
	620004006	トレミフェン錠４０ｍｇ「サワイ」
	610407023	フェアストン錠６０
	622169001	トレミフェン錠６０ｍｇ「サワイ」
	620003534	カソデックス錠８０ｍｇ
	620009415	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＫＮ」
	620009412	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＮＫ」
	620009413	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＮＰ」
	620009411	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＳＮ」
	620009420	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＴＣＫ」
	620009409	ビカルタミド錠８０ｍｇ「あすか」
	620009410	ビカルタミド錠８０ｍｇ「アメル」
	620009416	ビカルタミド錠８０ｍｇ「サワイ」
	620009417	ビカルタミド錠８０ｍｇ「サンド」
	620009421	ビカルタミド錠８０ｍｇ「日医工」
	620009422	ビカルタミド錠８０ｍｇ「マイラン」
	620009423	ビカルタミド錠８０ｍｇ「明治」
	621938701	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＪＧ」
	621927301	ビカルタミド錠８０ｍｇ「オーハラ」
	621979301	ビカルタミド錠８０ｍｇ「トーワ」
	621912301	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ケミファ」
	622087501	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ファイザー」
	621897501	ビカルタミド錠８０ｍｇ「テバ」
	622671501	ビカルタミド錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622265601	カソデックスＯＤ錠８０ｍｇ
	622492601	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ＫＮ」
	622487201	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ＮＫ」
	622502901	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「あすか」
	622482001	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ケミファ」
	622498101	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「サワイ」
	622501501	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「日医工」
	622507101	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ニプロ」
	622502701	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「明治」
	622513701	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「トーワ」
	622671401	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622689100	アナストロゾール１ｍｇ錠
	620003507	アリミデックス錠１ｍｇ
	622213401	アナストロゾール錠１ｍｇ「Ｆ」
	622204401	アナストロゾール錠１ｍｇ「ＪＧ」
	622208701	アナストロゾール錠１ｍｇ「ＮＫ」
	622211201	アナストロゾール錠１ｍｇ「ＮＰ」
	622198501	アナストロゾール錠１ｍｇ「ケミファ」
	622218301	アナストロゾール錠１ｍｇ「サワイ」
	622215501	アナストロゾール錠１ｍｇ「サンド」
	622195501	アナストロゾール錠１ｍｇ「テバ」
	622195001	アナストロゾール錠１ｍｇ「トーワ」
	622208401	アナストロゾール錠１ｍｇ「日医工」
	622222701	アナストロゾール錠１ｍｇ「マイラン」
	622180501	アナストロゾール錠１ｍｇ「明治」
	622238501	アナストロゾール錠１ｍｇ「アメル」
	622671101	アナストロゾール錠１ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622610600	イマチニブメシル酸塩１００ｍｇ錠
	620002511	グリベック錠１００ｍｇ
	622291501	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＥＥ」
	622292801	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＫＮ」
	622287101	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＮＫ」
	622298801	イマチニブ錠１００ｍｇ「ヤクルト」
	622348701	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622357601	イマチニブ錠１００ｍｇ「ニプロ」
	622340201	イマチニブ錠１００ｍｇ「明治」
	622380201	イマチニブ錠１００ｍｇ「オーハラ」
	622388501	イマチニブ錠１００ｍｇ「ケミファ」
	622389601	イマチニブ錠１００ｍｇ「サワイ」
	622414301	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＪＧ」
	622437501	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＴＣＫ」
	622411601	イマチニブ錠１００ｍｇ「トーワ」
	622436501	イマチニブ錠１００ｍｇ「日医工」
	622417501	イマチニブ錠１００ｍｇ「ファイザー」
	622496001	イマチニブ錠１００ｍｇ「テバ」
	622306802	イマチニブ錠１００ｍｇ「ＫＭＰ」
	622357701	イマチニブ錠２００ｍｇ「ニプロ」
	622340301	イマチニブ錠２００ｍｇ「明治」
	622375401	イマチニブ錠２００ｍｇ「ヤクルト」
	622411701	イマチニブ錠２００ｍｇ「トーワ」
	622436601	イマチニブ錠２００ｍｇ「日医工」
	622457401	イマチニブ錠２００ｍｇ「サワイ」
	610462026	アロマシン錠２５ｍｇ
	622115801	エキセメスタン錠２５ｍｇ「ＮＫ」
	622118801	エキセメスタン錠２５ｍｇ「マイラン」
	622158301	エキセメスタン錠２５ｍｇ「テバ」
	610462027	イレッサ錠２５０
	622668001	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622684501	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「ＪＧ」
	622672301	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「ＮＫ」
	622679701	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「サワイ」
	622682601	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「サンド」
	622674401	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「日医工」
	622679101	ゲフィチニブ錠２５０ｍｇ「ヤクルト」
	620002491	アムノレイク錠２ｍｇ
	622475600	レトロゾール２．５ｍｇ錠
	620003467	フェマーラ錠２．５ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622427401	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」
	622429201	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＥＥ」
	622429901	レトロゾール錠２．５ｍｇ「Ｆ」
	622413201	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＦＦＰ」
	622422101	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＪＧ」
	622433901	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＫＮ」
	622435201	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＮＫ」
	622418401	レトロゾール錠２．５ｍｇ「アメル」
	622427901	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ケミファ」
	622431001	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サワイ」
	622432001	レトロゾール錠２．５ｍｇ「テバ」
	622412801	レトロゾール錠２．５ｍｇ「トーワ」
	622436701	レトロゾール錠２．５ｍｇ「日医工」
	622438901	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ニプロ」
	622417401	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ファイザー」
	622420001	レトロゾール錠２．５ｍｇ「明治」
	622411401	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ヤクルト」
	622418402	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サンド」
	620005890	タルセバ錠２５ｍｇ
	620005891	タルセバ錠１００ｍｇ
	620005892	タルセバ錠１５０ｍｇ
	620006778	ネクサバール錠２００ｍｇ
	620006801	スーテントカプセル１２．５ｍｇ
	622796901	カボメティクス錠２０ｍｇ
	622797001	カボメティクス錠６０ｍｇ
	620008558	サレドカプセル１００
	621984001	サレドカプセル５０
	622267801	サレドカプセル２５
	620009095	スプリセル錠２０ｍｇ
	620009096	スプリセル錠５０ｍｇ
	620009097	タシグナカプセル２００ｍｇ
	622048101	タシグナカプセル１５０ｍｇ
	622585501	タシグナカプセル５０ｍｇ
	621911601	タイケルブ錠２５０ｍｇ
	621980901	アフィニトール錠５ｍｇ
	622216801	アフィニトール錠２．５ｍｇ
	622226301	アフィニトール分散錠２ｍｇ
	622226401	アフィニトール分散錠３ｍｇ
	621927401	レブラミドカプセル５ｍｇ
	622456401	レブラミドカプセル２．５ｍｇ
	622087401	ゾリンザカプセル１００ｍｇ
	622149601	ザーコリカプセル２００ｍｇ
	622149701	ザーコリカプセル２５０ｍｇ
	622851501	アルンブリグ錠３０ｍｇ
	622851601	アルンブリグ錠９０ｍｇ
	622794101	テプミトコ錠２５０ｍｇ
	622183301	インライタ錠１ｍｇ
	622183401	インライタ錠５ｍｇ
	622201801	ヴォトリエント錠２００ｍｇ
	622225801	スチバーガ錠４０ｍｇ
	622307101	ジオトリフ錠２０ｍｇ
	622307201	ジオトリフ錠３０ｍｇ
	622307301	ジオトリフ錠４０ｍｇ
	622307401	ジオトリフ錠５０ｍｇ
	622623001	イクスタンジ錠４０ｍｇ
	622623101	イクスタンジ錠８０ｍｇ
	622443801	アレセンサカプセル１５０ｍｇ
	622363801	ザイティガ錠２５０ｍｇ
	622365001	ジャカビ錠５ｍｇ
	622545301	ジャカビ錠１０ｍｇ
	622363701	ラパリムス錠１ｍｇ
	622374701	ボシュリフ錠１００ｍｇ
	622394901	ゼルボラフ錠２４０ｍｇ
	622415001	ポマリストカプセル１ｍｇ
	622415101	ポマリストカプセル２ｍｇ
	622415201	ポマリストカプセル３ｍｇ
	622415301	ポマリストカプセル４ｍｇ
	622416001	レンビマカプセル４ｍｇ
	622416101	レンビマカプセル１０ｍｇ
	622441601	ファリーダックカプセル１０ｍｇ
	622441701	ファリーダックカプセル１５ｍｇ
	622441001	カプレルサ錠１００ｍｇ
	622483501	タルグレチンカプセル７５ｍｇ
	622487901	イムブルビカカプセル１４０ｍｇ
	622833701	カルケンスカプセル１００ｍｇ
	622803301	ベレキシブル錠８０ｍｇ
	622697301	ジカディア錠１５０ｍｇ
	622472001	タグリッソ錠４０ｍｇ
	622472101	タグリッソ錠８０ｍｇ
	622484901	タフィンラーカプセル５０ｍｇ
	622485001	タフィンラーカプセル７５ｍｇ
	622485101	メキニスト錠０．５ｍｇ
	622485201	メキニスト錠２ｍｇ
	622483401	アイクルシグ錠１５ｍｇ
	622654801	ゾスパタ錠４０ｍｇ
	622653201	ローブレナ錠２５ｍｇ
	622653301	ローブレナ錠１００ｍｇ
	622669101	ビジンプロ錠１５ｍｇ
	622669201	ビジンプロ錠４５ｍｇ
	622668801	ビラフトビカプセル５０ｍｇ
	622837601	ビラフトビカプセル７５ｍｇ
	622668901	メクトビ錠１５ｍｇ
	622676901	アーリーダ錠６０ｍｇ
	622796301	ニュベクオ錠３００ｍｇ
	622688401	ヴァンフリタ錠１７．７ｍｇ
	622688501	ヴァンフリタ錠２６．５ｍｇ
	622679401	ロズリートレクカプセル１００ｍｇ
	622679501	ロズリートレクカプセル２００ｍｇ
	622856401	ヴァイトラックビカプセル２５ｍｇ
	622856501	ヴァイトラックビカプセル１００ｍｇ
	622856601	ヴァイトラックビ内用液２０ｍｇ／ｍＬ
	622851101	ペマジール錠４．５ｍｇ
	622696201	ベネクレクスタ錠１０ｍｇ
	622696301	ベネクレクスタ錠５０ｍｇ
	622696401	ベネクレクスタ錠１００ｍｇ
	620007080	ベスタチンカプセル１０ｍｇ
	620007081	ベスタチンカプセル３０ｍｇ
	622336001	ロンサーフ配合錠Ｔ１５
	622336101	ロンサーフ配合錠Ｔ２０
	622586501	イブランスカプセル２５ｍｇ
	622703401	イブランス錠２５ｍｇ
	622586601	イブランスカプセル１２５ｍｇ
	622703501	イブランス錠１２５ｍｇ
	622653801	ベージニオ錠５０ｍｇ
	622653901	ベージニオ錠１００ｍｇ
	622654001	ベージニオ錠１５０ｍｇ
	622606901	リムパーザ錠１００ｍｇ
	622607001	リムパーザ錠１５０ｍｇ
	622821201	タブレクタ錠１５０ｍｇ
	622821301	タブレクタ錠２００ｍｇ
	622830301	ゼジューラカプセル１００ｍｇ
Ａ ６ 専門的な治療・処置（③ 麻薬の使用 注射剤のみ）	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
	620009272	パンオピン皮下注２０ｍｇ
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003067	アンペック注１０ｍｇ
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「シオノギ」
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「第一三共」
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「タケダ」
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003068	アンペック注５０ｍｇ
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「シオノギ」
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「第一三共」
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
	621454706	モルヒネ塩酸塩注１００ｍｇシリンジ「テルモ」
	620001373	アンペック注２００ｍｇ
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「シオノギ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「タケダ」
	620004181	プレペノン注１００ｍｇシリンジ
	622135601	オキファスト注１０ｍｇ
	622685701	オキシコドン注射液１０ｍｇ「第一三共」
	622135701	オキファスト注５０ｍｇ
	622685801	オキシコドン注射液５０ｍｇ「第一三共」
	622625401	ナルベイン注２ｍｇ
	622625501	ナルベイン注２０ｍｇ
	648110014	複方オキシコドン注射液
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
	648110002	アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
	648110010	弱アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
	648210005	ペチジン塩酸塩注射液
	628512804	ペチジン塩酸塩注射液３５ｍｇ「タケダ」
	648210006	ペチジン塩酸塩注射液
	628513304	ペチジン塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
	621208101	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「第一三共」
	621899203	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「テルモ」
	621627101	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「第一三共」
	621899303	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「テルモ」
	621899403	フェンタニル注射液０．５ｍｇ「テルモ」
	620004422	アルチバ静注用２ｍｇ
	622486801	レミフェンタニル静注用２ｍｇ「第一三共」
	620004423	アルチバ静注用５ｍｇ
	622486901	レミフェンタニル静注用５ｍｇ「第一三共」
	648210004	ペチロルファン注射液
	648210007	弱ペチロルファン注射液
Ａ ６ 専門的な治療・処置（④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理）	610462034	コデインリン酸塩散１％
	620000567	リン酸コデイン散１％〈ハチ〉
	620000568	リン酸コデイン散１％「フソー」
	612240008	リン酸コデイン散１％「ホエイ」
	620000569	リン酸コデイン散１％「イワキ」
	610450010	リン酸コデイン散１％「メタル」
	620005838	コデインリン酸塩散１％「シオエ」
	620009310	コデインリン酸塩散１％「第一三共」
	620392409	コデインリン酸塩散１％「タケダ」
	620392413	コデインリン酸塩散１％「フソー」
	620392425	コデインリン酸塩散１％「メタル」
	620392429	リン酸コデイン散１％「日医工」
	620000182	コデインリン酸塩錠
	620005841	コデインリン酸塩錠５ｍｇ「シオエ」
	621567604	リン酸コデイン錠５ｍｇ「ファイザー」
	610462036	ジヒドロコデインリン酸塩散１％
	620392523	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「メタル」
	620000575	リン酸ジヒドロコデイン散１％〈ハチ〉
	620000576	リン酸ジヒドロコデイン散１％「フソー」
	612240010	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」
	610450011	リン酸ジヒドロコデイン散１％「メタル」
	620005844	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「シオエ」
	620009316	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「第一三共」
	620392509	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「タケダ」
	620392528	リン酸ジヒドロコデイン散１％「日医工」
	620392532	ジヒドロコデインリン酸塩散１％〈ハチ〉
	618110006	アヘン末
	628500001	アヘン末「第一三共」
	618110004	アヘン散
	628500501	アヘン散「第一三共」
	618110002	アヘンチンキ
	628501001	アヘンチンキ「第一三共」
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩
	618110025	パンオピン「タケダ」
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＰ」
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末
	622842601	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包１０ｍｇ「フジモト」
	622842701	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包３０ｍｇ「フジモト」
	610453130	モルペス細粒２％
	610453131	モルペス細粒６％
	618110023	ＭＳコンチン錠１０ｍｇ
	618110024	ＭＳコンチン錠３０ｍｇ
	610406378	ＭＳコンチン錠６０ｍｇ
	610453027	ＭＳツワイスロンカプセル１０ｍｇ
	610453028	ＭＳツワイスロンカプセル３０ｍｇ
	610453029	ＭＳツワイスロンカプセル６０ｍｇ
	620003165	パシーフカプセル３０ｍｇ
	620003166	パシーフカプセル６０ｍｇ
	620003167	パシーフカプセル１２０ｍｇ
	610470010	オプソ内服液５ｍｇ
	610470011	オプソ内服液１０ｍｇ
	618110011	コデインリン酸塩錠
	620009226	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「第一三共」
	628505804	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「タケダ」
	618110009	コデインリン酸塩水和物
	620009227	コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末
	628506001	コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末
	610462035	コデインリン酸塩散１０％
	620009225	コデインリン酸塩散１０％「タケダ」
	628506500	コデインリン酸塩散１０％「第一三共」
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「第一三共」
	628507804	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「タケダ」
	620003630	メテバニール錠２ｍｇ
	622016901	オキノーム散２．５ｍｇ
	622017001	オキノーム散５ｍｇ
	622017101	オキノーム散１０ｍｇ
	622303901	オキノーム散２０ｍｇ
	622540101	オキシコドン錠２．５ｍｇ「第一三共」
	622540201	オキシコドン錠５ｍｇ「第一三共」
	622540301	オキシコドン錠１０ｍｇ「第一三共」
	622540401	オキシコドン錠２０ｍｇ「第一三共」
	622521701	オキシコドン徐放錠５ｍｇ「第一三共」
	622521801	オキシコドン徐放錠１０ｍｇ「第一三共」
	622521901	オキシコドン徐放錠２０ｍｇ「第一三共」
	622522001	オキシコドン徐放錠４０ｍｇ「第一三共」
	622576301	オキシコンチンＴＲ錠５ｍｇ
	622685301	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576401	オキシコンチンＴＲ錠１０ｍｇ
	622685401	オキシコドン徐放錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576501	オキシコンチンＴＲ錠２０ｍｇ
	622685501	オキシコドン徐放錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576601	オキシコンチンＴＲ錠４０ｍｇ
	622685601	オキシコドン徐放錠４０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622303501	オキシコドン徐放カプセル５ｍｇ「テルモ」
	622303601	オキシコドン徐放カプセル１０ｍｇ「テルモ」
	622303701	オキシコドン徐放カプセル２０ｍｇ「テルモ」
	622303801	オキシコドン徐放カプセル４０ｍｇ「テルモ」
	622802101	オキシコドン錠２．５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802201	オキシコドン錠５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802301	オキシコドン錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802401	オキシコドン錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622839101	オキシコドン内服液２．５ｍｇ「日本臓器」
	622839201	オキシコドン内服液５ｍｇ「日本臓器」
	622839301	オキシコドン内服液１０ｍｇ「日本臓器」
	622839401	オキシコドン内服液２０ｍｇ「日本臓器」
	622550201	ナルラピド錠１ｍｇ
	622550301	ナルラピド錠２ｍｇ
	622550501	ナルラピド錠４ｍｇ
	622549801	ナルサス錠２ｍｇ
	622549901	ナルサス錠６ｍｇ
	622550001	ナルサス錠１２ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622550101	ナルサス錠２４ｍｇ
	618110001	アヘン・トコン散
	618110027	ドーフル散
	618210001	ペチジン塩酸塩
	622293501	アブストラル舌下錠１００μｇ
	622293601	アブストラル舌下錠２００μｇ
	622293701	アブストラル舌下錠４００μｇ
	622264901	イーフェンバッカル錠５０μｇ
	622265001	イーフェンバッカル錠１００μｇ
	622265101	イーフェンバッカル錠２００μｇ
	622265201	イーフェンバッカル錠４００μｇ
	622265301	イーフェンバッカル錠６００μｇ
	622265401	イーフェンバッカル錠８００μｇ
	622212701	メサペイン錠５ｍｇ
	622212801	メサペイン錠１０ｍｇ
	622350501	タペンタ錠２５ｍｇ
	622350601	タペンタ錠５０ｍｇ
	622350701	タペンタ錠１００ｍｇ
	668110001	アンペック坐剤１０ｍｇ
	668110002	アンペック坐剤２０ｍｇ
	660432005	アンペック坐剤３０ｍｇ
	618120001	コカイン塩酸塩
	620009281	コカイン塩酸塩「タケダ」原末
	620007678	デュロテップＭＴパッチ２．１ｍｇ
	622177901	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228201	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「明治」
	622628101	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「トーワ」
	622305202	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「テイコク」
	620007679	デュロテップＭＴパッチ４．２ｍｇ
	622178001	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228301	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「明治」
	622628201	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「トーワ」
	622305302	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「テイコク」
	620007680	デュロテップＭＴパッチ８．４ｍｇ
	622178101	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228401	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「明治」
	622628301	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「トーワ」
	622305402	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「テイコク」
	620007681	デュロテップＭＴパッチ１２．６ｍｇ
	622178201	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228501	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「明治」
	622628401	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「トーワ」
	622305502	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「テイコク」
	620007682	デュロテップＭＴパッチ１６．８ｍｇ
	622178301	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228601	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「明治」
	622628501	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「トーワ」
	622305602	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「テイコク」
	622041901	ワンデュロパッチ０．８４ｍｇ
	622505001	フェンタニル１日用テープ０．８４ｍｇ「明治」
	622042001	ワンデュロパッチ１．７ｍｇ
	622505101	フェンタニル１日用テープ１．７ｍｇ「明治」
	622042101	ワンデュロパッチ３．４ｍｇ
	622505201	フェンタニル１日用テープ３．４ｍｇ「明治」
	622042201	ワンデュロパッチ５ｍｇ
	622505301	フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「明治」
	622042301	ワンデュロパッチ６．７ｍｇ
	622505401	フェンタニル１日用テープ６．７ｍｇ「明治」
	622700801	ラフェンタテープ１．３８ｍｇ
	622700901	ラフェンタテープ２．７５ｍｇ
	622701001	ラフェンタテープ５．５ｍｇ
	622701101	ラフェンタテープ８．２５ｍｇ
	622701201	ラフェンタテープ１１ｍｇ
	621988502	フェントステープ１ｍｇ
	622643101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「第一三共」
	622696801	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「テイコク」
	621988602	フェントステープ２ｍｇ
	622643201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「第一三共」
	622696901	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「テイコク」
	621988702	フェントステープ４ｍｇ
	622643301	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「第一三共」
	622697001	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「テイコク」
	621988802	フェントステープ６ｍｇ
	622643401	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「第一三共」
	622697101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「テイコク」
	621988902	フェントステープ８ｍｇ
	622643501	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「第一三共」
	622697201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「テイコク」
	622645901	フェントステープ０．５ｍｇ
	622856201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ０．５ｍｇ「テイコク」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療）	180008810	体外照射（エックス線表在治療）（１回目）
	180019410	体外照射（エックス線表在治療）（２回目）
	180020710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（１門照射）
	180020810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（対向２門照射）
	180020910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（非対向２門照射）
	180021010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（３門照射）
	180021110	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（４門以上の照射）
	180021210	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（運動照射）
	180021310	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（原体照射）
	180021410	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（１門照射）
	180021510	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（対向２門照射）
	180021610	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（非対向２門照射）
	180021710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（３門照射）
	180021810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（４門以上の照射）
	180021910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（運動照射）
	180022010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（原体照射）
	180031910	体外照射（ＩＭＲＴ）
	180025270	施設基準不適合減算（放射線）（１００分の７０）
	180043270	１回線量増加加算（全乳房照射）
	180054970	１回線量増加加算（前立腺照射）
	180009270	術中照射療法加算
	180016970	体外照射用固定器具加算
	180054870	画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報）
	180054770	画像誘導放射線治療加算（骨構造の位置情報）
	180054670	画像誘導放射線治療加算（体表面の位置情報）
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療
	180019710	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）
	180035310	直線加速器による放射線治療（１以外）
	180026750	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療・体幹部に対する）
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）
	180055110	粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）
	180055010	粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）
	180055310	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）
	180055210	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（重粒子線治療）
	180046970	粒子線治療適応判定加算
	180047070	粒子線治療医学管理加算
	180012710	全身照射
	180009410	密封小線源治療（外部照射）
	180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009510	密封小線源治療（腔内照射）（その他）
	180027110	密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018610	密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032310	密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009610	密封小線源治療（組織内照射）（その他）
	180009710	密封小線源治療（放射性粒子照射）
	180027270	線源使用加算（密封小線源治療）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018770	食道用アプリケーター加算（密封小線源治療）
	180018870	気管、気管支用アプリケーター加算（密封小線源治療）
	180047170	画像誘導密封小線源治療加算
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑥ 免疫抑制剤の管理　注射剤のみ）	620007335	ソル・コーテフ注射用１００ｍｇ
	620008818	サクシゾン注射用１００ｍｇ
	620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用１００ｍｇ「武田テバ」
	620007332	ソル・コーテフ静注用２５０ｍｇ
	620008819	サクシゾン注射用３００ｍｇ
	620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用３００ｍｇ「武田テバ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620007333	ソル・コーテフ静注用５００ｍｇ
	620008816	サクシゾン静注用５００ｍｇ
	620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用５００ｍｇ「武田テバ」
	620007334	ソル・コーテフ静注用１０００ｍｇ
	620008817	サクシゾン静注用１０００ｍｇ
	620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用１０００ｍｇ「武田テバ」
	620004661	ケナコルトーＡ皮内用関節腔内用水懸注５０ｍｇ／５ｍＬ
	620004660	ケナコルトーＡ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ
	620002613	リンデロン注２ｍｇ（０．４％）
	620003829	リノロサール注射液２ｍｇ（０．４％）
	620002614	リンデロン注４ｍｇ（０．４％）
	620003830	リノロサール注射液４ｍｇ（０．４％）
	620002615	リンデロン注２０ｍｇ（０．４％）
	620003831	リノロサール注射液２０ｍｇ（０．４％）
	620002616	リンデロン注２０ｍｇ（２％）
	620002617	リンデロン注１００ｍｇ（２％）
	620007336	ソルコート静注液１００ｍｇ
	620525001	デカドロン注射液１．６５ｍｇ
	620525101	デキサート注射液１．６５ｍｇ
	620525201	オルガドロン注射液１．９ｍｇ
	620525301	デカドロン注射液３．３ｍｇ
	620525401	デキサート注射液３．３ｍｇ
	620525801	オルガドロン注射液３．８ｍｇ
	620525601	デカドロン注射液６．６ｍｇ
	620525701	デキサート注射液６．６ｍｇ
	620525901	オルガドロン注射液１９ｍｇ
	620003832	リメタゾン静注２．５ｍｇ
	642450087	リンデロン懸濁注
	640454024	注射用ソル・メルコート４０
	620007356	ソル・メドロール静注用４０ｍｇ
	640454025	注射用ソル・メルコート１２５
	620007357	ソル・メドロール静注用１２５ｍｇ
	640454026	注射用ソル・メルコート５００
	620007358	ソル・メドロール静注用５００ｍｇ
	620001310	注射用ソル・メルコート１，０００
	620007359	ソル・メドロール静注用１０００ｍｇ
	620007381	デポ・メドロール水懸注２０ｍｇ
	620007382	デポ・メドロール水懸注４０ｍｇ
	642450115	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450169	水溶性プレドニン１０ｍｇ
	620530402	プレドニゾロンコハク酸エステルＮａ注射用１０ｍｇ「Ｆ」
	642450116	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450170	水溶性プレドニン２０ｍｇ
	620530502	プレドニゾロンコハク酸エステルＮａ注射用２０ｍｇ「Ｆ」
	642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450171	水溶性プレドニン５０ｍｇ
	620894001	サンディミュン点滴静注用２５０ｍｇ
	643990141	プログラフ注射液５ｍｇ
	622047401	プログラフ注射液２ｍｇ
	620008850	スパニジン点滴静注用１００ｍｇ
	620008829	シムレクト静注用２０ｍｇ
	620008445	シムレクト小児用静注用１０ｍｇ
	620009011	ステロネマ注腸３ｍｇ
	620009010	ステロネマ注腸１．５ｍｇ
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ）	620008805	エホチール注１０ｍｇ
	640461008	ドパミン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
	620002175	イノバン注１００ｍｇ
	620003427	カコージン注１００ｍｇ
	620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
	620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
	620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＮ」
	620244722	ツルドパミ点滴静注１００ｍｇ
	620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＮＰ」
	620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
	620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「イセイ」
	620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
	620002174	イノバン注５０ｍｇ
	621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「タイヨー」
	621399011	ツルドパミ点滴静注５０ｍｇ
	621399010	カコージン注５０ｍｇ
	621399013	ドパミン塩酸塩点滴静注５０ｍｇ「ＮＰ」
	620245102	ツルドパミ点滴静注２００ｍｇ
	622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「タイヨー」
	620002179	塩酸ドパミン注キット２００
	620003205	カコージンＤ注０．１％
	620002180	塩酸ドパミン注キット６００
	620003207	カコージンＤ注０．３％
	620003194	イノバン注０．１％シリンジ
	620003195	イノバン注０．３％シリンジ
	620004105	イノバン注０．６％シリンジ
	642110084	ドブトレックス注射液１００ｍｇ
	620005187	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
	621365306	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「ＡＦＰ」
	621365316	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「Ｆ」
	621365321	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
	620005188	ドブトレックスキット点滴静注用２００ｍｇ
	620005189	ドブトレックスキット点滴静注用６００ｍｇ
	620003225	ドブポン注０．１％シリンジ
	620003226	ドブポン注０．３％シリンジ
	620004161	ドブポン注０．６％シリンジ
	620002593	ネオシネジンコーワ注１ｍｇ
	620002594	ネオシネジンコーワ注５ｍｇ
	642450005	アドレナリン注射液
	620517902	ボスミン注１ｍｇ
	642450071	ノルアドレナリン注射液
	620008384	ノルアドリナリン注１ｍｇ
	621371901	アドレナリン注０．１％シリンジ「テルモ」
	628704702	エピペン注射液０．１５ｍｇ
	628704802	エピペン注射液０．３ｍｇ
	620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
	620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「武田テバ」
	620246201	ドパミン塩酸塩点滴２００ｍｇバッグニチヤク
	621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＫＣＣ」
	620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
	620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「武田テバ」
	620247903	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
	620248003	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
	620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ニチヤク」
	621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＫＣＣ」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ）	641210020	リドカイン注射液
	641210093	キシロカイン注射液０．５％
	641210094	リドカイン注「ＮＭ」０．５％
	641210021	リドカイン注射液
	641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液
	641210022	リドカイン注射液
	641210099	キシロカイン注射液１％
	641210100	リドカイン注「ＮＭ」１％
	641210023	リドカイン注射液
	641210102	キシロカイン注射液２％
	641210103	リドカイン注「ＮＭ」２％
	641210024	リドカイン注射液
	641210105	静注用キシロカイン２％
	620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」
	641210025	リドカイン注射液
	621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008355	アミサリン注１００ｍｇ
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008356	アミサリン注２００ｍｇ
	642120006	インデラル注射液２ｍｇ
	621494801	オノアクト点滴静注用５０ｍｇ
	622094701	コアベータ静注用１２．５ｍｇ
	622422801	オノアクト点滴静注用１５０ｍｇ
	640462042	ブレビブロック注１００ｍｇ
	620004782	リスモダンＰ静注５０ｍｇ
	620005243	ワソラン静注５ｍｇ
	620009200	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「タイヨー」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620008940	メキシチール点滴静注１２５ｍｇ
	620004636	アスペノン静注用１００
	620262301	シベノール静注７０ｍｇ
	620007361	タンボコール静注５０ｍｇ
	620002584	シンビット静注用５０ｍｇ
	640443003	サンリズム注射液５０
	620002610	リドカイン静注用２％シリンジ「テルモ」
	620004876	アンカロン注１５０
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注１５０ｍｇ「ＴＥ」
	620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用１０ｍｇ「日医工」
	620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用５０ｍｇ「日医工」
	640407031	ヘルベッサー注射用２５０
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用２５０ｍｇ「サワイ」
	621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用２５０ｍｇ「日医工」
	621958501	ヘルベッサー注射用１０
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
	621958601	ヘルベッサー注射用５０
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用）	621406001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「サワイ」
	621267001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「日医工」
	621405904	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「ＳＮ」
	620002948	スロンノンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
	620002974	ノバスタンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
	620003192	アルガトロバン注シリンジ１０ｍｇ「ＮＰ」
	621734701	アルガトロバン注１０ｍｇシリンジ「ＳＮ」
	620002252	チトラミン液「フソー」－４％
	620812203	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」
	621824702	ヘパリンカルシウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621824802	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」
	621825002	ヘパリンカルシウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
	621824902	ヘパリンＣａ注射液５万単位／５０ｍＬ「サワイ」
	621825102	ヘパリンＣａ注射液１０万単位／１００ｍＬ「サワイ」
	622458001	ヘパリンＣａ皮下注１万単位／０．４ｍＬ「サワイ」
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注５千単位／０．２ｍＬシリンジ「モチダ」
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液
	620812504	ヘパリンナトリウム注Ｎ５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液
	621825302	ヘパリンＮａ注５千単位／５ｍＬ「モチダ」
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液
	621825802	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621825602	ヘパリンナトリウム注Ｎ１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621825704	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ニプロ」
	621825502	ヘパリンＮａ注１万単位／１０ｍＬ「モチダ」
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液
	621826102	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
	621826004	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ニプロ」
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液
	621826402	ヘパリンナトリウム注１０万単位／１００ｍＬ「ＡＹ」
	620006312	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
	621832801	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「ＮＳ」２０ｍＬ
	621701902	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日新」
	621699702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＫＣＣ」
	620006328	リザルミン静注５０００単位／５ｍＬ
	621757301	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬ「ＨＫ」
	621673901	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日医工」
	621757401	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日本臓器」
	620812701	フラグミン静注５０００単位／５ｍＬ
	621702702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「サワイ」
	621673102	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＡＦＰ」
	620007360	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬシリンジ「ＨＫ」
	621994801	ダルテパリンＮａ静注２５００単位／１０ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621994901	ダルテパリンＮａ静注３０００単位／１２ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621995001	ダルテパリンＮａ静注４０００単位／１６ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621995101	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／２０ｍＬシリンジ「ニプロ」
	620006789	リコモジュリン点滴静注用１２８００
	621373901	オルガラン静注１２５０単位
	620006203	ウロナーゼ静注用６万単位
	620006202	ウロナーゼ冠動注用１２万単位
	620006204	ウロナーゼ静注用２４万単位
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注液１０単位
	643950056	アクチバシン注６００万
	643950059	グルトパ注６００万
	643950057	アクチバシン注１２００万
	643950060	グルトパ注１２００万
	643950058	アクチバシン注２４００万
	643950061	グルトパ注２４００万
	620007270	クリアクター静注用４０万
	620007271	クリアクター静注用８０万
	620006213	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
	621645001	オザグレルＮａ静注液２０ｍｇ「日医工」
	621536405	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＦＹ」
	620006214	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
	621645201	オザグレルＮａ静注液８０ｍｇ「日医工」
	621536201	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「ケミファ」
	621536902	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＩＰ」
	621696901	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「トーワ」
	620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液８０ｍｇ「ＪＤ」
	621754402	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「ケミファ」
	621537002	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＩＰ」
	621697101	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「トーワ」
	620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液４０ｍｇ「ＪＤ」
	621536301	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「ケミファ」
	621645402	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＩＰ」
	621697001	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
	621536505	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＦＹ」
	621536605	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＦＹ」
	621947801	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
	621645101	オザグレルＮａ静注液４０ｍｇ「日医工」
	640463085	注射用カタクロット２０ｍｇ
	640463048	キサンボン注射用２０ｍｇ
	620002253	注射用オザグレルナトリウム２０ｍｇ「Ｆ」
	621484101	オザグレルＮａ注射用２０ｍｇ「ＳＷ」
	621484201	オザグレルＮａ静注用２０ｍｇ「日医工」
	640463086	注射用カタクロット４０ｍｇ
	640463049	キサンボン注射用４０ｍｇ
	620002254	注射用オザグレルナトリウム４０ｍｇ「Ｆ」
	621484501	オザグレルＮａ注射用４０ｍｇ「ＳＷ」
	640470007	オキリコン注シリンジ２０ｍｇ
	621519104	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	640470008	オキリコン注シリンジ４０ｍｇ
	621519204	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	640470009	オキリコン注シリンジ８０ｍｇ
	621519304	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	620008180	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇシリンジ「サワイ」
	621645502	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「ＩＰ」
	620005647	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇバッグ「サワイ」
	622082501	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「ＤＫ」
	622093801	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「タカタ」
	622263401	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「テルモ」
	621660005	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／２００ｍＬバッグ「ＦＹ」
	620008178	オザグレルＮａ注射液２０ｍｇシリンジ「サワイ」
	620008179	オザグレルＮａ注射液４０ｍｇシリンジ「サワイ」
	622462201	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＩＰ」
	621643701	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「タカタ」
	620002925	カタクロット注射液２０ｍｇ
	620002933	キサンボンＳ注射液２０ｍｇ
	620002926	カタクロット注射液４０ｍｇ
	620002934	キサンボンＳ注射液４０ｍｇ
	621808401	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「タカタ」
	621808501	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「タカタ」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑩ ドレナージの管理）	140032310	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）
	140032410	ドレーン法（ドレナージ）（その他）
	140051810	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）
	140051910	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）
	140052010	局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）
	140052170	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２未満）
	140052270	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２以上）
	140052370	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（２００ｃｍ２以上）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	140004110	持続的胸腔ドレナージ
	140004310	胃持続ドレナージ
	140004510	持続的腹腔ドレナージ
	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法
Ａ 6 専門的な治療・処置（⑪ 無菌治療室での治療）	190106570	無菌治療室管理加算１
	190146510	無菌治療室管理加算２
Ａ 7 緊急に入院を必要とする状態	190171910	救急医療管理加算１
	190172010	救急医療管理加算２
	190237950	救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱）
	190238050	救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱・呼吸不全管理）
	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料
Ｃ 16 開頭手術（13日間）	150067010	頭蓋開溝術
	150067210	試験開頭術
	150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髄空洞症）
	150067410	減圧開頭術（その他）
	150397510	後頭蓋窩減圧術
	150067510	脳膿瘍排膿術
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
	150068010	機能的定位脳手術（片側）
	150314910	機能的定位脳手術（両側）
	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術）
	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術（側頭葉切除術）
	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術（脳梁離断術）
	150068310	脳切截術（開頭）
	150068910	脳神経手術（開頭）
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術
	150069410	頭蓋骨膜下血腫摘出術
	150069510	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜外）
	150069610	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜下）
	150069710	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）
	150069850	脳血管塞栓摘出術
	150069950	脳血管血栓摘出術
	150070010	脳内異物摘出術
	150070110	脳膿瘍全摘術
	150070210	頭蓋内腫瘤摘出術
	150070310	脳切除術
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術（松果体部腫瘍）
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術（その他）
	150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
	150412010	脳動静脈奇形摘出術（単純）
	150412110	脳動静脈奇形摘出術（複雑）
	150071310	脳・脳膜脱手術
	150243410	脳動脈瘤被包術（１箇所）
	150243510	脳動脈瘤被包術（２箇所以上）
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（１箇所）
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（２箇所以上）
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング（１箇所）
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング（２箇所以上）
	150344370	ローフローバイパス術併用加算
	150397670	ハイフローバイパス術併用加算
	150072010	髄液漏閉鎖術
	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）
	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
	150067850	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術
	150068410	延髄における脊髄視床路切截術
	150068510	三叉神経節後線維切截術
	150068610	視神経管開放術
	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）
	150068850	顔面神経管開放術
	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）
	150299250	脳新生血管造成術
	150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
Ｃ 17 開胸手術（12日間）	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124410	胸壁瘻手術
	150124510	漏斗胸手術（胸骨挙上法）
	150124610	漏斗胸手術（胸骨翻転法）
	150124710	試験開胸術
	150127350	試験的開胸開腹術
	150125910	胸腔内（胸膜内）血腫除去術
	150126610	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術（１肺葉に相当する範囲以内）
	150126710	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術（１肺葉に相当する範囲を超える）
	150316810	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲以内）
	150316910	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲を超える）
	150127210	膿胸腔有茎筋肉弁充填術
	150357110	膿胸腔有茎大網充填術
	150127510	胸郭形成手術（膿胸手術）（肋骨切除を主とする）
	150127610	胸郭形成手術（膿胸手術）（胸膜胼胝切除を併施する）
	150127810	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）
	150128210	乳糜胸手術
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術
	150128310	縦隔腫瘍、胸腺摘出術
	150292710	縦隔切開術（経胸腔）
	150294710	縦隔切開術（経腹）
	150374110	拡大胸腺摘出術
	150128510	縦隔郭清術
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）
	150129010	肺膿瘍切開排膿術
	150129310	気管支異物除去術（開胸手術）
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術
	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
	150129810	肺切除術（区域切除（１肺葉に満たない））
	150129910	肺切除術（肺葉切除）
	150130010	肺切除術（複合切除（１肺葉を超える））
	150130110	肺切除術（１側肺全摘）
	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）
	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）
	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）
	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）
	150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）
	150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）
	150317510	同種死体肺移植術
	150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）
	150336510	移植用部分肺採取術（生体）
	150336610	生体部分肺移植術
	150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150131210	肺剥皮術
	150131310	気管支瘻閉鎖術
	150131610	肺縫縮術
	150131710	気管支形成手術（楔状切除術）
	150131810	気管支形成手術（輪状切除術）
	150253410	先天性気管狭窄症手術
	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）
	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）
	150132510	食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）
	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））
	150346310	食道空置バイパス作成術
	150133110	食道異物摘出術（開胸手術）
	150133710	食道憩室切除術（開胸）
	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）
	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）
	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）
	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
	150136610	横隔膜縫合術（経胸）
	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）
	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）
	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150138210	心膜縫合術
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
	150138410	心膜切開術
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
	150138710	収縮性心膜炎手術
	150140510	試験開心術
	150140610	心腔内異物除去術
	150140710	心房内血栓除去術
	150140810	心腫瘍摘出術（単独）
	150318010	心腔内粘液腫摘出術（単独）
	150317810	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150317910	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））
	150140010	開胸心臓マッサージ
	150145710	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（１箇所）
	150145810	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（２箇所以上）
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（１吻合）
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（２吻合以上）
	150302770	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）併施加算
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（１吻合）
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（２吻合以上）
	150143010	心室瘤切除術（単独）
	150143110	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318610	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150318710	左室形成術（単独）
	150319010	心室中隔穿孔閉鎖術（単独）
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150319110	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150319210	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150141010	弁形成術（１弁）
	150279510	弁形成術（２弁）
	150279610	弁形成術（３弁）
	150141410	弁置換術（１弁）
	150141610	弁置換術（２弁）
	150141710	弁置換術（３弁）
	150359470	心臓弁再置換術加算（弁置換術）
	150387210	経カテーテル大動脈弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術
	150143710	大動脈弁上狭窄手術
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む）
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	150375570	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（１弁）
	150375670	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（２弁）
	150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（３弁）
	150319610	ＤＫＳ吻合を伴う大動脈狭窄症手術
	150292910	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）
	150150010	大動脈瘤切除術（弓部）
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）
	150264810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）
	150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（１弁）
	150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（２弁）
	150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（３弁）
	150381550	オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）
	150381650	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）
	150381750	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）
	150381850	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）
	150381950	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）
	150382050	オープン型ステントグラフト内挿術（下行）
	150151810	動脈管開存症手術（動脈管開存閉鎖術（直視下））
	150139110	肺動脈絞扼術
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォータートストン手術）
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）
	150320310	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150145110	肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）
	150144910	肺静脈形成術
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）
	150142050	三心房心手術
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）
	150144010	バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）
	150320710	バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）
	150144550	右室二腔症手術
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）
	150146910	両大血管右室起始症手術（単独）
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシッヒ・ビング奇形手術）
	150142510	大血管転位症手術（マスタード・セニング手術）
	150145310	大血管転位症手術（ジャテーン手術）
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150321510	修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）
	150147310	総動脈幹症手術
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）
	150145510	冠動静脈瘻開胸的遮断術
	150145410	冠動脈起始異常症手術
	150322010	心室憩室切除術
	150322110	心臓脱手術
	150144310	肺動脈塞栓除去術
	150346610	肺動脈血栓内膜摘除術
	150144810	肺静脈血栓除去術
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）
	150253910	不整脈手術（心室頻拍症手術）
	150275610	不整脈手術（メイズ手術）
	150322310	移植用心採取術
	150322410	同種心移植術
	150322510	移植用心肺採取術
	150322610	同種心肺移植術
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
	150175810	肝膿瘍切開術（開胸）
	150107210	気管異物除去術（開胸手術）
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）
	150287750	肺縫縮術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）
	150147610	人工心肺（初日）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）
	150149010	動脈塞栓除去術（開胸を伴う）
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
	150154610	胸管内頸静脈吻合術
	150400510	肺静脈隔離術
C 18 開腹手術（7日間）	150158010	腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）
	150158410	腹壁瘢痕ヘルニア手術
	150158510	半月状線ヘルニア手術
	150158610	白線ヘルニア手術
	150158810	臍ヘルニア手術
	150158910	臍帯ヘルニア手術
	150159010	鼠径ヘルニア手術
	150159110	大腿ヘルニア手術
	150159210	腰ヘルニア手術
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術
	150251110	坐骨ヘルニア手術
	150251210	会陰ヘルニア手術
	150159410	内ヘルニア手術
	150160010	試験開腹術
	150347410	ダメージコントロール手術
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（横隔膜下膿瘍）
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）
	150160610	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
	150160950	結核性腹膜炎手術
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）
	150161410	大網切除術
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）
	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術
	150162610	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴わない）
	150162710	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴う）
	150245310	骨盤内臓全摘術
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）
	150163010	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）
	150163110	胃切開術
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150164110	胃捻転症手術
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹）
	150323210	胃局所切除術
	150165210	胃切除術（単純切除術）
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150347770	有茎腸管移植加算
	150165650	十二指腸窓（内方）憩室摘出術
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150165910	胃縮小術
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術
	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
	150171510	十二指腸空腸吻合術
	150171810	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）
	150171910	噴門形成術
	150172010	胃横断術（静脈瘤手術）
	150172110	胆管切開術
	150172210	胆嚢切開結石摘出術
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）
	150172410	胆嚢摘出術
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
	150173210	総胆管拡張症手術
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150417410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術
	150174110	胆嚢外瘻造設術
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術
	150175610	肝縫合術
	150175710	肝膿瘍切開術（開腹）
	150175910	肝嚢胞切開又は縫縮術
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
	150176210	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150362710	肝切除術（亜区域切除）
	150362810	肝切除術（外側区域切除）
	150362910	肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））
	150363010	肝切除術（２区域切除）
	150363110	肝切除術（３区域切除以上）
	150363210	肝切除術（２区域切除以上で血行再建）
	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
	150284410	移植用部分肝採取術（生体）
	150284810	生体部分肝移植術
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150324410	同種死体肝移植術
	150348210	急性膵炎手術（感染性壊死部切除を伴う）
	150277310	急性膵炎手術（その他）
	150177810	膵結石手術（膵切開）
	150177910	膵結石手術（経十二指腸乳頭）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150348310	膵中央切除術
	150389110	膵腫瘍摘出術
	150296810	膵破裂縫合術
	150178110	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）
	150348410	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）
	150178210	膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150277410	膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150277510	膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178410	膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）
	150296910	膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150297010	膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）
	150297110	膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150297210	膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178710	膵全摘術
	150409950	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（内視鏡）
	150418910	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）
	150179110	膵管空腸吻合術
	150179310	膵嚢胞外瘻造設術（開腹）
	150179410	膵管外瘻造設術
	150179550	膵管誘導手術
	150179610	膵瘻閉鎖術
	150324610	同種死体膵移植術
	150324810	同種死体膵腎移植術
	150179710	脾縫合術（部分切除を含む）
	150179810	脾摘出術
	150180010	破裂腸管縫合術
	150180110	腸切開術
	150180210	腸管癒着症手術
	150181110	腸重積症整復術（観血的）
	150181210	小腸切除術（その他）
	150297310	小腸切除術（複雑）
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150181710	結腸切除術（小範囲切除）
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150363810	全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150297410	結腸憩室摘出術
	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）
	150184110	腸吻合術
	150184310	腸瘻造設術
	150184410	虫垂瘻造設術
	150184510	人工肛門造設術
	150184610	腹壁外腸管前置術
	150184710	腸狭窄部切開縫合術
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）
	150185810	盲腸縫縮術
	150185910	腸回転異常症手術
	150186010	先天性巨大結腸症手術
	150402310	腸管延長術
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）
	150186710	直腸異物除去術（開腹）
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）
	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）
	150420610	直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）
	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
	150187510	直腸狭窄形成手術
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）
	150187910	直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））
	150264010	肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）
	150191610	鎖肛手術（腹会陰式）
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））
	150192810	副腎悪性腫瘍手術
	150193010	腎破裂縫合術
	150193150	腎破裂手術
	150193210	腎周囲膿瘍切開術
	150193410	腎切半術
	150193510	癒合腎離断術
	150193610	腎被膜剥離術（除神経術を含む）
	150193710	腎固定術
	150193810	腎切石術
	150194410	腎盂切石術
	150194610	腎部分切除術
	150194810	腎嚢胞切除縮小術
	150195010	腎摘出術
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）
	150196110	腎盂形成手術
	150196210	移植用腎採取術（生体）
	150196310	同種死体腎移植術
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）
	150338610	生体腎移植術
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150196810	尿管切石術（上部及び中部）
	150196910	尿管切石術（膀胱近接部）
	150197110	残存尿管摘出術
	150248950	尿管剥離術
	150197210	尿管膀胱吻合術
	150197310	尿管尿管吻合術
	150197410	尿管腸吻合術
	150197510	尿管腸膀胱吻合術
	150197810	尿管皮膚瘻造設術
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）
	150198110	尿管腟瘻閉鎖術
	150198310	尿管口形成手術
	150198410	膀胱破裂閉鎖術
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）
	150199210	膀胱壁切除術
	150199310	膀胱憩室切除術
	150199510	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）
	150245810	膀胱腫瘍摘出術
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）
	150162150	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴わない）
	150162250	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴う）
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
	150201010	尿膜管摘出術
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術
	150404010	導尿路造設術
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術
	150201610	膀胱腟瘻閉鎖術
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術
	150201950	膀胱尿管逆流手術
	150202010	ボアリー氏手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150202110	腸管利用膀胱拡大術
	150264310	回腸（結腸）導管造設術
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術）
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）
	150206010	尿失禁手術（恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの）
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術
	150214810	子宮位置矯正術（アレキサンダー手術）
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）
	150215010	子宮位置矯正術（癒着剥離矯正術）
	150215410	子宮脱手術（腟壁形成手術及び子宮全摘術）（腟式、腹式）
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）
	150217410	子宮腟上部切断術
	150217510	子宮全摘術
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）
	150217610	広靭帯内腫瘍摘出術
	150217710	子宮悪性腫瘍手術
	150218210	腹壁子宮瘻手術
	150219410	子宮附属器癒着剥離術（両側）（開腹）
	150219710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（開腹）
	150219850	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（開腹）
	150219650	卵管口切開術（開腹）
	150220010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
	150409410	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）
	150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
	150220250	卵管腫瘤全摘除術（両側）（開腹）
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
	150220710	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
	150222910	子宮破裂手術（子宮腟上部切断を行う）
	150223010	子宮破裂手術（その他）
	150223110	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）
	150223310	子宮内反症整復手術（腹式）（観血的）
	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
	150271050	胸壁外皮膚管形成吻合術（腹部操作）
	150267550	胸壁外皮膚管形成吻合術（バイパスのみ作成）
	150374610	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
	150328650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）
	150135510	食道アカラシア形成手術
	150135710	食道切除後２次的再建術（皮弁形成）
	150135810	食道切除後２次的再建術（消化管利用）
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150137810	後胸骨ヘルニア手術
	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）
	150148910	動脈塞栓除去術（開腹を伴う）
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）
	150156910	リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施
	150180350	腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）
	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）
	150401710	生体部分小腸移植術
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）
	150208810	前立腺膿瘍切開術
	150209010	前立腺被膜下摘出術
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
	150326910	腟断端挙上術（腟式、腹式）
	150218310	重複子宮手術
	150218410	双角子宮手術
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
	150349310	性腺摘出術（開腹）
Ｃ 19 骨の手術（11日間）	150019410	骨折観血的手術（下腿）
	150019610	骨折観血的手術（膝蓋骨）
	150019810	骨折観血的手術（足）
	150352210	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
	150352410	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
	150352610	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨）
	150021610	骨部分切除術（大腿）
	150021810	骨部分切除術（下腿）
	150021910	骨部分切除術（鎖骨）
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
	150022210	骨部分切除術（足）
	150022510	腐骨摘出術（肩甲骨）
	150022610	腐骨摘出術（上腕）
	150022710	腐骨摘出術（大腿）
	150022810	腐骨摘出術（前腕）
	150022910	腐骨摘出術（下腿）
	150023010	腐骨摘出術（鎖骨）
	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨）
	150023410	骨全摘術（肩甲骨）
	150023510	骨全摘術（上腕）
	150023610	骨全摘術（大腿）
	150023710	骨全摘術（前腕）
	150023810	骨全摘術（下腿）
	150023910	骨全摘術（鎖骨）
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨）
	150024110	骨全摘術（手）
	150024210	骨全摘術（足その他）
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨）
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕）
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕）
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨）
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨）
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨）
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕）
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕）
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨）
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨）
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手）
	150027310	骨悪性腫瘍手術（足その他）
	150027510	骨切り術（肩甲骨）
	150027610	骨切り術（上腕）
	150027710	骨切り術（大腿）
	150027810	骨切り術（前腕）
	150027910	骨切り術（下腿）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150028010	骨切り術（鎖骨）
	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
	150028210	骨切り術（手）
	150028310	骨切り術（足）
	150289710	骨切り術（その他）
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
	150028610	偽関節手術（肩甲骨）
	150028710	偽関節手術（上腕）
	150028810	偽関節手術（大腿）
	150028910	偽関節手術（前腕）
	150029010	偽関節手術（下腿）
	150309010	偽関節手術（手舟状骨）
	150029110	偽関節手術（鎖骨）
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
	150029310	偽関節手術（手（舟状骨を除く））
	150029410	偽関節手術（足）
	150289810	偽関節手術（その他）
	150029810	変形治癒骨折矯正手術（大腿）
	150030010	変形治癒骨折矯正手術（下腿）
	150030210	変形治癒骨折矯正手術（膝蓋骨）
	150030410	変形治癒骨折矯正手術（足）
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）
	150031610	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）
	150353110	関節鏡下自家骨軟骨移植術
	150041710	関節切除術（肩）
	150041810	関節切除術（股）
	150041910	関節切除術（膝）
	150042010	関節切除術（胸鎖）
	150042110	関節切除術（肘）
	150042310	関節切除術（足）
	150042410	関節切除術（肩鎖）
	150042710	関節内骨折観血的手術（股）
	150042810	関節内骨折観血的手術（膝）
	150043210	関節内骨折観血的手術（足）
	150048210	関節形成手術（肩）
	150048310	関節形成手術（股）
	150048410	関節形成手術（膝）
	150048510	関節形成手術（胸鎖）
	150048610	関節形成手術（肘）
	150048710	関節形成手術（手）
	150048810	関節形成手術（足）
	150048910	関節形成手術（肩鎖）
	150049410	人工骨頭挿入術（肩）
	150049510	人工骨頭挿入術（股）
	150049810	人工骨頭挿入術（肘）
	150049910	人工骨頭挿入術（手）
	150050010	人工骨頭挿入術（足）
	150050210	人工骨頭挿入術（指）
	150050310	人工関節置換術（肩）
	150050410	人工関節置換術（股）
	150050510	人工関節置換術（膝）
	150050610	人工関節置換術（胸鎖）
	150050710	人工関節置換術（肘）
	150050810	人工関節置換術（手）
	150050910	人工関節置換術（足）
	150051010	人工関節置換術（肩鎖）
	150051110	人工関節置換術（指）
	150300210	人工関節抜去術（肩）
	150300310	人工関節抜去術（股）
	150300410	人工関節抜去術（膝）
	150300510	人工関節抜去術（胸鎖）
	150300610	人工関節抜去術（肘）
	150300710	人工関節抜去術（手）
	150300810	人工関節抜去術（足）
	150300910	人工関節抜去術（肩鎖）
	150301010	人工関節抜去術（指）
	150255910	人工関節再置換術（肩）
	150256010	人工関節再置換術（股）
	150256110	人工関節再置換術（膝）
	150256210	人工関節再置換術（胸鎖）
	150256310	人工関節再置換術（肘）
	150256410	人工関節再置換術（手）
	150256510	人工関節再置換術（足）
	150256610	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256710	人工関節再置換術（指）
	150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
	150051310	四肢切断術（上腕）
	150051410	四肢切断術（前腕）
	150051510	四肢切断術（手）
	150051610	四肢切断術（大腿）
	150051710	四肢切断術（下腿）
	150051810	四肢切断術（足）
	150052110	四肢関節離断術（肩）
	150052210	四肢関節離断術（股）
	150052310	四肢関節離断術（膝）
	150052410	四肢関節離断術（肘）
	150052510	四肢関節離断術（手）
	150052610	四肢関節離断術（足）
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他）
	150053910	切断四肢再接合術（四肢）
	150059310	脊椎骨掻爬術
	150059410	骨盤骨掻爬術
	150059810	脊椎、骨盤脱臼観血的手術
	150060210	仙腸関節脱臼観血的手術
	150060310	恥骨結合離開観血的手術
	150060810	腸骨翼骨折観血的手術
	150384510	寛骨臼骨折観血的手術
	150060910	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血的手術を除く）
	150314210	内視鏡下椎弓切除術
	150063710	脊椎腫瘍切除術
	150063810	骨盤腫瘍切除術
	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
	150064210	骨盤切断術
	150064610	脊椎骨切り術
	150064710	骨盤骨切り術
	150064810	臼蓋形成手術
	150314510	寛骨臼移動術
	150354910	脊椎制動術
	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算（前方椎体固定）
	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算（後方又は後側方固定）
	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算（後方椎体固定）
	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算（前方後方同時固定）
	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓切除）
	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓形成）
	150282750	脊椎側彎症手術（固定術）
	150343910	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）
	150344010	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）
	150344110	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）
	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
	150397210	内視鏡下椎弓形成術
	150397310	歯突起骨折骨接合術
	150397410	腰椎分離部修復術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150066110	仙腸関節固定術	
	150095010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	
	150095210	中耳悪性腫瘍手術（切除）	
	150095310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）	
	150096210	アブミ骨摘出術	
	150096350	アブミ骨可動化手術	
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）	
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	
	150111510	頬粘膜悪性腫瘍手術	
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ未満）	
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ以上）	
	150115610	下顎骨部分切除術	
	150115710	下顎骨離断術	
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）	
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）	
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）	
	150116110	上顎骨切除術	
	150116210	上顎骨全摘術	
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）	
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）	
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）	
	150123610	胸骨切除術	
	150019210	骨折観血的手術（大腿）	
	310006710	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	※
	310008010	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）	※
	310036610	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含むもの）	※
	310008410	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他のもの）	※
	310008310	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）	※
	310007910	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）	※
	310034710	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（非生体）（特殊なもの）	※
	310008210	下顎骨離断術	※
	310012610	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（生体）	※
	310007110	頬粘膜悪性腫瘍手術	※
	310008110	下顎骨部分切除術	※
	310034810	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（非生体）（その他の場合）	※
	310012510	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植（困難なもの））	※
	310008610	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）（長径３センチメートル以上）	※
	310007710	上顎骨切除術	※
	310008510	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）（長径３センチメートル未満）	※
	310007810	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）	※
	310012410	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植（簡単なもの））	※
Ｃ 20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（５日間）	150356910	胸腔鏡下試験開胸術	
	150357010	胸腔鏡下試験切除術	
	150292410	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜肼胝切除術	
	150317010	胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）	
	150357310	胸腔鏡下縦隔切開術	
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150374310	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	
	150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））	
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）	
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）	
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）	
	150270750	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	
	150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	
	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術	
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）	
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）	
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、１肺葉超・手術用支援機器使用）	
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術	
	150399510	腹腔鏡下食道憩室切除術	
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）	
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）	
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）	
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）	
	150387070	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）	
	150399610	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	
	150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150296310	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	
	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	
	150359110	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術	
	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	
	150359210	胸腔鏡下心膜開窓術	
	150399710	胸腔鏡下弁形成術（１弁）	
	150406410	胸腔鏡下弁形成術（１弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150399810	胸腔鏡下弁形成術（２弁）	
	150406510	胸腔鏡下弁形成術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150399910	胸腔鏡下弁置換術（１弁）	
	150400010	胸腔鏡下弁置換術（２弁）	
	150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	
	150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	
	150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	
	150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	
	150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	
	150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	
	150361210	腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁瘢痕ヘルニア）	
	150361310	腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）	
	150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）	
	150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術（臍ヘルニア）	
	150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）	
	150263610	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	
	150361410	腹腔鏡下試験開腹術	
	150361510	腹腔鏡下試験切除術	
	150361710	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
	150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	
	150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	
	150271650	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	
	150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）	
	150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術	
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）	
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）	
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）	
	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）	
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）	
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	
	150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）	
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）	
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）	
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術	
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術	
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術	
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）	
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）	
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）	
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）	
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））	
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）	
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）	
	150401510	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150389210	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）
	150418310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則１８）
	150389310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）
	150418410	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	150364010	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術
	150420510	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のもの）
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	150378910	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
	150364810	腹腔鏡下腎嚢胞切除術
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150389910	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術
	150379310	腹腔鏡下膀胱脱手術
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）
	150379510	腹腔鏡下尿膜管摘出術
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
	150390410	腹腔鏡下仙骨腟固定術
	150421210	腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	150366010	腹腔鏡下子宮腟上部切断術
	150272250	腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	150327210	腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術
	150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）
	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
	150418510	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）
	150418610	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）
	150418710	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）
	150418810	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
	150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術
	150264610	子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）
	150264710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（腹腔鏡）
	150267650	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（腹腔鏡）
	150270010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）
	150409510	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）
	150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡）
	150268150	卵管腫瘤全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150268050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（腹腔鏡）
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（腹腔鏡）
	150365810	腹腔鏡下造腟術
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）
	150326410	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
	150264910	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）
Ｃ 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	150232910	脊椎麻酔
	150332510	閉鎖循環式全身麻酔１（麻酔困難な患者）
	150332610	閉鎖循環式全身麻酔１
	150332710	閉鎖循環式全身麻酔２（麻酔困難な患者）
	150332810	閉鎖循環式全身麻酔２
	150332910	閉鎖循環式全身麻酔３（麻酔困難な患者）
	150333010	閉鎖循環式全身麻酔３
	150333110	閉鎖循環式全身麻酔４（麻酔困難な患者）
	150333210	閉鎖循環式全身麻酔４
	150328210	閉鎖循環式全身麻酔５（麻酔困難な患者）
	150233410	閉鎖循環式全身麻酔５
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頸・胸部）
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）
	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）
	150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的心臓手術）
	150350670	臓器移植術加算
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）
	150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算
Ｃ 22 救命等に係る内科的治療（５日間）（①経皮的血管内治療）	190126810	超急性期脳卒中加算
	150254910	脳血管内手術（１箇所）
	150344410	脳血管内手術（２箇所以上）
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）
	150273510	経皮的脳血管形成術
	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）
	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頸部脳血管）（内頸、椎骨動脈）
	150372510	経皮的脳血栓回収術
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術
	150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）
	150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）
	150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）
	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術
	150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）
	150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）
	150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）
	150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）
	150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）
	160107550	冠動脈内血栓溶解療法
	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術
	150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）
	150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）
	150301410	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）
	150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）
	150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）
	150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）
	150387310	経カテーテル大動脈弁置換術（経皮的大動脈弁置換術）
C 22 救命等に係る内科的治療（５日間）（②経皮的心筋焼灼術等の治療）	150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）
	150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）
	150346870	三次元カラーマッピング加算
	150370050	磁気ナビゲーション加算
	150303310	経皮的中隔心筋焼灼術
	150267310	体外ペースメーキング術
	150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）
	150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）
	150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）
	150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）
	150347210	経皮的大動脈遮断術
C 22 救命等に係る内科的治療（５日間）（③侵襲的な消化器治療）	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）
	150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）
	150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）
	150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）
	150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石術を伴う）
	150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）
	150175310	内視鏡的胆道拡張術
	150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）
	150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道砕石術を伴う）
	150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）
	150254410	内視鏡的胆道ステント留置術
	150363610	内視鏡的膵管ステント留置術
	150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（その他）
	150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（その他）
	150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
	150164850	内視鏡的消化管止血術
	150341450	内視鏡的乳頭拡張術
C 23 別に定める検査（２日間）	160098010	経皮的針生検法
	160219410	経皮的腎生検法
	160188210	ＥＵＳ－ＦＮＡ
	160093150	縦隔鏡検査
	160095010	腹腔鏡検査
	160093010	胸腔鏡検査
	160092110	関節鏡検査（片）
	160160830	関節鏡検査（両）
	160064510	心カテ（右心）
	160064610	心カテ（左心）
C 24 別に定める手術（６日間）	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（複雑）（骨性閉鎖）
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む）
	150345710	下顎関節突起骨折観血的手術（両側）
	150326710	腟壁裂創縫合術（分娩時を除く）（直腸裂傷を伴う）
	150394850	人工中耳植込術
	150109710	縦隔気管口形成手術
	150262410	顎関節授動術（開放授動術）
	150108810	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）
	150047110	観血的関節固定術（股）
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術
	150093910	上鼓室乳突洞開放術
	150285910	造腟術（腟断端挙上）
	150149410	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）
	150020450	象皮病根治手術（下腿）
	150114910	顎関節脱臼観血的手術
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術
	150104610	上咽頭悪性腫瘍手術
	150116810	上顎骨形成術（複雑な場合及び２次的再建の場合）
	150072610	減圧脊髄切開術
	150046210	観血的関節制動術（股）
	150047010	観血的関節固定術（肩）
	150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）
	150268710	下顎骨形成術（再建）
	150344910	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）
	150070810	経耳的聴神経腫瘍摘出術
	150274310	頬骨変形治癒骨折矯正術
	150344250	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用）
	150326310	膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術
	150156710	リンパ節群郭清術（胸骨旁）
	150133610	食道憩室切除術（頸部手術）
	150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
	150020350	象皮病根治手術（大腿）
	150058210	母指化手術
	150119910	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
	150314310	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）
	150058110	裂足手術
	150290910	デュプイトレン拘縮手術（４指以上）
	150353610	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肘）
	150047210	観血的関節固定術（膝）
	150036110	先天性股関節脱臼観血的整復術
	150277910	仙尾部奇形腫手術
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）
	150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150268610	下顎骨形成術（伸長）
	150114450	鼻咽腔閉鎖術
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150108710	喉頭狭窄症手術（前方開大術）
	150058010	裂手手術
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）
	150095910	中耳根治手術
	150102510	経上顎洞的翼突管神経切除術
	150292110	経上顎洞的顎動脈結紮術
	150386210	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150211110	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））
	150072950	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術
	150109010	気管狭窄症手術
	150315210	神経交差縫合術（その他）
	150345610	下顎関節突起骨折観血的手術（片側）
	150072510	脊髄硬膜切開術
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術
	150392050	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150352110	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕）
	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
	150073410	脊髄血管腫摘出術
	150206810	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）
	150213210	腟壁悪性腫瘍手術
	150274410	下顎骨折観血的手術（両側）
	150045310	観血的関節授動術（股）
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）
	150373110	網膜再建術
	150387610	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いない）
	150404110	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150029710	変形治癒骨折矯正手術（上腕）
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150246910	後部尿道形成手術
	150096610	内リンパ嚢開放術
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）
	150011510	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（肩）
	150055410	足三関節固定（ランブリヌディ）手術
	150011710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（前腕）
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	150113110	口唇悪性腫瘍手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150120610	頸部悪性腫瘍手術
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）
	150404510	腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150404610	腟腸瘻閉鎖術（その他のもの）
	150346410	経皮的大動脈形成術
	150045710	観血的関節授動術（手）
	150345410	嚥下機能手術（喉頭全摘術）
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	150355510	迷走神経刺激装置植込術
	150295410	眼窩骨折整復術
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）
	150011610	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）
	150047910	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150204950	陰茎形成術
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150011910	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	150315310	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術
	150262610	頸部郭清術（両）
	150064410	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）
	150255110	脳刺激装置植込術（片側）
	150348610	経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝）
	150206710	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）
	150045810	観血的関節授動術（足）
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）
	150353210	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩）
	150117810	顎下腺悪性腫瘍手術
	150313310	関節鏡下靭帯断裂縫合術（十字靭帯）
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術５型（拡大副鼻腔手術）
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術
	150116710	上顎骨形成術（単純な場合）
	150211010	女子外性器悪性腫瘍手術（切除）
	150076010	神経移植術
	150316710	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（二次的）
	150334010	全層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150268510	下顎骨形成術（短縮）
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術
	150119810	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋肉移植）
	150322810	リンパ節群郭清術（骨盤）
	150049250	内反足手術
	150115210	顔面多発骨折観血的手術
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））
	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
	150387510	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いる）
	150274210	鼻骨変形治癒骨折矯正術
	150046310	観血的関節制動術（膝）
	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）
	150054010	切断四肢再接合術（指）
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩）
	150364910	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	150255010	内耳窓閉鎖術
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（髄内）
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股）
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	150315010	脳刺激装置植込術（両側）
	150052850	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩）
	150109310	喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）
	150029910	変形治癒骨折矯正手術（前腕）
	150156410	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）
	150384410	関節鏡下股関節唇形成術
	150345310	嚥下機能手術（喉頭気管分離術）
	150046110	観血的関節制動術（肩）
	150354110	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靭帯）
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）
	150301610	水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150316610	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	150045610	観血的関節授動術（肘）
	150260050	経皮的大動脈弁拡張術
	150045410	観血的関節授動術（膝）
	150062910	黄色靭帯骨化症手術
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）
	150308710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（躯幹）
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）
	150052950	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（股）
	150204810	尿道下裂形成手術
	150011810	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
	150372210	定位脳腫瘍生検術
	150384210	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）
	150333910	全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）
	150353410	関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）
	150266510	人工内耳植込術
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術
	150243210	体外式脊椎固定術
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	150008010	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150149510	動脈血栓内膜摘出術（その他）
	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍）
	150372310	内視鏡下脳内血腫除去術
	150009010	筋（皮）弁術
	150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）
	150053050	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝）
	150354310	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）
	150042610	関節内骨折観血的手術（肩）
	150045210	観血的関節授動術（肩）
	150285610	尿失禁手術（その他）
	150119310	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術
	150120410	頸部郭清術（片）
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）
	150346510	経皮的肺動脈形成術
	150194010	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む）
	150008810	動脈（皮）弁術
	150006710	分層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	150086210	角膜移植術
	150384310	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わない）
	150322710	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）
	150089410	網膜復位術
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）	
	150094110	乳突削開術	
	150043010	関節内骨折観血的手術（肘）	
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）	
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）	
	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））	
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術	
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）	
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）	
	150301710	水頭症手術（シャント手術）	
	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	
	150343810	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単）	
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）	
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）	
	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）	
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術４型（汎副鼻腔手術）	
	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）	
	150313710	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	
	150392150	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）	
	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））	
	150373510	内視鏡下鼻・副鼻腔手術３型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	
	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））	
	310021710	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	※
	310004210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	※
	310021510	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	※
	310031810	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合）	※
	310023810	顔面神経麻痺形成手術（動的なもの）	※
	310031910	下顎骨形成術（骨移動を伴う場合）	※
	310022310	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	※
	310014210	上顎骨形成術（複雑な場合及び２次的再建の場合）	※
	310011310	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）	※
	310016110	顔面多発骨折観血的手術	※
	310014410	頬骨変形治癒骨折矯正術	※
	310011110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	※
	310006610	口唇悪性腫瘍手術	※
	310010910	顎下腺悪性腫瘍手術	※
	310011210	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）	※
	310015910	下顎骨形成術（再建の場合）	※
	310021410	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	※
	310020810	全層植皮術（２００平方センチメートル以上）	※
	310003810	口腔底悪性腫瘍手術	※
	310014110	上顎骨形成術（単純な場合）	※
	310014810	下顎骨折観血的手術（両側）	※
	310011010	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	※
	310005810	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う場合）	※
	310030510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴うもの）（両側）	※
	310015810	下顎骨形成術（短縮又は伸長の場合）	※
	310022410	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	※
	310004110	舌悪性腫瘍手術（切除）	※
	310020710	全層植皮術（１００平方センチメートル以上２００平方センチメートル未満）	※
	310016310	顎関節脱臼観血的手術	※
	310016710	顎関節授動術（開放授動術）	※
	310020410	分層植皮術（２００平方センチメートル以上）	※
	310005010	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴うもの）（片側）	※
	310005510	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う場合）	※
	310006010	鼻咽腔閉鎖術	※
	310022710	神経移植術	※
	310004910	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶもの）	※
	310005710	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う場合）	※
	310021310	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００平方センチメートル以上）	※
	310022110	動脈形成術、吻合術	※

（別表）

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620000225	グルアセト３５注　５００ｍＬ
620000226	グルアセト３５注　２５０ｍＬ
620000237	生理食塩液　１．３Ｌ
620000238	生理食塩液　１．５Ｌ
620000239	生理食塩液　２Ｌ
620001325	生理食塩液ＳＮ　２０ｍＬ
620001328	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．３Ｌ
620001893	大塚食塩注１０％　２０ｍＬ
620002215	生食注シリンジ「ＮＰ」　１０ｍＬ
620002216	生食注シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
620002471	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．５Ｌ
620002569	塩化ナトリウム注１モルシリンジ「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620002570	塩化ナトリウム注１０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002893	アクメイン注　５００ｍＬ
620002947	１０％食塩注シリンジ「タイヨー」　２０ｍＬ
620004100	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
620004101	アセトキープ３Ｇ注　２００ｍＬ
620004136	生食注シリンジ「オーツカ」５ｍＬ
620004137	生理食塩液「ヒカリ」　２５０ｍＬ
620004322	１０％食塩注「小林」　２０ｍＬ
620004658	ＫＣＬ注１０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル１０ｍＬ
620004659	ＫＣＬ注２０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620005681	ニソリＭ注　２５０ｍＬ
620005682	ニソリＭ注　５００ｍＬ
620005702	ペロール注　３００ｍＬ
620005703	ペロール注　５００ｍＬ
620005704	ペンライブ注　２００ｍＬ
620005705	ペンライブ注　３００ｍＬ
620005706	ペンライブ注　５００ｍＬ
620005818	塩化ナトリウム注１０％「日新」　２０ｍＬ
620006186	アステマリン３号ＭＧ輸液　５００ｍＬ
620006236	生理食塩液バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006237	生理食塩液バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006238	生理食塩液バッグ「フソー」　１Ｌ
620006246	ソルアセトＦ輸液　５００ｍＬ
620006247	ソルアセトＦ輸液　１Ｌ
620006248	ソルアセトＤ輸液　２５０ｍＬ
620006249	ソルアセトＤ輸液　５００ｍＬ
620006250	ソルマルト輸液　２００ｍＬ
620006251	ソルマルト輸液　５００ｍＬ
620006252	ソルラクトＳ輸液　２５０ｍＬ
620006253	ソルラクトＳ輸液　５００ｍＬ
620006254	ソルラクトＴＭＲ輸液　２５０ｍＬ
620006255	ソルラクトＴＭＲ輸液　５００ｍＬ
620006256	ソルラクトＤ輸液　２５０ｍＬ
620006257	ソルラクトＤ輸液　５００ｍＬ
620006258	ソルラクト輸液　２５０ｍＬ
620006259	ソルラクト輸液　５００ｍＬ
620006260	ソルラクト輸液　１Ｌ
620006274	ニソリ輸液　５００ｍＬ
620006285	ヒシナルク３号輸液　２００ｍＬ
620006286	ヒシナルク３号輸液　５００ｍＬ
620006330	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006331	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006333	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006334	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006335	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006336	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006337	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006338	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006347	リン酸２カリウム注２０ｍＥｑキット「テルモ」　０．５モル２０ｍＬ
620006610	塩化ナトリウム注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620006622	生食液５００ｍＬ「ＣＭＸ」
620006623	生食注２０ｍＬ「ＣＭＸ」
620006624	生理食塩液バッグ「フソー」　１．５Ｌ
620006625	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006626	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５０ｍＬ
620006627	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006628	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006629	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006630	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１Ｌ
620006631	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２Ｌ
620006632	生理食塩液「フソー」　５ｍＬ
620006766	リンゲル液「オーツカ」　５００ｍＬ
620007164	アクマルト輸液　５００ｍＬ
620007192	ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007230	塩化Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007245	大塚生食注２ボート１００ｍＬ
620007277	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
620007282	ＫＮＭＧ３号輸液　５００ｍＬ
620007284	ＫＮ１号輸液　２００ｍＬ
620007285	ＫＮ１号輸液　５００ｍＬ
620007286	ＫＮ２号輸液　５００ｍＬ
620007288	ＫＮ３号輸液　２００ｍＬ
620007289	ＫＮ３号輸液　５００ｍＬ
620007290	ＫＮ４号輸液　５００ｍＬ
620007291	ＫＣＬ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ

620007315	１０％ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007337	ソルデム１輸液　２００ｍＬ
620007338	ソルデム１輸液　５００ｍＬ
620007339	ソルデム２輸液　２００ｍＬ
620007340	ソルデム２輸液　５００ｍＬ
620007341	ソルデム３ＡＧ輸液　２００ｍＬ
620007342	ソルデム３ＡＧ輸液　５００ｍＬ
620007343	ソルデム３Ａ輸液　２００ｍＬ
620007344	ソルデム３Ａ輸液　５００ｍＬ
620007345	ソルデム３Ａ輸液　１Ｌ
620007346	ソルデム３ＰＧ輸液　２００ｍＬ
620007347	ソルデム３ＰＧ輸液　５００ｍＬ
620007348	ソルデム３輸液　２００ｍＬ
620007349	ソルデム３輸液　５００ｍＬ
620007354	ソルデム６輸液　２００ｍＬ
620007355	ソルデム６輸液　５００ｍＬ
620007378	デノサリン１輸液　２００ｍＬ
620007379	デノサリン１輸液　５００ｍＬ
620007396	トリフリード輸液　５００ｍＬ
620007397	トリフリード輸液　１Ｌ
620007403	乳酸Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007434	ハルトマン－Ｇ３号輸液　５００ｍＬ
620007435	ハルトマン－Ｇ３号輸液　２００ｍＬ
620007444	ビカーボン輸液　５００ｍＬ
620007494	ポタコールＲ輸液　２５０ｍＬ
620007495	ポタコールＲ輸液　５００ｍＬ
620007531	ラクテックＧ輸液　２５０ｍＬ
620007532	ラクテックＧ輸液　５００ｍＬ
620007533	ラクテックＧ輸液　１Ｌ
620007535	ラクテックＤ輸液　５００ｍＬ
620008176	大塚生食注２ポート５０ｍＬ
620008404	リンゲル液「フソー」　５００ｍＬ
620008529	生食注シリンジ「オーツカ」１０ｍＬ
620008530	生食注シリンジ「オーツカ」２０ｍＬ
620008857	生食注シリンジ「ＳＮ」５ｍＬ
620008858	生食注シリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ
620008859	生食注シリンジ「ＳＮ」２０ｍＬ
620009265	生食液ＮＳ　５ｍＬ
620009562	生食注シリンジ「ＮＰ」　５ｍＬ
620765806	塩化ナトリウム注１０％「ＨＫ」　２０ｍＬ
620765904	生理食塩液「ＮＰ」　５ｍＬ
620766006	生理食塩液「ＮＰ」　２０ｍＬ
620766024	生理食塩液「ヒカリ」　２０ｍＬ
620766032	生理食塩液「マイラン」　２０ｍＬ
620766034	生食注２０ｍＬ「Ｈｐ」
620766727	生理食塩液「マイラン」　１００ｍＬ
620766728	生食液１００ｍＬ「ＣＨＭ」
620766904	生理食塩液「マイラン」　２５０ｍＬ
620767118	生理食塩液「マイラン」　５００ｍＬ
620767302	生理食塩液「ＮＰ」　５００ｍＬ
620767310	生理食塩液「ＡＹ」　５００ｍＬ
620767506	エポプロステノール静注ＡＣＴ専用溶解用液（生理食塩液）　５０ｍＬ
620767507	エポプロステノール静注ヤンセン専用溶解液（生理食塩液）　５０ｍＬ
620767704	生食液バッグ１００ｍＬ「ＣＭＸ」
620767902	生理食塩液「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620768401	生食注キット「フソー」　１００ｍＬ
620769401	サリンヘス輸液６％　５００ｍＬ
620791601	ヘスバンダー輸液　５００ｍＬ
620793801	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
620794204	リナセートＤ輸液　５００ｍＬ
620795601	サヴィオゾール輸液　５００ｍＬ
620797301	フィジオ７０輸液　５００ｍＬ
620797401	フィジオ３５輸液　２５０ｍＬ
620797501	フィジオ３５輸液　５００ｍＬ
621311001	フィジオ１４０輸液　２５０ｍＬ
621311101	フィジオ１４０輸液　５００ｍＬ
621514701	ハルトマン輸液「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514801	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514901	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　１Ｌ
621554802	ユエキンキープ３号輸液　２００ｍＬ
621554902	ユエキンキープ３号輸液　５００ｍＬ
621560603	テルモ生食　１．３Ｌ
621572001	ＫＣＬ補正液キット２０ｍＥｑ　０．４モル５０ｍＬ
621621301	フィジオゾール３号輸液　５００ｍＬ
621672103	生食注シリンジ「テバ」２０ｍＬ
621672202	生食注シリンジ「テバ」１０ｍＬ
621672303	生食注シリンジ「テバ」５ｍＬ
621695101	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
621753501	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　２００ｍＬ
621753601	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　５００ｍＬ
621956601	生食注キット「フソー」　５０ｍＬ
621969101	塩化Ｎａ補正液２．５ｍＥｑ／ｍＬ　２．５モル２０ｍＬ
621969501	塩化アンモニウム補正液５ｍＥｑ／ｍＬ　５モル２０ｍＬ
622016601	ビカネイト輸液　５００ｍＬ
622016701	ビカネイト輸液　１Ｌ
622046601	リン酸Ｎａ補正液０．５ｍｍｏｌ／ｍＬ　０．５モル２０ｍＬ
622100901	ソリューゲンＧ注　２００ｍＬ
622121101	アクマルト輸液　２００ｍＬ
622121201	アクメイン注　２００ｍＬ
622121202	アクメインＤ輸液　２００ｍＬ
622130601	生食注シリンジ「テルモ」５ｍＬ

622130701	生食注シリンジ「テルモ」１０ｍＬ
622132801	生食注シリンジ「テルモ」２０ｍＬ
622132901	ソルアセトＤ輸液　２００ｍＬ
622133001	テルモ生食ＴＫ　５０ｍＬ
622250401	ボルベン輸液６％　５００ｍＬ
622344502	リナセートＤ輸液　２００ｍＬ
622344601	ソリタックスーＨ輸液　５００ｍＬ
622344701	ソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ
622344801	ソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622344901	ソリターＴ２号輸液　２００ｍＬ
622345001	ソリターＴ２号輸液　５００ｍＬ
622345101	ソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622345201	ソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622345301	ソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622345401	ソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622345501	ソリターＴ４号輸液　２００ｍＬ
622345601	ソリターＴ４号輸液　５００ｍＬ
622445901	ＹＤソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ
622446001	ＹＤソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622446101	ＹＤソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622446201	ＹＤソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622446301	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622446401	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622507501	生食注シリンジ５０ｍＬ「ニプロ」
622572001	アクチット輸液　２００ｍＬ
622572101	アクチット輸液　５００ｍＬ
622572201	ヴィーンＦ輸液　５００ｍＬ
622572301	ヴィーンＤ輸液　２００ｍＬ
622572401	ヴィーンＤ輸液　５００ｍＬ
622572501	ヴィーン３Ｇ輸液　２００ｍＬ
622572601	ヴィーン３Ｇ輸液　５００ｍＬ
622574501	リナセートＦ輸液　５００ｍＬ
622693200	ブドウ糖加酢酸リンゲル２００ｍＬ液
622693300	ブドウ糖加酢酸リンゲル５００ｍＬ液
622702401	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
622702501	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
622757600	ブドウ糖加酢酸リンゲル５００ｍＬ液
622757700	ブドウ糖加酢酸リンゲル２５０ｍＬ液
622791701	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
622804301	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
622804401	エスロンＢ注　５００ｍＬ
622804601	ソリューゲンＧ注　５００ｍＬ
622829801	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
622829901	グルアセト３５注　５００ｍＬ
622830001	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
622830101	ハルトマンーＧ３号輸液　５００ｍＬ
622830201	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
622842200	生理食塩液　２００ｍＬ
622842201	生理食塩液バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406034	大塚生食注ＴＮ　５０ｍＬ
640406207	ラクトリンゲルＭ注「フソー」　２００ｍＬ
640407051	生食溶解液キットＨ　５０ｍＬ
640407056	テルモ生食　２５０ｍＬ
640407166	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
640412008	エスロンＢ注　２００ｍＬ
640412033	ソリューゲンＧ注　３００ｍＬ
640412045	低分子デキストランＬ注　２５０ｍＬ
640412105	生理食塩液　１００ｍＬ
640412107	生理食塩液　２５０ｍＬ
640412109	テルモ生食ＴＫ　１００ｍＬ
640421007	生食液ＮＳ　２０ｍＬ
640421008	大塚生食注　５００ｍＬ
640421009	大塚生食注　５００ｍＬ
640421010	大塚生食注　１Ｌ
640421011	大塚生食注　１Ｌ
640441013	生食注「トーワ」　２０ｍＬ
640441019	テルモ生食　１００ｍＬ
640460009	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
640463101	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
643310004	１０％塩化ナトリウム注射液　２０ｍＬ
643310086	ニソリ・Ｓ注　５００ｍＬ
643310102	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
643310155	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ
643310156	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310157	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310170	リンゲル液　５００ｍＬ
643310181	生理食塩液　５ｍＬ
643310182	生理食塩液　２０ｍＬ
643310183	生理食塩液　１００ｍＬ
643310184	生理食塩液　２００ｍＬ
643310185	生理食塩液　２５０ｍＬ
643310187	生理食塩液　５００ｍＬ
643310188	生理食塩液　１Ｌ
643310190	大塚生食注　２０ｍＬ
643310209	テルモ生食　５００ｍＬ
643310210	テルモ生食　１Ｌ
643310213	ニソリＭ注　５００ｍＬ
643310214	ニソリＭ注　２５０ｍＬ
643310223	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
643310225	大塚生食注　１００ｍＬ
643310226	大塚生食注　２５０ｍＬ

643310284	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310286	生理食塩液　５００ｍＬ
643310287	生理食塩液　１Ｌ
643310328	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310329	ラクトリンゲル液″フソー″　１Ｌ
643310330	ラクトリンゲルM注「フソー」　５００ｍＬ
643310332	エスロンＢ注　５００ｍＬ
643310335	生理食塩液　５０ｍＬ
643310336	低分子デキストランＬ注　５００ｍＬ
643310337	低分子デキストラン糖注（大塚製薬工場）　５００ｍＬ
643310343	ペンライブ注　５００ｍＬ
643310347	ラクテック注　５００ｍＬ
643310348	ラクテック注　１Ｌ
643310356	大塚生食注　５０ｍＬ
643310384	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ
643310391	ラクトリンゲルM注「フソー」　５００ｍＬ
643310394	ラクトリンゲルM注「フソー」　２００ｍＬ
643310397	リンゲル液　５００ｍＬ
643310402	ペンライブ注　２００ｍＬ
643310403	ペンライブ注　３００ｍＬ
643310405	アクメイン注　５００ｍＬ
643310406	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
643310407	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310408	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310415	生食液「小林」　５ｍＬ
643310421	生食液「小林」　２０ｍＬ
643310429	生理食塩液「ヒカリ」　５０ｍＬ
643310434	生理食塩液「ヒカリ」　１００ｍＬ
643310445	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
643310450	カーミパック生理食塩液　５００ｍＬ
643310452	生理食塩液「ヒカリ」　１Ｌ
643310454	カーミパック生理食塩液　１Ｌ
643310473	大塚生食注ＴＮ　１００ｍＬ
643310476	大塚生食注　２５０ｍＬ
643310486	ソリューゲンＧ注　５００ｍＬ
643310491	フルクトラクト注　２００ｍＬ
643310492	フルクトラクト注　５００ｍＬ
643310493	ペロール注　３００ｍＬ
643310494	ペロール注　５００ｍＬ
643310497	ラクテック注　２５０ｍＬ
643310508	生食溶解液キットＨ　１００ｍＬ
620001315	大塚糖液５０％　２００ｍＬ
620001316	大塚糖液５０％　５００ｍＬ
620001317	光糖液１０％　５００ｍＬ
620001892	キシリトール注２０％（大塚製薬工場）　２０ｍＬ
620001947	キシリトール注射液　５％２００ｍＬ
620001948	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
620002399	キシリトール注「ヒカリ」５％　５００ｍＬ
620002599	ブドウ糖注５０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002935	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
620003059	キリット注５％　３００ｍＬ
620003091	キリット注５％　５００ｍＬ
620004172	光糖液５％　２５０ｍＬ
620004173	光糖液２０％　５００ｍＬ
620004174	光糖液３０％　５００ｍＬ
620004396	果糖注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620004397	キシリトール注５％「フソー」　２００ｍＬ
620004398	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004399	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004400	キシリトール注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620004401	キシリトール注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620006218	カロナリーＨ輸液　７００ｍＬ
620006219	カロナリーＭ輸液　７００ｍＬ
620006220	カロナリーＬ輸液　７００ｍＬ
620006268	テルモ糖注５％　２５０ｍＬ
620006269	テルモ糖注５％　５００ｍＬ
620006292	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006293	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006294	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006318	マドロス輸液１０％　２００ｍＬ
620006634	テルモ糖注５％　１００ｍＬ
620006635	テルモ糖注１０％　５００ｍＬ
620006636	テルモ糖注５０％　２００ｍＬ
620006637	テルモ糖注５０％　５００ｍＬ
620006641	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006642	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006643	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006645	ブドウ糖注１０％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006646	ブドウ糖注１０％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006647	ブドウ糖注２０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006648	ブドウ糖注４０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006649	ブドウ糖注５０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620007246	大塚糖液５％２ポート１００ｍＬ
620007416	ハイカリックＲＦ輸液　２５０ｍＬ
620007417	ハイカリックＲＦ輸液　５００ｍＬ
620007419	ハイカリックＮＣ－Ｈ輸液　７００ｍＬ
620007421	ハイカリックＮＣ－Ｎ輸液　７００ｍＬ
620007423	ハイカリックＮＣ－Ｌ輸液　７００ｍＬ
620007507	マルトス輸液１０％　２５０ｍＬ
620007508	マルトス輸液１０％　５００ｍＬ
620008177	大塚糖液５％２ポート５０ｍＬ

620155611	ブドウ糖注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620155634	光糖液２０％　２０ｍＬ
620155640	ブドウ糖注射液２０％「マイラン」　２０ｍＬ
620155641	ブドウ糖注２０％ＰＬ「Ｈｐ」　２０ｍＬ
620155645	糖液注２０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620155714	光糖液５０％　２０ｍＬ
620155716	糖液注５０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620735116	光糖液５％　２０ｍＬ
620735118	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２０ｍＬ
620735119	ブドウ糖注５％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
620735121	糖液注５％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620735907	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２５０ｍＬ
620736117	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　５００ｍＬ
620737702	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620738002	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　５００ｍＬ
620738010	ブドウ糖注射液「ＡＹ」５％　５００ｍＬ
620738011	小林糖液５％　５００ｍＬ
620740001	マルトース輸液１０％「フソー」　５００ｍＬ
620740601	マルトース輸液１０％「フソー」　２００ｍＬ
620741309	キシリトール注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620745601	リハビックスーＫ１号輸液　５００ｍＬ
620745701	リハビックスーＫ２号輸液　５００ｍＬ
621626501	キシリトール注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621646001	ブドウ糖注５％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621651401	ブドウ糖注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
622133101	テルモ糖注ＴＫ　５％５０ｍＬ
622688901	マンニットールＳ注射液　３００ｍＬ
622757300	マルトース１０％５００ｍＬ注射液
622757400	マルトース１０％２００ｍＬ注射液
622757500	マルトース１０％２００ｍＬ注射液
622842300	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
622842301	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406035	大塚糖液５％ＴＮ　５０ｍＬ
640407023	５％糖液キットＨ　５０ｍＬ
640407024	５％糖液キットＨ　１００ｍＬ
640408013	２０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640412067	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
640412069	ブドウ糖注射液　５０％２００ｍＬ
640412070	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
640412071	ブドウ糖注射液　７０％３５０ｍＬ
640412102	果糖注射液　５％２００ｍＬ
640412103	果糖注射液　５％５００ｍＬ
640412110	テルモ糖注ＴＫ　５％１００ｍＬ
640412111	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
640412112	ブドウ糖注射液　１０％２０ｍＬ
640421002	２０％ブドウ糖注「日医工」　２０ｍＬ
640431008	２０％ブドウ糖注射液ＳＮ　２０ｍＬ
640431047	ブドウ糖注２０％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
640450010	５％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460006	５０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460011	光糖液５％　５００ｍＬ
643230011	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
643230012	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
643230013	キシリトール注射液　１０％２０ｍＬ
643230018	キシリトール２０％２０ｍＬ注射液
643230026	ハイカリック液－１号　７００ｍＬ
643230027	ハイカリック液－２号　７００ｍＬ
643230032	ブドウ糖注射液　５％２０ｍＬ
643230034	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
643230035	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
643230036	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
643230038	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230039	ブドウ糖注射液　５％１Ｌ
643230042	ブドウ糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230047	ブドウ糖注射液　４０％２０ｍＬ
643230048	ブドウ糖注射液　５０％２０ｍＬ
643230050	ブドウ糖注射液　５０％３００ｍＬ
643230052	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
643230068	マンニットールＳ注射液　３００ｍＬ
643230076	果糖注射液　５％５００ｍＬ
643230077	果糖注射液　５％１Ｌ
643230081	果糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230089	大塚糖液１０％　２０ｍＬ
643230090	大塚糖液５％　２０ｍＬ
643230176	ハイカリック液－３号　７００ｍＬ
643230212	大塚糖液５％　１００ｍＬ
643230230	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230251	大塚糖液５％　５０ｍＬ
643230252	ブドウ糖注射液　５０％１００ｍＬ
643230253	ブドウ糖注射液　１０％５００ｍＬ
643230254	ブドウ糖注射液　５％５０ｍＬ
643230267	光糖液５％　５０ｍＬ
643230270	光糖液５％　１００ｍＬ
643230274	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230282	小林糖液５％　５００ｍＬ
643230283	光糖液５％　５００ｍＬ
643230287	大塚糖液５％　５００ｍＬ
643230297	大塚糖液１０％　５００ｍＬ
643230298	大塚糖液２０％　２０ｍＬ
643230314	大塚糖液４０％　２０ｍＬ
643230317	大塚糖液５０％　２０ｍＬ

643230346	２０％フルクトン注　２０ｍＬ
643230390	キシリトール注射液２０％「トーワ」　２０ｍＬ
643230406	大塚糖液５％ＴＮ　１００ｍＬ
643230411	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230412	大塚糖液７０％　３５０ｍＬ
620003682	イオパミロン注１５０　３０．６２％５０ｍＬ
620003683	イオパミロン注１５０　３０．６２％２００ｍＬ
620003684	イオパミロン注３００　６１．２４％２０ｍＬ
620003685	イオパミロン注３００　６１．２４％５０ｍＬ
620003686	イオパミロン注３００　６１．２４％１００ｍＬ
620003687	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％５０ｍＬ
620003688	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％８０ｍＬ
620003689	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１００ｍＬ
620003690	イオパミロン注３７０　７５．５２％２０ｍＬ
620003691	イオパミロン注３７０　７５．５２％５０ｍＬ
620003692	イオパミロン注３７０　７５．５２％１００ｍＬ
620003693	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％５０ｍＬ
620003694	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％８０ｍＬ
620003695	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％１００ｍＬ
620003697	イソビスト注２４０　５１．２６％１０ｍＬ
620003698	イソビスト注３００　６４．０８％１０ｍＬ
620004304	ウログラフイン注６０％　２０ｍＬ
620004305	ウログラフイン注６０％　１００ｍＬ
620004306	ウログラフイン注７６％　２０ｍＬ
620005214	プロスコープ３００注シリンジ１００ｍＬ　６２．３４％
620005215	プロスコープ３００注２０ｍＬ　６２．３４％
620005216	プロスコープ３００注５０ｍＬ　６２．３４％
620005217	プロスコープ３００注１００ｍＬ　６２．３４％
620005218	プロスコープ３７０注２０ｍＬ　７６．８９％
620005219	プロスコープ３７０注５０ｍＬ　７６．８９％
620005220	プロスコープ３７０注１００ｍＬ　７６．８９％
620005697	プロスコープ３００注シリンジ５０ｍＬ　６２．３４％
620005698	プロスコープ３００注シリンジ８０ｍＬ　６２．３４％
620007193	イオパーク２４０注シリンジ１００ｍＬ　５１．７７％
620007194	イオパーク３００注シリンジ５０ｍＬ　６４．７１％
620007195	イオパーク３００注シリンジ８０ｍＬ　６４．７１％
620007196	イオパーク３００注シリンジ１００ｍＬ　６４．７１％
620007197	イオパーク３００注２０ｍＬ　６４．７１％
620007198	イオパーク３００注５０ｍＬ　６４．７１％
620007199	イオパーク３００注１００ｍＬ　６４．７１％
620007200	イオパーク３５０注シリンジ１００ｍＬ　７５．４９％
620007201	イオパーク３５０注２０ｍＬ　７５．４９％
620007202	イオパーク３５０注５０ｍＬ　７５．４９％
620007203	イオパーク３５０注１００ｍＬ　７５．４９％
620007232	オイパロミン１５０注５０ｍＬ　３０．６２％
620007233	オイパロミン１５０注２００ｍＬ　３０．６２％
620007234	オイパロミン３００注シリンジ５０ｍＬ　６１．２４％
620007235	オイパロミン３００注シリンジ８０ｍＬ　６１．２４％
620007236	オイパロミン３００注シリンジ１００ｍＬ　６１．２４％
620007237	オイパロミン３００注２０ｍＬ　６１．２４％
620007238	オイパロミン３００注５０ｍＬ　６１．２４％
620007239	オイパロミン３００注１００ｍＬ　６１．２４％
620007240	オイパロミン３７０注シリンジ８０ｍＬ　７５．５２％
620007241	オイパロミン３７０注シリンジ１００ｍＬ　７５．５２％
620007242	オイパロミン３７０注２０ｍＬ　７５．５２％
620007243	オイパロミン３７０注５０ｍＬ　７５．５２％
620007244	オイパロミン３７０注１００ｍＬ　７５．５２％
620007447	ビジパーク２７０注２０ｍＬ　５４．９７％
620007448	ビジパーク２７０注５０ｍＬ　５４．９７％
620007449	ビジパーク２７０注１００ｍＬ　５４．９７％
620007450	ビジパーク３２０注５０ｍＬ　６５．１５％
620007451	ビジパーク３２０注１００ｍＬ　６５．１５％
620008221	バイステージ注３００シリンジ５０ｍＬ　６１．２４％
620008222	バイステージ注３００シリンジ８０ｍＬ　６１．２４％
620008223	バイステージ注３７０シリンジ５０ｍＬ　７５．５２％
620008224	バイステージ注３７０シリンジ８０ｍＬ　７５．５２％
620009142	オムニパーク２４０注シリンジ１００ｍＬ　５１．７７％
620009143	オムニパーク３００注シリンジ５０ｍＬ　６４．７１％
620009144	オムニパーク３００注シリンジ８０ｍＬ　６４．７１％
620009145	オムニパーク３００注シリンジ１００ｍＬ　６４．７１％
620009146	オムニパーク３００注シリンジ１２５ｍＬ　６４．７１％
620009147	オムニパーク３００注シリンジ１５０ｍＬ　６４．７１％
620009148	オムニパーク３５０注シリンジ７０ｍＬ　７５．４９％
620009149	オムニパーク３５０注シリンジ１００ｍＬ　７５．４９％
621176405	リピオドール４８０注１０ｍＬ
621183101	ビリスコピン点滴静注５０　１０．５５％１００ｍＬ
621183301	イオパミドール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183401	バイステージ３００注５０ｍＬ　６１．２４％
621183402	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621183701	イオパミドール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183801	バイステージ３００注１００ｍＬ　６１．２４％
621183802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621184101	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184201	バイステージ３７０注５０ｍＬ　７５．５２％
621184202	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184501	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184601	バイステージ３７０注１００ｍＬ　７５．５２％
621184602	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184901	イオパミドール１５０注５０ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185101	イオパミドール１５０注２００ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185301	イオパミドール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％

621185603	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185703	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185801	バイステージ注３００シリンジ１００ｍＬ　６１．２４％
621185802	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621185901	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621186003	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186103	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186501	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621187201	オムニパーク１４０注５０ｍＬ　３０．２０％
621187301	オムニパーク１４０注２２０ｍＬ　３０．２０％
621187401	オムニパーク１８０注１０ｍＬ　３８．８２％
621187501	オムニパーク２４０注１０ｍＬ　５１．７７％
621187601	オムニパーク２４０注２０ｍＬ　５１．７７％
621187701	オムニパーク２４０注５０ｍＬ　５１．７７％
621187801	オムニパーク２４０注１００ｍＬ　５１．７７％
621187901	オムニパーク３００注１０ｍＬ　６４．７１％
621188001	オムニパーク３００注２０ｍＬ　６４．７１％
621188601	オムニパーク３００注５０ｍＬ　６４．７１％
621188701	オムニパーク３００注１００ｍＬ　６４．７１％
621188801	オムニパーク３５０注２０ｍＬ　７５．４９％
621188901	オムニパーク３５０注５０ｍＬ　７５．４９％
621189001	オムニパーク３５０注１００ｍＬ　７５．４９％
621189701	オプチレイ３２０注２０ｍＬ　６７．８％
621189801	オプチレイ３２０注５０ｍＬ　６７．８％
621189901	オプチレイ２４０注シリンジ１００ｍＬ　５０．９％
621190001	オプチレイ３２０注シリンジ７５ｍＬ　６７．８％
621190101	オプチレイ３２０注シリンジ１００ｍＬ　６７．８％
621190201	オプチレイ３２０注１００ｍＬ　６７．８％
621190301	オプチレイ３５０注２０ｍＬ　７４．１％
621190401	オプチレイ３５０注５０ｍＬ　７４．１％
621190501	オプチレイ３５０注１００ｍＬ　７４．１％
621190701	イオメロン３００注２０ｍＬ　６１．２４％
621190801	イオメロン３００注５０ｍＬ　６１．２４％
621190901	イオメロン３００注１００ｍＬ　６１．２４％
621191001	イオメロン３５０注２０ｍＬ　７１．４４％
621191101	イオメロン３５０注５０ｍＬ　７１．４４％
621191201	イオメロン３５０注１００ｍＬ　７１．４４％
621191401	イオメロン４００注５０ｍＬ　８１．６５％
621191501	イオメロン４００注１００ｍＬ　８１．６５％
621191601	イオメロン３００注シリンジ５０ｍＬ　６１．２４％
621191701	イオメロン３００注シリンジ１００ｍＬ　６１．２４％
621191801	イオメロン３５０注シリンジ５０ｍＬ　７１．４４％
621191901	イオメロン３５０注シリンジ１００ｍＬ　７１．４４％
621451301	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621451401	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621451501	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621452002	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452102	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452201	イオベリン３００注シリンジ１００ｍＬ　６４．７１％
621452202	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621452302	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452702	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452901	イオベリン３００注１００ｍＬ　６４．７１％
621452902	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621453002	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621453102	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453202	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453301	イオベリン３５０注１００ｍＬ　７５．４９％
621453302	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621453402	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453501	オムニパーク３００注１５０ｍＬ　６４．７１％
621490401	イオベリン３００注シリンジ５０ｍＬ　６４．７１％
621490402	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490501	イオベリン３００注５０ｍＬ　６４．７１％
621490502	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490601	イオメロン３００注シリンジ７５ｍＬ　６１．２４％
621490701	イオメロン３５０注シリンジ７５ｍＬ　７１．４４％
621493001	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621534901	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621535101	イオベリン３００注シリンジ８０ｍＬ　６４．７１％
621535102	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535201	イオベリン３５０注シリンジ１００ｍＬ　７５．４９％
621535202	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535301	イオベリン３００注１０ｍＬ　６４．７１％
621535302	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535401	イオベリン３００注２０ｍＬ　６４．７１％
621535402	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535501	イオベリン３５０注２０ｍＬ　７５．４９％
621535502	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535601	イオベリン３５０注５０ｍＬ　７５．４９％
621535602	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621695401	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
621695502	イオヘキソール３００注バッグ１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
621728802	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　５１．７７％
621728902	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621758301	バイステージ１５０注５０ｍＬ　３０．６２％
621758501	バイステージ３００注２０ｍＬ　６１．２４％
621758502	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621758601	バイステージ３７０注２０ｍＬ　７５．５２％
621758602	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621782301	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％

621834101	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834201	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834301	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621834401	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621892301	イオメロン３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７１．４４％
621922401	オプチレイ３５０注シリンジ１００ｍＬ　７４．１％
621928001	イオプロミド３００注２０ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928003	イオプロミド３００注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928101	イオプロミド３００注５０ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928103	イオプロミド３００注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928201	イオプロミド３００注１００ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928203	イオプロミド３００注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928301	イオプロミド３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928303	イオプロミド３００注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928401	イオプロミド３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928403	イオプロミド３００注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928501	イオプロミド３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＲＩ」　６２．３４％
621928503	イオプロミド３００注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928601	イオプロミド３７０注２０ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621928603	イオプロミド３７０注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928701	イオプロミド３７０注５０ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621928703	イオプロミド３７０注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928801	イオプロミド３７０注１００ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621928803	イオプロミド３７０注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928901	イオプロミド３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621928903	イオプロミド３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929001	イオプロミド３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621929003	イオプロミド３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929101	イオプロミド３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＲＩ」　７６．８９％
621929103	イオプロミド３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
622027101	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027201	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027301	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027402	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027502	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622027602	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027702	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027902	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028002	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028102	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622030801	イオパーク３５０注シリンジ７０ｍＬ　７５．４９％
622030802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
622059901	イオベリン３００注シリンジ１５０ｍＬ　６４．７１％
622059902	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622067602	イオパーク３００注１０ｍＬ　６４．７１％
622067702	イオパーク３００注シリンジ１２５ｍＬ　６４．７１％
622067703	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067802	イオパーク３００注シリンジ１５０ｍＬ　６４．７１％
622067803	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067901	オムニパーク３００注シリンジ１１０ｍＬ　６４．７１％
622074101	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074201	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074301	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074401	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622090602	オイパロミン３７０注シリンジ５０ｍＬ　７５．５２％
622090603	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622104701	イオベリン３００注シリンジ１２５ｍＬ　６４．７１％
622104702	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622104801	イオベリン３５０注シリンジ７０ｍＬ　７５．４９％
622104802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
622154401	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622157901	イオベリン２４０注シリンジ１００ｍＬ　５１．７７％
622157902	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　５１．７７％
622177401	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％６５ｍＬ
622179201	プロスコープ３７０注シリンジ５０ｍＬ　７６．８９％
622179301	プロスコープ３７０注シリンジ８０ｍＬ　７６．８９％
622179401	プロスコープ３７０注シリンジ１００ｍＬ　７６．８９％
622213601	オイパロミン３００注シリンジ１５０ｍＬ　６１．２４％
622213602	イオパミドール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
622267501	オムニパーク３５０注シリンジ４５ｍＬ　７５．４９％
622286601	イオパーク３００注シリンジ１１０ｍＬ　６４．７１％
622286602	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622347001	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622347101	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622347201	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622376901	オイパロミン３７０注シリンジ６５ｍＬ　７５．５２％
622376902	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622432201	イオベリン３００注シリンジ１１０ｍＬ　６４．７１％
622432202	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622432301	バイステージ注３７０シリンジ６５ｍＬ　７５．５２％
622432302	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
622450501	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622547001	オプチレイ３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７４．１％
622765700	イオパミドール（３００）５０ｍＬ注射液　６１．２４％
622765800	イオパミドール（３００）１００ｍＬ注射液　６１．２４％
622765900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬ注射液　７５．５２％
622766100	イオパミドール（１５０）５０ｍＬ注射液　３０．６２％
622766300	イオパミドール（３００）２０ｍＬ注射液　６１．２４％
622766400	イオパミドール（３００）１００ｍＬキット　６１．２４％

622766500	イオパミドール（３００）５０ｍＬキット　６１．２４％
622766600	イオパミドール（３００）８０ｍＬキット　６１．２４％
622766700	イオパミドール（３７０）８０ｍＬキット　７５．５２％
622766800	イオパミドール（３７０）２０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬキット　７５．５２％
622767000	イオパミドール（３００）１５０ｍＬキット　６１．２４％
622767100	イオパミドール（３７０）６５ｍＬキット　７５．５２％
622768000	イオヘキソール（３００）２０ｍＬ注射液　６４．７１％
622768400	イオヘキソール（３５０）１００ｍＬキット　７５．４９％
622768600	イオヘキソール（３００）１２５ｍＬキット　６４．７１％
622768700	イオヘキソール（３５０）７０ｍＬキット　７５．４９％
622769000	イオヘキソール（３００）１００ｍＬ注射液　６４．７１％
622769400	イオヘキソール（３００）１００ｍＬ注射液　６４．７１％
622849000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬキット　７５．５２％
622853201	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１３０ｍＬ
622853301	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１５０ｍＬ
647210004	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
647210005	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210006	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　７６％２０ｍＬ
647210013	イオタラム酸ナトリウム注射液　６６．８％２０ｍＬ
647210015	イオタラム酸メグルミン注射液　３０％２２０ｍＬ
647210016	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210017	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％５０ｍＬ
647210018	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
620003833	レボビスト注射用　２．５ｇ（溶解液付）
620005210	フルオレサイト静注５００ｍｇ　１０％５ｍＬ
620005898	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％５ｍＬ
620005899	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％１０ｍＬ
620007248	オムニスキャン静注３２％　３２．３％２０ｍＬ
620007249	オムニスキャン静注３２％シリンジ５ｍＬ　３２．３％
620007250	オムニスキャン静注３２％シリンジ１０ｍＬ　３２．３％
620007251	オムニスキャン静注３２％シリンジ１５ｍＬ　３２．３％
620007252	オムニスキャン静注３２％シリンジ２０ｍＬ　３２．３％
620007319	ソナゾイド注射用１６μＬ　（溶解液付）
621198901	プロハンス静注５ｍＬ
621199001	プロハンス静注１５ｍＬ
621199101	プロハンス静注２０ｍＬ
621199201	プロハンス静注１０ｍＬ
621453902	マグネスコープ静注３８％シリンジ１０ｍＬ　３７．６９５％
621454002	マグネスコープ静注３８％シリンジ１５ｍＬ　３７．６９５％
621454102	マグネスコープ静注３８％シリンジ２０ｍＬ　３７．６９５％
621464301	プロハンス静注シリンジ１３ｍＬ
621464401	プロハンス静注シリンジ１７ｍＬ
622396901	マグネスコープ静注３８％シリンジ１１ｍＬ　３７．６９５％
622397001	マグネスコープ静注３８％シリンジ１３ｍＬ　３７．６９５％
622404301	スクラッチダニアレルゲンエキストリイ１０万ＪＡＵ／ｍＬ　１ｍＬ
622410801	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ５ｍＬ　６０．４７％
622411101	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ７．５ｍＬ　６０．４７％
622411201	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ１０ｍＬ　６０．４７％
622455401	アレルゲンスクラッチエキス陽性液トリイヒスタミン二塩酸塩　２ｍＬ
622624101	ガドテリドール静注シリンジ１３ｍＬ「ＨＫ」
622624201	ガドテリドール静注シリンジ１７ｍＬ「ＨＫ」
622639501	レギチーン注射液５ｍｇ　０．５％１ｍＬ
622639601	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌ　２ｍＬ　６０．４７％
622818101	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１０ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818201	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１１ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818301	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１３ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818401	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１５ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818501	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ２０ｍＬＧＥ３７．６９５％
628000001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アサ布１：１，０００　２ｍＬ
628000201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アジ１：１，０００　２ｍＬ
628000401	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アスペルギルス１：１万　２ｍＬ
628000701	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アルテルナリア１：１万　２ｍＬ
628000901	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」イーストパン種１：１千　２ｍＬ
628001001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イカ１：１，０００　２ｍＬ
628001401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イネワラ１：１千　２ｍＬ
628001501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イワシ１：１，０００　２ｍＬ
628002601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エダマメ１：１千　２ｍＬ
628002701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エビ１：１，０００　２ｍＬ
628002801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」大麦１：１，０００　２ｍＬ
628003101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カツオ１：１，０００　２ｍＬ
628003201	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」カナムグラ花粉１：１千　２ｍＬ
628003301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カニ１：１，０００　２ｍＬ
628003401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カポック１：１千　２ｍＬ
628003701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カモガヤ花粉１：１千　２ｍＬ
628003901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カンジダ１：１万　２ｍＬ
628004101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」キヌ１：１，０００　２ｍＬ
628004901	診断用アレルゲン皮内エキストリイクラドスポリウム１：１万　２ｍＬ
628005001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」クリ１：１，０００　２ｍＬ
628005501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」小麦粉１：１，０００　２ｍＬ
628005601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」米１：１，０００　２ｍＬ
628006601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」サバ１：１，０００　２ｍＬ
628007701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」スギ花粉１：１千　２ｍＬ
628007801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ススキ花粉１：１千　２ｍＬ
628008301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバガラ１：１千　２ｍＬ
628008401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバ粉１：１，０００　２ｍＬ
628008801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」タタミ１：１，０００　２ｍＬ
628010101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウフ１：１，０００　２ｍＬ
628010201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウモロコシ１：１千　２ｍＬ
628010801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナイロン１：１千　２ｍＬ
628010901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナシ１：１，０００　２ｍＬ

628012601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」バナナ１：１，０００　２ｍＬ
628012901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ヒメガマ花粉１：１千　２ｍＬ
628013101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ビール１：１，０００　２ｍＬ
628013401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ブタクサ花粉１：１千　２ｍＬ
628014001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ペニシリウム１：１万　２ｍＬ
628014401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マグロ１：１，０００　２ｍＬ
628014501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マユ１：１，０００　２ｍＬ
628015001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿布１：１，０００　２ｍＬ
628015201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」モミガラ１：１千　２ｍＬ
628015901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」リンゴ１：１，０００　２ｍＬ
628016301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿１：１，０００　２ｍＬ
640462008	オフサグリーン静注用２５ｍｇ　（溶解液付）
640462043	リゾビスト注　４４．６ｍｇ１．６ｍＬ
647250002	診断用アレルゲンスクラッチエキス「トリイ」　１ｍＬ
620002496	アデノスキャン注６０ｍｇ　２０ｍＬ
620007509	ミオテクター冠血管注　１瓶１管
620008566	タイロゲン筋注用０．９ｍｇ
621954101	ミリプラ用懸濁用液４ｍＬ
622364701	アデノシン負荷用静注６０ｍｇシリンジ「ＦＲＩ」　２０ｍＬ
620002282	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５０単位
620002283	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１００単位
620002284	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５００単位
620002285	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１，０００単位
620004183	ヘパフィルド透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　５千単位
620004184	ヘパリンＮａ透析１５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　３千Ｕ
620004185	ヘパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　４千Ｕ
620004186	ヘパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　４千Ｕ
620004187	ヘパリンＮａ透析２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　５千Ｕ
620004188	ヘパリンＮａ透析２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　５千Ｕ
620004192	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５０Ｕ
620004193	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１００Ｕ
620004194	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５００Ｕ
620004195	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１千Ｕ
620004874	アリクストラ皮下注１．５ｍｇ　０．３ｍＬ
620004875	アリクストラ皮下注２．５ｍｇ　０．５ｍＬ
620005699	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　３千Ｕ
620005700	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬフソー２０ｍＬ　３千Ｕ
620005701	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬフソー２０ｍＬ　４千Ｕ
620006786	クレキサン皮下注キット２０００ＩＵ　２千低ヘパ国際単位０．２ｍＬ
621463103	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５０Ｕ
621463203	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１００Ｕ
621463403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１千Ｕ
621497403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５００Ｕ
621544001	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５０Ｕ
621544101	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１００Ｕ
621544201	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５００Ｕ
621544301	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１千Ｕ
621653101	ヘパリンＮａ透析用５００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＰ」　５千Ｕ
621653201	ヘパリンＮａ透析用５００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＰ」　１万Ｕ
621700002	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５０Ｕ
621700102	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１００Ｕ
621700202	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１千Ｕ
621700302	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５００Ｕ
621728001	ローヘパ透析用１００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　２千低ヘパ単位
621728101	ローヘパ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千低ヘパ単位
621728201	ローヘパ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千低ヘパ単位
621956701	ヘパリンＮａ透析３５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　７千Ｕ
621989202	パルナパリンＮａ透析１００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　２千Ｕ
621989302	パルナパリンＮａ透析１５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　３千Ｕ
621989402	パルナパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　４千Ｕ
622044501	アリクストラ皮下注５ｍｇ　０．４ｍＬ
622044601	アリクストラ皮下注７．５ｍｇ　０．６ｍＬ
622083701	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ１２ｍＬニプロ　３千Ｕ
622083801	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ１６ｍＬニプロ　４千Ｕ
622083901	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬニプロ　５千Ｕ
622131301	ヘパフィルド透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千単位
622131401	ヘパフィルド透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千単位
622757800	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
622811101	ヘパリンＮａ透析ロック用１千Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５千Ｕ
643330016	輸血用クエン酸ナトリウム注射液　１０％５ｍＬ
643330019	輸血用チトラミン「フソー」　１０％５ｍＬ
621480901	ミニヘパ透析用５００Ｕ／ｍＬバイアル１０ｍＬ　５千低ヘパＵ
621480902	パルナパリンＮａ透析５００Ｕ／ｍＬバイアル１０ｍＬＩＬＳ　５千Ｕ
621515201	ローヘパ透析用５００単位／ｍＬバイアル１０ｍＬ　５千低ヘパ単位
622757900	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
620000197	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000198	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000263	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000264	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000343	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000344	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620002936	キシロカイン注シリンジ０．５％　１０ｍＬ
620002937	キシロカイン注シリンジ１％　１０ｍＬ
620003201	塩酸メピバカイン注シリンジ０．５％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003202	塩酸メピバカイン注シリンジ１％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003203	塩酸メピバカイン注シリンジ２％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620004312	カルボカインアンプル注０．５％　５ｍＬ
620004313	カルボカインアンプル注０．５％　１０ｍＬ
620004314	カルボカインアンプル注１％　２ｍＬ
620004315	カルボカインアンプル注１％　５ｍＬ
620004316	カルボカインアンプル注１％　１０ｍＬ

620004317	カルボカインアンプル注２％　２ｍＬ
620004318	カルボカインアンプル注２％　５ｍＬ
620004319	カルボカインアンプル注２％　１０ｍＬ
620005863	ロカイン注１％　１ｍＬ
620005864	ロカイン注１％　２ｍＬ
620005865	ロカイン注１％　５ｍＬ
620005866	ロカイン注２％　１ｍＬ
620005867	ロカイン注２％　２ｍＬ
620005868	ロカイン注２％　５ｍＬ
620006809	ポプスカイン０．２５％注シリンジ２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006810	ポプスカイン０．２５％注バッグ２５０ｍｇ／１００ｍＬ
620006811	ポプスカイン０．２５％注２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006812	ポプスカイン０．７５％注シリンジ７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006813	ポプスカイン０．７５％注７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006814	ポプスカイン０．７５％注１５０ｍｇ／２０ｍＬ
620007260	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　５ｍＬ
620007261	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　１０ｍＬ
620007262	キシロカイン注ポリアンプ１％　５ｍＬ
620007263	キシロカイン注ポリアンプ１％　１０ｍＬ
620007264	キシロカイン注ポリアンプ２％　５ｍＬ
620007265	キシロカイン注ポリアンプ２％　１０ｍＬ
620008387	プロカニン注０．５％　５ｍＬ
620008389	プロカニン注１％　５ｍＬ
620008888	テトカイン注用２０ｍｇ「杏林」
620163902	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」１ｍＬ
620164001	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」２ｍＬ
620164104	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　５ｍＬ
620164903	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　１０ｍＬ
620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」　５ｍＬ
621537102	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　５ｍＬ
621537202	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　１０ｍＬ
621537302	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　５ｍＬ
621537402	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　１０ｍＬ
621644201	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　５ｍＬ
621644301	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　１０ｍＬ
621651601	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　５ｍＬ
621651701	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　１０ｍＬ
621653501	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　５ｍＬ
621653601	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　１０ｍＬ
621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」　２００ｍＬ
621698402	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　１０ｍＬ
621698502	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　５ｍＬ
622086301	ポプスカイン０．５％注シリンジ５０ｍｇ／１０ｍＬ
622086401	ポプスカイン０．５％注５０ｍｇ／１０ｍＬ
640422006	メピバカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ
640422007	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
640422008	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
640422010	メピバカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
640422011	メピバカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
640422014	メピバカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
640422015	メピバカイン塩酸塩注射液　２％１０ｍＬ
640422017	メピバカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
640431026	０．５％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431027	１％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431028	２％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640443005	マーカイン注脊麻用０．５％高比重　４ｍＬ
640443006	マーカイン注脊麻用０．５％等比重　４ｍＬ
640451000	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１０ｍＬ
640451001	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１００ｍＬ
640451002	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％１０ｍＬ
640451003	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％２０ｍＬ
640451004	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％１０ｍＬ
640451005	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％２０ｍＬ
641210003	キシロカイン注射液「０．５％」エピレナミン１：１００，０００含有
641210004	キシロカイン注射液「１％」エピレナミン（１：１００，０００）含有
641210005	キシロカイン注射液「２％」エピレナミン（１：８０，０００）含有
641210017	マーカイン注０．１２５％
641210018	マーカイン注０．２５％
641210019	マーカイン注０．５％
641210020	リドカイン注射液　０．５％
641210021	リドカイン注射液　０．５％３ｍＬ
641210022	リドカイン注射液　１％
641210023	リドカイン注射液　２％
641210024	リドカイン注射液　２％５ｍＬ
641210025	リドカイン注射液　１０％１０ｍＬ
641210026	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１ｍＬ
641210027	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％２ｍＬ
641210028	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
641210029	プロカイン塩酸塩注射液　１％１ｍＬ
641210030	プロカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
641210031	プロカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
641210032	プロカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
641210034	プロカイン塩酸塩注射液　２％１ｍＬ
641210035	プロカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ
641210036	プロカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
641210039	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％
641210040	メピバカイン塩酸塩注射液　１％
641210041	メピバカイン塩酸塩注射液　２％
641210042	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
641210058	塩プロ１％注「小林」　１ｍＬ
641210063	塩プロ１％注「小林」　２ｍＬ

641210065	１％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　５ｍＬ
641210067	塩プロ１％注「小林」　５ｍＬ
641210078	２％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　２ｍＬ
641210090	０．５％カルボカイン注
641210091	１％カルボカイン注
641210092	２％カルボカイン注
641210093	キシロカイン注射液０．５％
641210094	リドカイン注「ＮＭ」０．５％
641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液　３ｍＬ
641210099	キシロカイン注射液１％
641210100	リドカイン注「ＮＭ」１％
641210102	キシロカイン注射液２％
641210103	リドカイン注「ＮＭ」２％
641210105	静注用キシロカイン２％　５ｍＬ
620005154	カーボスター透析剤・Ｍ　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620005155	カーボスター透析剤・Ｌ　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005156	カーボスター透析剤・Ｌ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005157	カーボスター透析剤・Ｐ　２袋
620007210	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007211	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007212	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007213	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007307	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　１０１０ｍＬ
620007308	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　２０２０ｍＬ
620007429	バイフィル専用炭酸水素ナトリウム補充液１．３９％　２Ｌ
620007430	バイフィル透析剤　６Ｌ
620007543	リンパック透析剤ＴＡ１　２袋
620007544	リンパック透析剤ＴＡ３　２袋
620008806	キンダリー透析剤２Ｅ　２袋
620008808	キンダリー透析剤３Ｅ　２袋
620008809	キンダリー透析剤３Ｄ　３袋
620009543	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　１０１０ｍＬ
620009544	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　２０２０ｍＬ
620820901	キンダリー透析剤ＡＦ１号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620821001	キンダリー透析剤ＡＦ１Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822001	キンダリー透析剤ＡＦ２号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822101	キンダリー透析剤ＡＦ２Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822301	キンダリー透析剤ＡＦ２号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822901	キンダリー透析剤ＡＦ３号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620823001	キンダリー透析剤ＡＦ３Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620823201	キンダリー透析剤ＡＦ３号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
621315901	キドライム　透析剤　Ｔ－３０　２袋
621561701	Ｄドライ透析剤２．５Ｓ　２瓶
621561801	Ｄドライ透析剤３．０Ｓ　２瓶
622054501	キンダリー透析剤ＡＦ４Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622054601	キンダリー透析剤４Ｄ　３袋
622054701	キンダリー透析剤４Ｅ　２袋
622181701	キンダリー透析剤ＡＦ４号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622420401	キンダリー透析剤ＡＦ４号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622530601	Ｄドライ透析剤２．７５Ｓ　２瓶
622836101	キンダリー透析剤５Ｅ　２袋
622836201	キンダリー透析剤ＡＦ５Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622836301	キンダリー透析剤ＡＦ５号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622836401	キンダリー透析剤ＡＦ５号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620008830	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008831	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008832	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008833	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008834	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008835	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008836	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008837	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008838	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008839	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620008840	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008841	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008842	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008843	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008844	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008845	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008846	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008847	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008848	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008849	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620009138	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ
620009139	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620009140	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ
620009141	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009154	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009155	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009156	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009157	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009158	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009159	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009160	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009161	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009162	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009163	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009164	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009165	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009166	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付

620009167	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009168	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009169	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009170	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009171	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009172	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009173	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009174	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009175	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009176	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009177	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009178	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009179	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009180	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009181	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009182	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009183	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009184	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009185	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009186	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009187	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009188	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009189	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009190	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
620009191	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009192	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009193	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620009194	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009195	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620829801	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
620829901	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ
620830101	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ
620830201	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620830301	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620830401	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620830801	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
620830901	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ
620831201	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620831301	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620831401	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620831901	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ
620832401	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621317201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ
621317301	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621317401	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
621317501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621317601	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ
621317701	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318001	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ
621318101	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621318201	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
621318301	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621318401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ
621318501	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318901	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621319201	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ
621319301	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621492801	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621492901	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501501	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621501601	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621501801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621501901	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502001	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502101	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621502201	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621502301	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621502401	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621502501	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621502601	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502701	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502801	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621502901	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503001	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621503101	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621503201	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621503301	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503401	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621503501	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503601	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621503701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621503801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503901	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621505201	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621505301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621505401	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621563301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621564101	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621628201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ
621633401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ

621633501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621633601	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
622132501	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ
622132601	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622132701	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622299401	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622299501	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622299601	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622299701	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622299801	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622299901	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300001	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300101	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300201	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300301	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622300401	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300501	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300601	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300701	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300801	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622300901	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622301001	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622301101	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622301201	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622301301	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622301401	レギュニール　ＨＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622301501	レギュニール　ＬＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622396501	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ
622396601	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
622396701	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ
622396801	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620002416	注射用ＧＨＲＰ科研１００　１００μｇ（溶解液付）
620003705	ＬＨ－ＲＨ注０．１ｍｇ「タナベ」
620003755	ＴＲＨ注０．５ｍｇ「タナベ」
620006228	グルカゴン注射用１単位「イトウ」　１Ｕ．Ｓ．Ｐ．単位（溶解液付）
620007191	アンチレクス静注１０ｍｇ　１％１ｍＬ
620007279	グルカゴン注射用１単位「Ｆ」　１Ｕ．Ｓ．Ｐ．単位（溶解液付）
620007311	ジアグノグリーン注射用２５ｍｇ　（溶解液付）
620007383	テリパラチド酢酸塩静注用１００旭化成　１００酢酸テリパラチド単位
621194401	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「サワイ」
621194701	プロチレリン酒石酸塩注０．５ｍｇ「ＮＰ」
621194803	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「日医工」
621195201	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
621195401	プロチレリン酒石酸塩注２ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
621196001	ヒトＣＲＨ静注用１００μｇ「タナベ」　（溶解液付）
621196304	インジゴカルミン注２０ｍｇ「ＡＦＰ」　０．４％５ｍＬ
621196404	パラアミノ馬尿酸ソーダ注射液１０％（ＡＦＰ）　２０ｍＬ
621196604	フェノールスルホンフタレイン注０．６％「ＡＦＰ」　１．３ｍＬ
621197401	グルカゴンＧノボ注射用１ｍｇ　（溶解液付）
621515302	グルカゴン注射用１単位「ＩＬＳ」　１Ｕ．Ｓ．Ｐ．単位（溶解液付）
621792802	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621792902	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621921002	アルギニン点滴静注３０ｇ「ＡＹ」　１０％３００ｍＬ
621967502	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
622080102	プロチレリン酒石酸塩注１ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
622256801	イヌリード注　４ｇ４０ｍＬ
622769600	プロチレリン酒石酸塩０．５ｍｇ注射液
622769700	プロチレリン酒石酸塩１ｍｇ１ｍＬ注射液
622769800	プロチレリン酒石酸塩２ｍｇ１ｍＬ注射液
640454036	ヒルトニン０．５ｍｇ注射液
641190002	ヒルトニン１ｍｇ注射液　１ｍＬ
641190003	ヒルトニン２ｍｇ注射液　１ｍＬ
647280004	インジゴカルミン注射液　０．４％５ｍＬ
647280017	フェノールスルホンフタレイン注射液　０．６％１．３ｍＬ
621894701	ゾレア皮下注用１５０ｍｇ
622217001	ゾレア皮下注用７５ｍｇ
622489001	ヌーカラ皮下注用１００ｍｇ
622586701	ファセンラ皮下注３０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
622680501	ゾレア皮下注７５ｍｇシリンジ　０．５ｍＬ
622680601	ゾレア皮下注１５０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
629906501	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ
629906601	ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ
620004411	ニューモバックスＮＰ　０．５ｍＬ
621150308	ビームゲン注０．２５ｍＬ
621150408	ビームゲン注０．５ｍＬ
622405001	メナクトラ筋注　０．５ｍＬ
622629101	ヘプタバックス－２水性懸濁注シリンジ０．２５ｍＬ
622629201	ヘプタバックス－２水性懸濁注シリンジ０．５ｍＬ
622683901	ラビピュール筋注用　（溶解液付）
622833101	ニューモバックスＮＰシリンジ　０．５ｍＬ
646310001	乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310009	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．２５ｍＬ
646310010	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．５ｍＬ
646310011	組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310024	肺炎球菌ワクチン　０．５ｍＬ
646310025	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）０．２５ｍＬ
646310026	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）　０．５ｍＬ
620005861	破トキ「ビケンＦ」　０．５ｍＬ
621150812	沈降破傷風トキソイド「ＫＭＢ」　０．５ｍＬ
640451044	沈降破傷風トキソイドキット「タケダ」　０．５ｍＬ
646320001	沈降破傷風トキソイド　１０ｍＬ

646320003	沈降破傷風トキソイド　０．５ｍＬ
646320005	沈降破傷風トキソイド「生研」　０．５ｍＬ
620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621151601	献血ベニロン－Ｉ静注用１０００ｍｇ
621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621153804	コンファクトＦ注射用２５０
621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
640431015	コンコエイト－ＨＴ
621153904	コンファクトＦ注射用５００
621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621154003	コンファクトＦ注射用１０００
621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622865100	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
621154301	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「ニチヤク」２００国際単位溶解液付
646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
621154501	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「ニチヤク」５００国際単位溶解液付
646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
621755301	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ニチヤク」
621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
621155501	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ニチヤク」
621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
621155307	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」

620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621645901	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621156607	献血アルブミン２５「ＫＭＢ」
620009137	アルブミンーベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
621157401	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621155407	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
621384801	ファイバ静注用５００
621384901	ファイバ静注用１０００
620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
622607401	ガンマガード静注用５ｇ
621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001350	献血ノンスロン５００注射用
621159206	アンスロビンＰ５００注射用
621159207	ノイアート静注用５００単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001351	献血ノンスロン１５００注射用
620003071	ノイアート静注用１５００単位
620003432	アンスロビンＰ１５００注射用
620009201	ベリナートＰ静注用５００
621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622821601	ピリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622683601	ピリヴィジェン１０％点滴静注５ｇ／５０ｍＬ
622683602	ピリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622683701	ピリヴィジェン１０％点滴静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683702	ピリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683801	ピリヴィジェン１０％点滴静注２０ｇ／２００ｍＬ
622683802	ピリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009263	クリスマシンM静注用４００単位
622408201	ノバクトM静注用５００単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009264	クリスマシンM静注用１０００単位
622408301	ノバクトM静注用１０００単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622408401	ノバクトM静注用２０００単位
620009198	フィブロガミンＰ静注用
629903301	アドベイト静注用キット２５０
629903401	アドベイト静注用キット５００
629903501	アドベイト静注用キット１０００
629903601	アドベイト静注用キット１５００
629903701	アドベイト静注用キット２０００
629903801	アドベイト静注用キット３０００
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
622366601	ノボセブンＨＩ静注用８ｍｇ　シリンジ
640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン

621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
620006788	メドウェイ注２５％
621971601	ベネフィクス静注用５００
621971701	ベネフィクス静注用１０００
621971801	ベネフィクス静注用２０００
622273601	ベネフィクス静注用３０００
622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622333001	ノボエイト静注用２５０
622333101	ノボエイト静注用５００
622333201	ノボエイト静注用１０００
622333301	ノボエイト静注用１５００
622333401	ノボエイト静注用２０００
622333501	ノボエイト静注用３０００
622364101	オルプロリクス静注用５００
622364201	オルプロリクス静注用１０００
622364301	オルプロリクス静注用２０００
622364401	オルプロリクス静注用３０００
622426501	オルプロリクス静注用２５０
622608701	オルプロリクス静注用４０００
622402801	イロクテイト静注用２５０
622402901	イロクテイト静注用５００
622403001	イロクテイト静注用７５０
622403101	イロクテイト静注用１０００
622403201	イロクテイト静注用１５００
622403301	イロクテイト静注用２０００
622403401	イロクテイト静注用３０００
622682501	イロクテイト静注用４０００
622424901	ノボサーティーン静注用２５００
622442001	アコアラン静注用６００
622583901	アコアラン静注用１８００
622473101	リクスビス静注用１０００
622473201	リクスビス静注用２０００
622473301	リクスビス静注用３０００
622623201	アディノベイト静注用キット２５０
622623501	アディノベイト静注用キット５００
622623601	アディノベイト静注用キット１０００
622623701	アディノベイト静注用キット２０００
622646001	アディノベイト静注用キット１５００
622646101	アディノベイト静注用キット３０００
622489301	コバールトリイ静注用２５０
622489401	コバールトリイ静注用５００
622489501	コバールトリイ静注用１０００
622489601	コバールトリイ静注用２０００
622489701	コバールトリイ静注用３０００
622526101	イデルビオン静注用２５０
622526201	イデルビオン静注用５００
622526301	イデルビオン静注用１０００
622526401	イデルビオン静注用２０００
629900101	イデルビオン静注用３５００
622595901	エイフスチラ静注用２５０
622596001	エイフスチラ静注用５００
622596101	エイフスチラ静注用１０００
622596201	エイフスチラ静注用１５００
622596301	エイフスチラ静注用２０００
622596401	エイフスチラ静注用２５００
622596501	エイフスチラ静注用３０００
622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
622647001	レフィキシア静注用５００
622647101	レフィキシア静注用１０００
622647201	レフィキシア静注用２０００
622658001	ジビイ静注用５００
622658101	ジビイ静注用１０００
622658201	ジビイ静注用２０００
622658301	ジビイ静注用３０００
629905101	イスパロクト静注用５００
629905201	イスパロクト静注用１０００
629905301	イスパロクト静注用１５００
629905401	イスパロクト静注用２０００
629905501	イスパロクト静注用３０００
629908001	ボンベンディ静注用１３００
622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
629912801	ヌーイック静注用２５０
629912901	ヌーイック静注用５００
629913001	ヌーイック静注用１０００
629913101	ヌーイック静注用２０００
629913201	ヌーイック静注用２５００
629913301	ヌーイック静注用３０００
629913401	ヌーイック静注用４０００
622367201	バイクロット配合静注用
622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
150224810	自家採血輸血（１回目）
150286210	自家採血輸血（２回目以降）
150224910	保存血液輸血（１回目）
150286310	保存血液輸血（２回目以降）
150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）

150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
150225010	交換輸血
150225210	骨髄内輸血加算（その他）
150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
150366370	血管露出術加算
150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
150225410	不規則抗体加算
150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
150225510	血液交叉試験加算
150225610	間接クームス検査加算
150404970	コンピュータクロスマッチ加算
150366470	血小板洗浄術加算
150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
620009152	サンドスタチン皮下注用５０μｇ
622507301	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
622504701	オクトレオチド皮下注５０μｇ「あすか」
622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注５０μｇ「サンド」
620009153	サンドスタチン皮下注用１００μｇ
622507401	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
622504801	オクトレオチド皮下注１００μｇ「あすか」
622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注１００μｇ「サンド」
622352101	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット１０ｍｇ
622352201	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット２０ｍｇ
622352301	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット３０ｍｇ
642490105	ゾラデックス３．６ｍｇデポ
640443027	ゾラデックス１．８ｍｇデポ
640462004	ゾラデックスＬＡ１０．８ｍｇデポ
620555101	リュープリン注射用３．７５ｍｇ
620555201	リュープリン注射用１．８８ｍｇ
622298301	リュープロレリン酢酸塩注射用キット１．８８ｍｇ「ＮＰ」
622266501	リュープロレリン酢酸塩注射用キット１．８８ｍｇ「あすか」
620555301	リュープリン注射用キット１．８８ｍｇ
622298401	リュープロレリン酢酸塩注射用キット３．７５ｍｇ「ＮＰ」
622266601	リュープロレリン酢酸塩注射用キット３．７５ｍｇ「あすか」
620555401	リュープリン注射用キット３．７５ｍｇ
621495301	リュープリンＳＲ注射用キット１１．２５ｍｇ
622444901	リュープリンＰＲＯ注射用キット２２．５ｍｇ
620005691	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「Ｆ」
620008225	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「サワイ」
620005692	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「Ｆ」
620008226	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「サワイ」
621657601	ゾメタ点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ
622351301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「Ｆ」
622354701	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
622356301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
622355401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「サンド」
622360401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「日医工」
622358301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ニプロ」
622344201	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「ファイザー」
622337201	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ヤクルト」
622342601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「テバ」
622216901	ゾメタ点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬ
622354601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＮＫ」
622338001	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「トーワ」
622360301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工」
622358401	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ニプロ」
622344301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ファイザー」
622337301	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ヤクルト」
622391001	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「サワイ」
622342701	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「テバ」
622351402	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＫＣＣ」
622342703	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工Ｐ」
622136501	ランマーク皮下注１２０ｍｇ
640453101	注射用エンドキサン１００ｍｇ
644210037	注射用エンドキサン５００ｍｇ
644210058	注射用イホマイド１ｇ
620009116	ブスルフェクス点滴静注用６０ｍｇ
644210020	ニドラン注射用２５ｍｇ
644210021	ニドラン注射用５０ｍｇ
620003750	ダカルバジン注用１００
644210065	注射用サイメリン５０ｍｇ
644210066	注射用サイメリン１００ｍｇ
640451006	アルケラン静注用５０ｍｇ
621982101	テモダール点滴静注用１００ｍｇ
622041101	トレアキシン点滴静注用１００ｍｇ
622819001	トレアキシン点滴静注液１００ｍｇ／４ｍＬ
622518501	トレアキシン点滴静注用２５ｍｇ
622374501	ザノサー点滴静注用１ｇ
620007515	メソトレキセート点滴静注液２００ｍｇ
622221301	メソトレキセート点滴静注液１０００ｍｇ
644210049	注射用メソトレキセート５ｍｇ
644210048	注射用メソトレキセート５０ｍｇ
620004748	フトラフール注４００ｍｇ
644210046	注射用フトラフール４００
622047901	５－ＦＵ注１０００ｍｇ
622412601	フルオロウラシル注１０００ｍｇ「トーワ」

622229101	５－ＦＵ注２５０ｍｇ
622412501	フルオロウラシル注２５０ｍｇ「トーワ」
620003714	キロサイド注２０ｍｇ
620003715	キロサイド注４０ｍｇ
620003716	キロサイド注６０ｍｇ
620003717	キロサイド注１００ｍｇ
620003718	キロサイド注２００ｍｇ
620003713	キロサイドＮ注４００ｍｇ
621972001	キロサイドＮ注１ｇ
622283001	シタラビン点滴静注液１ｇ「テバ」
622282901	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「テバ」
620914301	サンラビン点滴静注用１５０ｍｇ
620914401	サンラビン点滴静注用２００ｍｇ
620914501	サンラビン点滴静注用２５０ｍｇ
622202401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５ｍＬ「サンド」
622487701	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
622202501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２５ｍＬ「サンド」
622487801	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２５ｍＬ「ＮＫ」
622460401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５．３ｍＬ「ホスピーラ」
622460501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２６．３ｍＬ「ホスピーラ」
640454013	ジェムザール注射用２００ｍｇ
621970201	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「タイホウ」
621973401	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ヤクルト」
622028601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＮＫ」
622019601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ホスピーラ」
622098901	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「サワイ」
622062103	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＴＹＫ」
622393001	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「日医工」
621970202	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＳＵＮ」
640454012	ジェムザール注射用１ｇ
621970301	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「タイホウ」
621973501	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ヤクルト」
622028701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＮＫ」
622019701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ホスピーラ」
622099001	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「サワイ」
622062203	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＴＹＫ」
622393101	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「日医工」
621970302	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＳＵＮ」
620002600	フルダラ静注用５０ｍｇ
620004850	アリムタ注射用５００ｍｇ
621932601	アリムタ注射用１００ｍｇ
622857801	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
622860201	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
622853001	ペメトレキセド点滴静注液１００ｍｇ「トーワ」
622857901	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「ＮＫ」
622860301	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「サワイ」
622853101	ペメトレキセド点滴静注液５００ｍｇ「トーワ」
622858001	ペメトレキセド点滴静注液８００ｍｇ「ＮＫ」
622860401	ペメトレキセド点滴静注液８００ｍｇ「サワイ」
622869001	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「Ｆ」
622858201	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ＮＫ」
622860001	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「サワイ」
622866901	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ニプロ」
622855601	ペメトレキセド点滴静注用５００ｍｇ「ヤクルト」
622868901	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「Ｆ」
622858101	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ＮＫ」
622859901	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「サワイ」
622866801	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ニプロ」
622855501	ペメトレキセド点滴静注用１００ｍｇ「ヤクルト」
622869101	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「Ｆ」
622858301	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「ＮＫ」
622860101	ペメトレキセド点滴静注用８００ｍｇ「サワイ」
620005897	アラノンジー静注用２５０ｍｇ
622250601	エボルトラ点滴静注２０ｍｇ
620000328	マイトマイシン注用２ｍｇ
620000329	マイトマイシン注用１０ｍｇ
620007299	コスメゲン静注用０．５ｍｇ
620003799	ブレオ注射用５ｍｇ
620003800	ブレオ注射用１５ｍｇ
620005223	ペプレオ注射用５ｍｇ
620005224	ペプレオ注射用１０ｍｇ
620005148	アクラシノン注射用２０ｍｇ
620005176	ダウノマイシン静注用２０ｍｇ
620004851	ドキシル注２０ｍｇ
621995301	ドキソルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「サンド」
621995401	ドキソルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ「サンド」
620003675	アドリアシン注用１０
621983201	ドキソルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「ＮＫ」
621983301	ドキソルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「ＮＫ」
622014001	アドリアシン注用５０
620003762	テラルビシン注射用１０ｍｇ
620005206	ピノルビン注射用１０ｍｇ
620003763	テラルビシン注射用２０ｍｇ
620005207	ピノルビン注射用２０ｍｇ
622513101	ピノルビン注射用３０ｍｇ
620003790	ファルモルビシンＲＴＵ注射液１０ｍｇ
620009523	エピルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
621966401	エピルビシン塩酸塩注射液１０ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
620003791	ファルモルビシンＲＴＵ注射液５０ｍｇ
620009526	エピルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ／２５ｍＬ「ＮＫ」
621966601	エピルビシン塩酸塩注射液５０ｍｇ／２５ｍＬ「サワイ」

620003792	ファルモルビシン注射用１０ｍｇ
620007224	エピルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「ＮＫ」
620008174	エピルビシン塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
620003793	ファルモルビシン注射用５０ｍｇ
620007225	エピルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「ＮＫ」
620008175	エピルビシン塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
620008800	イダマイシン静注用５ｍｇ
640462038	カルセド注射用２０ｍｇ
640462039	カルセド注射用５０ｍｇ
620007499	マイロターグ点滴静注用５ｍｇ
640454006	オンコビン注射用１ｍｇ
644240002	注射用ビンブラスチン硫酸塩
620001335	エクザール注射用１０ｍｇ
644210059	注射用フィルデシン１ｍｇ
644210060	注射用フィルデシン３ｍｇ
620004777	ラステット注１００ｍｇ／５ｍＬ
620004760	ベプシド注１００ｍｇ
620008173	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
622101701	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「タイヨー」
622220501	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「ＳＮ」
620007257	カンプト点滴静注４０ｍｇ
620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＮＫ」
620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「サワイ」
620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイホウ」
620919501	トポテシン点滴静注４０ｍｇ
622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ホスピーラ」
622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイヨー」
622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＮＰ」
622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「日医工」
622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ハンルイ」
621900302	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「ＳＵＮ」
620007258	カンプト点滴静注１００ｍｇ
620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイホウ」
620919701	トポテシン点滴静注１００ｍｇ
622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ホスピーラ」
622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＰ」
622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「トーワ」
622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ハンルイ」
621900402	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＳＵＮ」
620919801	タキソテール点滴静注用２０ｍｇ
622295501	ドセタキセル点滴静注用２０ｍｇ「サワイ」
620919901	タキソテール点滴静注用８０ｍｇ
622295601	ドセタキセル点滴静注用８０ｍｇ「サワイ」
622068501	ワンタキソテール点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ
622294901	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ケミファ」
622272001	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「トーワ」
622354801	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／１ｍＬ「ＮＫ」
622356401	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／１ｍＬ「サワイ」
622429301	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ＥＥ」
622435002	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ニプロ」
622408501	ドセタキセル点滴静注２０ｍｇ／１ｍＬ「ヤクルト」
622068601	ワンタキソテール点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ
622295001	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ケミファ」
622272101	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「トーワ」
622354901	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／４ｍＬ「ＮＫ」
622356501	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／４ｍＬ「サワイ」
622429401	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ＥＥ」
622435102	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ニプロ」
622408601	ドセタキセル点滴静注８０ｍｇ／４ｍＬ「ヤクルト」
622215301	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／２ｍＬ「サンド」
622285201	ドセタキセル点滴静注液２０ｍｇ／２ｍＬ「ホスピーラ」
622215401	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／８ｍＬ「サンド」
622285301	ドセタキセル点滴静注液８０ｍｇ／８ｍＬ「ホスピーラ」
622285401	ドセタキセル点滴静注液１２０ｍｇ／１２ｍＬ「ホスピーラ」
620003751	タキソール注射液３０ｍｇ
620004170	パクリタキセル注３０ｍｇ／５ｍＬ「ＮＫ」
620005688	パクリタキセル注射液３０ｍｇ「サワイ」
622082001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ「サンド」
622259101	パクリタキセル注射液３０ｍｇ「ＮＰ」
622375001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ／５ｍＬ「ホスピーラ」
620003752	タキソール注射液１００ｍｇ
620004171	パクリタキセル注１００ｍｇ／１６．７ｍＬ「ＮＫ」
620005689	パクリタキセル注射液１００ｍｇ「サワイ」
622082101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
622259201	パクリタキセル注射液１００ｍｇ「ＮＰ」
622375101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ／１６．７ｍＬ「ホスピーラ」
620005690	パクリタキセル注射液１５０ｍｇ「サワイ」
640432004	ナベルビン注１０
621954401	ロゼウス静注液１０ｍｇ
640432005	ナベルビン注４０
621954501	ロゼウス静注液４０ｍｇ
620005197	ハイカムチン注射用１．１ｍｇ
621970101	アブラキサン点滴静注用１００ｍｇ
622364601	ジェブタナ点滴静注６０ｍｇ
620003247	ロイナーゼ注用５０００
620003248	ロイナーゼ注用１００００

620004129	シスプラチン注１０ｍｇ「日医工」
620008946	ランダ注１０ｍｇ／２０ｍＬ
620923301	シスプラチン点滴静注１０ｍｇ「マルコ」
620923202	シスプラチン点滴静注液１０ｍｇ「ファイザー」
620004130	シスプラチン注２５ｍｇ「日医工」
620008947	ランダ注２５ｍｇ／５０ｍＬ
620923701	シスプラチン点滴静注２５ｍｇ「マルコ」
620923602	シスプラチン点滴静注液２５ｍｇ「ファイザー」
620004131	シスプラチン注５０ｍｇ「日医工」
620008948	ランダ注５０ｍｇ／１００ｍＬ
620924101	シスプラチン点滴静注５０ｍｇ「マルコ」
620924002	シスプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ファイザー」
620001919	動注用アイエーコール１００ｍｇ
620002591	動注用アイエーコール５０ｍｇ
640454032	ノバントロン注２０ｍｇ
644290005	ノバントロン注１０ｍｇ
620004117	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
620004118	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サンド」
620004732	パラプラチン注射液５０ｍｇ
620007254	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＮＫ」
622098103	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＴＹＫ」
621754502	カルボプラチン注射液５０ｍｇ「日医工」
620004119	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サワイ」
620004120	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サンド」
620004733	パラプラチン注射液１５０ｍｇ
620007255	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＮＫ」
622098203	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＴＹＫ」
621754602	カルボプラチン注射液１５０ｍｇ「日医工」
620004121	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サワイ」
620004122	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サンド」
620004734	パラプラチン注射液４５０ｍｇ
620007256	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＮＫ」
622098303	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＴＹＫ」
621754702	カルボプラチン注射液４５０ｍｇ「日医工」
620007300	コホリン静注用７．５ｍｇ
640407072	アクプラ静注用１０ｍｇ
640407073	アクプラ静注用５０ｍｇ
640407074	アクプラ静注用１００ｍｇ
622069801	ハーセプチン注射用６０
622069901	ハーセプチン注射用１５０
640462007	ロイスタチン注８ｍｇ
620002417	トリセノックス注１０ｍｇ
622617800	オキサリプラチン５０ｍｇ１０ｍＬ注射液
621932201	エルプラット点滴静注液５０ｍｇ
622388601	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ケミファ」
622383201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「サンド」
622374801	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ホスピーラ」
622371101	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」
622385701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＮＫ」
622389801	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
622394701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「テバ」
622371801	オキサリプラチン点滴静注５０ｍｇ「トーワ」
622393201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「日医工」
622392001	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ニプロ」
622437201	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ／１０ｍＬ「ＫＣＣ」
622476900	オキサリプラチン１００ｍｇ２０ｍＬ注射液
621932301	エルプラット点滴静注液１００ｍｇ
622388701	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ケミファ」
622383301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「サンド」
622374901	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ホスピーラ」
622371201	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」
622373301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＦＦＰ」
622385801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ＮＫ」
622389901	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
622394801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「テバ」
622371901	オキサリプラチン点滴静注１００ｍｇ「トーワ」
622393301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
622392101	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「ニプロ」
622437301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ＫＣＣ」
622617900	オキサリプラチン２００ｍｇ４０ｍＬ注射液
622189401	エルプラット点滴静注液２００ｍｇ
622437401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ＫＣＣ」
622428001	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ケミファ」
622426801	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ＤＳＥＰ」
622434901	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ＮＫ」
622431101	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「サワイ」
622432401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「テバ」
622411901	オキサリプラチン点滴静注２００ｍｇ「トーワ」
622437001	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「日医工」
622439101	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「ニプロ」
622461701	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「サンド」
622460601	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ホスピーラ」
620004428	ベルケイド注射用３ｍｇ
620004872	アバスチン点滴静注用１００ｍｇ／４ｍＬ
620004873	アバスチン点滴静注用４００ｍｇ／１６ｍＬ
620006806	ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット
620008443	アービタックス注射液１００ｍｇ
621954001	ミリプラ動注用７０ｍｇ
621985901	ベクティビックス点滴静注１００ｍｇ
622086201	ベクティビックス点滴静注４００ｍｇ
622003801	トーリセル点滴静注液２５ｍｇ

622045001	ビダーザ注射用１００ｍｇ
622085201	ハラヴェン静注１ｍｇ
622101401	フェソロデックス筋注２５０ｍｇ
622149401	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ
622244301	アーゼラ点滴静注液１００ｍｇ
622244401	アーゼラ点滴静注液１０００ｍｇ
622255101	パージェタ点滴静注４２０ｍｇ／１４ｍＬ
622335601	アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ
629908401	サークリサ点滴静注１００ｍｇ
629908501	サークリサ点滴静注５００ｍｇ
629912501	ポライビー点滴静注用３０ｍｇ
629912601	ポライビー点滴静注用１４０ｍｇ
629914701	レミトロ点滴静注用３００μｇ
622594801	ダラザレックス点滴静注１００ｍｇ
622594701	ダラザレックス点滴静注４００ｍｇ
629914801	ダラキューロ配合皮下注
622264401	カドサイラ点滴静注用１００ｍｇ
629907101	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ
622264501	カドサイラ点滴静注用１６０ｍｇ
622364801	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ
622364901	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ
629911501	オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ
622662201	オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ
622388101	マブキャンバス点滴静注３０ｍｇ
622417901	サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ
622418001	サイラムザ点滴静注液５００ｍｇ
622440501	ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ
622449301	ヨンデリス点滴静注用０．２５ｍｇ
622449401	ヨンデリス点滴静注用１ｍｇ
622489201	ゾーフィゴ静注
622509501	カイプロリス点滴静注用１０ｍｇ
622509601	カイプロリス点滴静注用４０ｍｇ
622514701	エムプリシティ点滴静注用３００ｍｇ
622514801	エムプリシティ点滴静注用４００ｍｇ
622515801	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ
622582401	ババンチオ点滴静注２００ｍｇ
622594601	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ
629900601	テセントリク点滴静注８４０ｍｇ
622628901	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＣＴＨ」
622630701	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＮＫ」
622629001	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＣＴＨ」
622630801	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＮＫ」
622633201	イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ
622633301	イミフィンジ点滴静注５００ｍｇ
622659701	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「第一三共」
622659801	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「第一三共」
622679201	トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ファイザー」
622679301	トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ファイザー」
629901901	ポートラーザ点滴静注液８００ｍｇ
629905901	ベバシズマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ファイザー」
629906001	ベバシズマブＢＳ点滴静注４００ｍｇ「ファイザー」
629904901	ベバシズマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「第一三共」
629905001	ベバシズマブＢＳ点滴静注４００ｍｇ「第一三共」
620004740	ピシバニール注射用０．２ＫＥ
620004741	ピシバニール注射用０．５ＫＥ
620004742	ピシバニール注射用１ＫＥ
620004743	ピシバニール注射用５ＫＥ
620001918	注射用レザフィリン１００ｍｇ
621162801	フエロン注射用１００万
621163001	フエロン注射用３００万
621163701	スミフェロン注ＤＳ３００万ＩＵ
621163801	スミフェロン注ＤＳ６００万ＩＵ
640453025	イムノマックスーγ注１００
640453024	イムノマックスーγ注５０
646390065	イムネース注３５
621385201	ベタフェロン皮下注用９６０万国際単位
622808601	オニバイド点滴静注４３ｍｇ
622797601	ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ
622607302	ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ
622622401	ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ
622654901	ビーリンサイト点滴静注用３５μｇ
629911001	アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ
648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
620009272	パンオピン皮下注２０ｍｇ
648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
620003067	アンペック注１０ｍｇ
620009277	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「シオノギ」
628504000	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「第一三共」
628504304	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「タケダ」
640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
620003068	アンペック注５０ｍｇ
620009278	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「シオノギ」
628504500	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「第一三共」
628504804	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
621454706	モルヒネ塩酸塩注１００ｍｇシリンジ「テルモ」
620001373	アンペック注２００ｍｇ
620009279	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」
628505102	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「シオノギ」
628505304	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「タケダ」
620004181	プレペノン注１００ｍｇシリンジ

622135601	オキファスト注１０ｍｇ
622685701	オキシコドン注射液１０ｍｇ「第一三共」
622135701	オキファスト注５０ｍｇ
622685801	オキシコドン注射液５０ｍｇ「第一三共」
622625401	ナルベイン注２ｍｇ
622625501	ナルベイン注２０ｍｇ
648110014	複方オキシコドン注射液
648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
648110002	アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
648110010	弱アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
648210005	ペチジン塩酸塩注射液
628512804	ペチジン塩酸塩注射液３５ｍｇ「タケダ」
648210006	ペチジン塩酸塩注射液
628513304	ペチジン塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
621208101	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「第一三共」
621899203	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「テルモ」
621627101	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「第一三共」
621899303	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「テルモ」
621899403	フェンタニル注射液０．５ｍｇ「テルモ」
620004422	アルチバ静注用２ｍｇ
622486801	レミフェンタニル静注用２ｍｇ「第一三共」
620004423	アルチバ静注用５ｍｇ
622486901	レミフェンタニル静注用５ｍｇ「第一三共」
648210004	ペチロルファン注射液
648210007	弱ペチロルファン注射液
620007335	ソル・コーテフ注射用１００ｍｇ
620008818	サクシゾン注射用１００ｍｇ
620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用１００ｍｇ「武田テバ」
620007332	ソル・コーテフ静注用２５０ｍｇ
620008819	サクシゾン注射用３００ｍｇ
620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用３００ｍｇ「武田テバ」
620007333	ソル・コーテフ静注用５００ｍｇ
620008816	サクシゾン静注用５００ｍｇ
620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用５００ｍｇ「武田テバ」
620007334	ソル・コーテフ静注用１０００ｍｇ
620008817	サクシゾン静注用１０００ｍｇ
620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用１０００ｍｇ「武田テバ」
620004661	ケナコルトーＡ皮内用関節腔内用水懸注５０ｍｇ／５ｍＬ
620004660	ケナコルトーＡ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ
620002613	リンデロン注２ｍｇ（０．４％）
620003829	リノロサール注射液２ｍｇ（０．４％）
620002614	リンデロン注４ｍｇ（０．４％）
620003830	リノロサール注射液４ｍｇ（０．４％）
620002615	リンデロン注２０ｍｇ（０．４％）
620003831	リノロサール注射液２０ｍｇ（０．４％）
620002616	リンデロン注２０ｍｇ（２％）
620002617	リンデロン注１００ｍｇ（２％）
620007336	ソルコート静注液１００ｍｇ
620525001	デカドロン注射液１．６５ｍｇ
620525101	デキサート注射液１．６５ｍｇ
620525201	オルガドロン注射液１．９ｍｇ
620525301	デカドロン注射液３．３ｍｇ
620525401	デキサート注射液３．３ｍｇ
620525801	オルガドロン注射液３．８ｍｇ
620525601	デカドロン注射液６．６ｍｇ
620525701	デキサート注射液６．６ｍｇ
620525901	オルガドロン注射液１９ｍｇ
620003832	リメタゾン静注２．５ｍｇ
642450087	リンデロン懸濁注
640454024	注射用ソル・メルコート４０
620007356	ソル・メドロール静注用４０ｍｇ
640454025	注射用ソル・メルコート１２５
620007357	ソル・メドロール静注用１２５ｍｇ
640454026	注射用ソル・メルコート５００
620007358	ソル・メドロール静注用５００ｍｇ
620001310	注射用ソル・メルコート１，０００
620007359	ソル・メドロール静注用１０００ｍｇ
620007381	デポ・メドロール水懸注２０ｍｇ
620007382	デポ・メドロール水懸注４０ｍｇ
642450115	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450169	水溶性プレドニン１０ｍｇ
620530402	プレドニゾロンコハク酸エステルＮａ注射用１０ｍｇ「Ｆ」
642450116	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450170	水溶性プレドニン２０ｍｇ
620530502	プレドニゾロンコハク酸エステルＮａ注射用２０ｍｇ「Ｆ」
642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450171	水溶性プレドニン５０ｍｇ
620894001	サンディミュン点滴静注用２５０ｍｇ
643990141	プログラフ注射液５ｍｇ
622047401	プログラフ注射液２ｍｇ
620008850	スパニジン点滴静注用１００ｍｇ
620008829	シムレクト静注用２０ｍｇ
620008445	シムレクト小児用静注用１０ｍｇ
620009011	ステロネマ注腸３ｍｇ
620009010	ステロネマ注腸１．５ｍｇ
620008805	エホチール注１０ｍｇ
640461008	ドパミン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
620002175	イノバン注１００ｍｇ
620003427	カコージン注１００ｍｇ

620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＮ」
620244722	ツルドパミ点滴静注１００ｍｇ
620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＮＰ」
620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「イセイ」
620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
620002174	イノバン注５０ｍｇ
621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「タイヨー」
621399011	ツルドパミ点滴静注５０ｍｇ
621399010	カコージン注５０ｍｇ
621399013	ドパミン塩酸塩点滴静注５０ｍｇ「ＮＰ」
620245102	ツルドパミ点滴静注２００ｍｇ
622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「タイヨー」
620002179	塩酸ドパミン注キット２００
620003205	カコージンＤ注０．１％
620002180	塩酸ドパミン注キット６００
620003207	カコージンＤ注０．３％
620003194	イノバン注０．１％シリンジ
620003195	イノバン注０．３％シリンジ
620004105	イノバン注０．６％シリンジ
642110084	ドブトレックス注射液１００ｍｇ
620005187	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
621365306	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「ＡＦＰ」
621365316	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「Ｆ」
621365321	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
620005188	ドブトレックスキット点滴静注用２００ｍｇ
620005189	ドブトレックスキット点滴静注用６００ｍｇ
620003225	ドブポン注０．１％シリンジ
620003226	ドブポン注０．３％シリンジ
620004161	ドブポン注０．６％シリンジ
620002593	ネオシネジンコーワ注１ｍｇ
620002594	ネオシネジンコーワ注５ｍｇ
642450005	アドレナリン注射液
620517902	ボスミン注１ｍｇ
642450071	ノルアドレナリン注射液
620008384	ノルアドリナリン注１ｍｇ
621371901	アドレナリン注０．１％シリンジ「テルモ」
628704702	エピペン注射液０．１５ｍｇ
628704802	エピペン注射液０．３ｍｇ
620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「武田テバ」
620246201	ドパミン塩酸塩点滴２００ｍｇバッグニチヤク
621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＫＣＣ」
620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「武田テバ」
620247903	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620248003	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ニチヤク」
621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＫＣＣ」
641210020	リドカイン注射液
641210021	リドカイン注射液
641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液
641210022	リドカイン注射液
641210023	リドカイン注射液
641210024	リドカイン注射液
641210105	静注用キシロカイン２％
620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」
641210025	リドカイン注射液
621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」
642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008355	アミサリン注１００ｍｇ
642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008356	アミサリン注２００ｍｇ
642120006	インデラル注射液２ｍｇ
621494801	オノアクト点滴静注用５０ｍｇ
622094701	コアベータ静注用１２．５ｍｇ
622422801	オノアクト点滴静注用１５０ｍｇ
640462042	ブレビブロック注１００ｍｇ
620004782	リスモダンＰ静注５０ｍｇ
620005243	ワソラン静注５ｍｇ
620009200	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「タイヨー」
620008940	メキシチール点滴静注１２５ｍｇ
620004636	アスペノン静注用１００
620262301	シベノール静注７０ｍｇ
620007361	タンボコール静注５０ｍｇ
620002584	シンビット静注用５０ｍｇ
640443003	サンリズム注射液５０
620002610	リドカイン静注用２％シリンジ「テルモ」
620004876	アンカロン注１５０
622609302	アミオダロン塩酸塩静注１５０ｍｇ「ＴＥ」
620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用１０ｍｇ「日医工」
620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用５０ｍｇ「日医工」
640407031	ヘルベッサー注射用２５０
620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用２５０ｍｇ「サワイ」
621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用２５０ｍｇ「日医工」
621958501	ヘルベッサー注射用１０
620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
621958601	ヘルベッサー注射用５０

620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
621406001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「サワイ」
621267001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「日医工」
621405904	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「ＳＮ」
620002948	スロンノンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
620002974	ノバスタンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
620003192	アルガトロバン注シリンジ１０ｍｇ「ＮＰ」
621734701	アルガトロバン注１０ｍｇシリンジ「ＳＮ」
620002252	チトラミン液「フソー」－４％
620812203	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」
621824702	ヘパリンカルシウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621824802	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」
621825002	ヘパリンカルシウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
621824902	ヘパリンＣａ注射液５万単位／５０ｍＬ「サワイ」
621825102	ヘパリンＣａ注射液１０万単位／１００ｍＬ「サワイ」
622458001	ヘパリンＣａ皮下注１万単位／０．４ｍＬ「サワイ」
621933401	ヘパリンカルシウム皮下注５千単位／０．２ｍＬシリンジ「モチダ」
643330011	ヘパリンナトリウム注射液
620812504	ヘパリンナトリウム注Ｎ５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」
620006725	ヘパリンナトリウム注射液
621825302	ヘパリンＮａ注５千単位／５ｍＬ「モチダ」
620006728	ヘパリンナトリウム注射液
621825802	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621825602	ヘパリンナトリウム注Ｎ１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621825704	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ニプロ」
621825502	ヘパリンＮａ注１万単位／１０ｍＬ「モチダ」
620006734	ヘパリンナトリウム注射液
621826102	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
621826004	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ニプロ」
620006739	ヘパリンナトリウム注射液
621826402	ヘパリンナトリウム注１０万単位／１００ｍＬ「ＡＹ」
620006312	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
621832801	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「ＮＳ」２０ｍＬ
621701902	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日新」
621699702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＫＣＣ」
620006328	リザルミン静注５０００単位／５ｍＬ
621757301	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬ「ＨＫ」
621673901	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日医工」
621757401	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日本臓器」
620812701	フラグミン静注５０００単位／５ｍＬ
621702702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「サワイ」
621673102	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＡＦＰ」
620007360	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬシリンジ「ＨＫ」
621994801	ダルテパリンＮａ静注２５００単位／１０ｍＬシリンジ「ニプロ」
621994901	ダルテパリンＮａ静注３０００単位／１２ｍＬシリンジ「ニプロ」
621995001	ダルテパリンＮａ静注４０００単位／１６ｍＬシリンジ「ニプロ」
621995101	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／２０ｍＬシリンジ「ニプロ」
620006789	リコモジュリン点滴静注用１２８００
621373901	オルガラン静注１２５０単位
620006203	ウロナーゼ静注用６万単位
620006202	ウロナーゼ冠動注用１２万単位
620006204	ウロナーゼ静注用２４万単位
620006267	デフィブラーゼ点滴静注液１０単位
643950056	アクチバシン注６００万
643950059	グルトパ注６００万
643950057	アクチバシン注１２００万
643950060	グルトパ注１２００万
643950058	アクチバシン注２４００万
643950061	グルトパ注２４００万
620007270	クリアクター静注用４０万
620007271	クリアクター静注用８０万
620006213	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645001	オザグレルＮａ静注液２０ｍｇ「日医工」
621536405	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＦＹ」
620006214	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645201	オザグレルＮａ静注液８０ｍｇ「日医工」
621536201	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「ケミファ」
621536902	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＩＰ」
621696901	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「トーワ」
620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液８０ｍｇ「ＪＤ」
621754402	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「ケミファ」
621537002	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＩＰ」
621697101	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「トーワ」
620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液４０ｍｇ「ＪＤ」
621536301	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「ケミファ」
621645402	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＩＰ」
621697001	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
621536505	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＦＹ」
621536605	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＦＹ」
621947801	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645101	オザグレルＮａ静注液４０ｍｇ「日医工」
640463085	注射用カタクロット２０ｍｇ
640463048	キサンボン注射用２０ｍｇ
620002253	注射用オザグレルナトリウム２０ｍｇ「Ｆ」
621484101	オザグレルＮａ注射用２０ｍｇ「ＳＷ」
621484201	オザグレルＮａ静注用２０ｍｇ「日医工」
640463086	注射用カタクロット４０ｍｇ
640463049	キサンボン注射用４０ｍｇ
620002254	注射用オザグレルナトリウム４０ｍｇ「Ｆ」
621484501	オザグレルＮａ注射用４０ｍｇ「ＳＷ」
640470007	オキリコン注シリンジ２０ｍｇ

621519104	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「武田テバ」
640470008	オキリコン注シリンジ４０ｍｇ
621519204	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「武田テバ」
640470009	オキリコン注シリンジ８０ｍｇ
621519304	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「武田テバ」
620008180	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇシリンジ「サワイ」
621645502	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「ＩＰ」
620005647	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇバッグ「サワイ」
622082501	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「ＤＫ」
622093801	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「タカタ」
622263401	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「テルモ」
621660005	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／２００ｍＬバッグ「ＦＹ」
620008178	オザグレルＮａ注射液２０ｍｇシリンジ「サワイ」
620008179	オザグレルＮａ注射液４０ｍｇシリンジ「サワイ」
622462201	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＩＰ」
621643701	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「タカタ」
620002925	カタクロット注射液２０ｍｇ
620002933	キサンボンＳ注射液２０ｍｇ
620002926	カタクロット注射液４０ｍｇ
620002934	キサンボンＳ注射液４０ｍｇ
621808401	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「タカタ」
621808501	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「タカタ」

入院（その９）において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のＡ項目の判定の集計に用いたレセプト電算処理システム用コード一覧

中医協　総－１参考２
４　．　２　．　９

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
Ａ　１　輸液ポンプの管理	130003710	点滴注射（乳幼児）
	130003810	点滴注射
	130004410	中心静脈注射
	130006110	動脈注射（内臓）
	130006210	動脈注射（その他）
	130007510	抗悪性腫瘍剤局所持続注入
	130008510	植込型カテーテルによる中心静脈注射
Ａ　２　動脈圧測定（動脈ライン）	160074010	観血的動脈圧測定（１時間以内）
	160074210	観血的動脈圧測定（１時間超）
Ａ　３　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
Ａ　４　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	160074310	中心静脈圧測定（４回以下）
	160074410	中心静脈圧測定（５回以上）
Ａ　５　人工呼吸器の管理	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140023510	人工呼吸（５時間超）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）（５時間超）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超）
Ａ　６　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621151601	献血ベニロン－Ｉ静注用１０００ｍｇ
	621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトＦ注射用２５０
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	640431015	コンコエイト－ＨＴ
	621153904	コンファクトＦ注射用５００
	621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトＦ注射用１０００
	621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622865100	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
	621154301	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「ニチヤク」２００国際単位溶解液付
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
	621154501	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「ニチヤク」５００国際単位溶解液付
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
	621755301	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ニチヤク」
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155501	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ニチヤク」
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」

621155307	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621645901	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621156607	献血アルブミン２５「ＫＭＢ」
620009137	アルブミンーベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
621157401	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621155407	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
621384801	ファイバ静注用５００
621384901	ファイバ静注用１０００
620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
622607401	ガンマガード静注用５ｇ
621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001350	献血ノンスロン５００注射用
621159206	アンスロビンＰ５００注射用
621159207	ノイアート静注用５００単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001351	献血ノンスロン１５００注射用
620003071	ノイアート静注用１５００単位
620003432	アンスロビンＰ１５００注射用
620009201	ベリナートＰ静注用５００
621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622821601	ピリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622683601	ピリヴィジェン１０％点滴静注５ｇ／５０ｍＬ
622683602	ピリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622683701	ピリヴィジェン１０％点滴静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683702	ピリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683801	ピリヴィジェン１０％点滴静注２０ｇ／２００ｍＬ
622683802	ピリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009263	クリスマシンM静注用４００単位
622408201	ノバクトM静注用５００単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009264	クリスマシンM静注用１０００単位
622408301	ノバクトM静注用１０００単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622408401	ノバクトM静注用２０００単位
620009198	フィブロガミンＰ静注用
629903301	アドベイト静注用キット２５０
629903401	アドベイト静注用キット５００
629903501	アドベイト静注用キット１０００
629903601	アドベイト静注用キット１５００
629903701	アドベイト静注用キット２０００
629903801	アドベイト静注用キット３０００
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
622366601	ノボセブンＨＩ静注用８ｍｇ　シリンジ
640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
620006788	メドウェイ注２５％
621971601	ベネフィクス静注用５００
621971701	ベネフィクス静注用１０００
621971801	ベネフィクス静注用２０００
622273601	ベネフィクス静注用３０００
622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622333001	ノボエイト静注用２５０
622333101	ノボエイト静注用５００
622333201	ノボエイト静注用１０００
622333301	ノボエイト静注用１５００
622333401	ノボエイト静注用２０００
622333501	ノボエイト静注用３０００
622364101	オルプロリクス静注用５００
622364201	オルプロリクス静注用１０００
622364301	オルプロリクス静注用２０００
622364401	オルプロリクス静注用３０００
622426501	オルプロリクス静注用２５０
622608701	オルプロリクス静注用４０００
622402801	イロクテイト静注用２５０
622402901	イロクテイト静注用５００
622403001	イロクテイト静注用７５０
622403101	イロクテイト静注用１０００
622403201	イロクテイト静注用１５００
622403301	イロクテイト静注用２０００
622403401	イロクテイト静注用３０００
622682501	イロクテイト静注用４０００

	622424901	ノボサーティーン静注用２５００
	622442001	アコアラン静注用６００
	622583901	アコアラン静注用１８００
	622473101	リクスビス静注用１０００
	622473201	リクスビス静注用２０００
	622473301	リクスビス静注用３０００
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０
	622623501	アディノベイト静注用キット５００
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００
	622489301	コバールトリイ静注用２５０
	622489401	コバールトリイ静注用５００
	622489501	コバールトリイ静注用１０００
	622489601	コバールトリイ静注用２０００
	622489701	コバールトリイ静注用３０００
	622526101	イデルビオン静注用２５０
	622526201	イデルビオン静注用５００
	622526301	イデルビオン静注用１０００
	622526401	イデルビオン静注用２０００
	629900101	イデルビオン静注用３５００
	622595901	エイフスチラ静注用２５０
	622596001	エイフスチラ静注用５００
	622596101	エイフスチラ静注用１０００
	622596201	エイフスチラ静注用１５００
	622596301	エイフスチラ静注用２０００
	622596401	エイフスチラ静注用２５００
	622596501	エイフスチラ静注用３０００
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
	622647001	レフィキシア静注用５００
	622647101	レフィキシア静注用１０００
	622647201	レフィキシア静注用２０００
	622658001	ジビイ静注用５００
	622658101	ジビイ静注用１０００
	622658201	ジビイ静注用２０００
	622658301	ジビイ静注用３０００
	629905101	イスパロクト静注用５００
	629905201	イスパロクト静注用１０００
	629905301	イスパロクト静注用１５００
	629905401	イスパロクト静注用２０００
	629905501	イスパロクト静注用３０００
	629908001	ボンベンディ静注用１３００
	622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
	629912801	ヌーイック静注用２５０
	629912901	ヌーイック静注用５００
	629913001	ヌーイック静注用１０００
	629913101	ヌーイック静注用２０００
	629913201	ヌーイック静注用２５００
	629913301	ヌーイック静注用３０００
	629913401	ヌーイック静注用４０００
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
	150224810	自家採血輸血（１回目）
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）
	150224910	保存血液輸血（１回目）
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）
	150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
Ａ　７　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	160075010	観血的肺動脈圧測定（２時間超）
	160183910	観血的肺動脈圧測定（１時間以内又は１時間につき）
Ａ　８　特殊な治療法等	140029850	持続緩徐式血液濾過
	140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）
	140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）
	150148010	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（初日）
	150148110	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（２日目以降）
	150262910	経皮的心肺補助法（初日）
	150275710	経皮的心肺補助法（２日目以降）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150266210	補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150301810	補助人工心臓（３１日目以降）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150360210	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（２日目以降３０日目まで）
	150360310	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（３１日目以降９０日目まで）
	150360410	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（９１日目以降）
	150382650	小児補助人工心臓（初日）
	150382750	小児補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150382850	小児補助人工心臓（３１日目以降）
	160074610	頭蓋内圧持続測定
	160103010	頭蓋内圧持続測定（３時間超）
	150147610	人工心肺（初日）
	150147910	人工心肺（２日目以降）
	150395450	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（初日）
	150395550	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（２日目以降）

中医協	総－２
４．２．９	

令和４年２月９日

厚生労働大臣
後藤　茂之　　殿

中央社会保険医療協議会
会　長　小塩　隆士

答　申　書

（令和４年度診療報酬改定について）

令和４年１月 14 日付け厚生労働省発保 0114 第 27 号をもって諮問のあった件について、別紙１－１から別紙７までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

（別添）

答申書附帯意見

（全般的事項）

１　近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（入院医療）

２　一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

３　地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

４　ＤＰＣ／ＰＤＰＳ、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

（かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療）

５　かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。

６　処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

７　オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

８　精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革）

９　医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

（在宅医療等）

10　在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

11　診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

12　院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

13　調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

14　バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（その他）

15　新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

16　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

17　不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

18　医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

19　明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

20　施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

別紙１－１　医科診療報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第一 医科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　（略） 第２章　特掲診療料 第１部　医学管理等 第１節　医学管理料等 第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 第３節　特定保険医療材料料 第２部～第９部　（略） 第10部　手術 第１節　手術料 第１款～第12款　（略） 第13款　手術等管理料 第２節～第５節　（略） 第11部～第13部　（略） 第３章・第４章　（略） 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 通則 （略） 第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料　288点 注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長	別表第一 医科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　（略） 第２章　特掲診療料 第１部　医学管理等 （新設） （新設） （新設） 第２部～第９部　（略） 第10部　手術 第１節　手術料 第１款～第12款　（略） 第13款　臓器提供管理料 第２節～第５節　（略） 第11部～第13部　（略） 第３章・第４章　（略） 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 通則 （略） 第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料　288点 注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。	
2　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。	2　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、214点を算定する。
3　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報	3　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床

告対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、214点を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。

５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り144点（注１のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注２から注４までに規定する場合は、107点（注１のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注14までに規定する加算は算定しない。	５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り144点（注２から注４までに規定する場合にあっては、107点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注10までに規定する加算は算定しない。
６～10　（略）	６～10　（略）
11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。	（新設）
12　注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	（新設）
13　注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に	（新設）

おいて初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	
14　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り７点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、月１回に限り３点を所定点数に加算する。	（新設）
第２節　再診料	第２節　再診料
区分	区分
Ａ００１　再診料　73点	Ａ００１　再診料　73点
注１　保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。	注１　保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。
２　（略）	２　（略）
３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、37点（注２に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注18までに規定	３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、37点（注２に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注14までに規定

する加算は算定しない。	する加算は算定しない。
４～８　（略）	４～８　（略）
９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。	９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。
10・11　（略）	10・11　（略）
12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
13・14　（略）	13・14　（略）
15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。	（新設）
16　注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に	（新設）

おいて再診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	
17　注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	（新設）
18　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。	（新設）
Ａ００２　外来診療料　74点	Ａ００２　外来診療料　74点
注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。	注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。
２　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）	２　病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわら

	に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。	ず、55点を算定する。
	３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。	３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。
	４　（略）	４　（略）
	５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り37点（注２から注４までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注10までに規定する加算は算定しない。	５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り37点（注２から注４までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注９までに規定する加算は算定しない。
	６　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料の通則第３号に規定する加算は、外来	６　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料の通則第３号に規定する加算は、外来

診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ・ロ　（略） ハ　血液形態・機能検査 区分番号Ｄ００５（ヘモグロビンＡ１c（ＨｂＡ１ｃ）、デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの ニ～ヨ　（略） タ　ネブライザ レ　超音波ネブライザ ソ・ツ　（略） ７～９　（略） 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。	診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ・ロ　（略） ハ　血液形態・機能検査 区分番号Ｄ００５（ヘモグロビンＡ１c（HbＡ１c）、デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの ニ～ヨ　（略） タ　ネブライザー レ　超音波ネブライザー ソ・ツ　（略） ７～９　（略） （新設）
Ａ００３　削除	Ａ００３　オンライン診療料（月１回）　71点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、連続する３月は算定できない。

第２部　入院料等

通則

（略）

第１節　入院基本料

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）

１　急性期一般入院基本料

イ～ホ　（略）

（削る）

ヘ　急性期一般入院料６　1,382点

２　（略）

注１～９　（略）

10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する月は、別に算定できない。

３　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の４第２項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

第２部　入院料等

通則

（略）

第１節　入院基本料

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）

１　急性期一般入院基本料

イ～ホ　（略）

ヘ　急性期一般入院料６　1,408点

ト　急性期一般入院料７　1,382点

２　（略）

注１～９　（略）

10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

に算定できる。	に算定できる。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　急性期充実体制加算（急性期一般入院料１を算定するものに限る。）	（新設）
ハ・ニ　（略）	ロ・ハ　（略）
ホ　紹介受診重点医療機関入院診療加算	（新設）
へ～マ　（略）	ニ～ク　（略）
ケ　依存症入院医療管理加算	ヤ　重度アルコール依存症入院医療管理加算
フ～テ　（略）	マ～コ　（略）
ア　感染対策向上加算	エ　感染防止対策加算
サ　（略）	テ　（略）
キ　報告書管理体制加算	（新設）
ユ・メ　（略）	ア・サ　（略）
ミ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）	キ　ハイリスク分娩管理加算
シ　（略）	ユ　（略）
ヱ　術後疼痛管理チーム加算（急性期一般入院基本料に限る。）	（新設）
ヒ～イホ　（略）	メ～イイ　（略）
11・12　（略）	11・12　（略）
Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）	Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者	注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者

を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。	を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。
２　（略）	２　（略）
３　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。	３　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。
４～６　（略）	４～６　（略）
７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算に	７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算に

ついて、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～タ　（略）

レ　感染対策向上加算

ソ　（略）

ツ　報告書管理体制加算

ネ～ヰ　（略）

８～10　（略）

11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、

ついて、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

（新設）

ハ～ヨ　（略）

タ　感染防止対策加算

レ　（略）

（新設）

ソ～ム　（略）

８～10　（略）

11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜

当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　夜間看護加算　50点

ロ　看護補助体制充実加算　55点

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１～６　（略）

注１～４　（略）

５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～ネ　（略）

ナ　感染対策向上加算

ラ　（略）

ム　報告書管理体制加算

ウ・キ　（略）

ノ　術後疼（とう）痛管理チーム加算

オ～テ　（略）

６～８　（略）

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１～５　（略）

注１～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～オ　（略）

間看護加算として、１日につき45点を所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１～６　（略）

注１～４　（略）

５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

（新設）

ハ～ツ　（略）

ネ　感染防止対策加算

ナ　（略）

（新設）

ラ・ム　（略）

（新設）

ウ～フ　（略）

６～８　（略）

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１～５　（略）

注１～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ　（略）

（新設）

ハ～ノ　（略）

ク　依存症入院医療管理加算	オ　重度アルコール依存症入院医療管理加算
ヤ～ケ　（略）	ク～マ　（略）
フ　感染対策向上加算	ケ　感染防止対策加算
コ　患者サポート体制充実加算	フ　患者サポート体制充実加算
エ　報告書管理体制加算	（新設）
テ・ア　（略）	コ・エ　（略）
サ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）	テ　ハイリスク分娩管理加算
キ～モ　（略）	ア～ヱ　（略）
７～10　（略）	７～10　（略）
Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）	Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～７　（略）	注１～７　（略）
８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～ヘ　（略）	イ～ヘ　（略）
ト　医師事務作業補助体制加算	ト　医師事務作業補助体制加算１
チ～フ　（略）	チ～フ　（略）
コ　依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	コ　重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
エ～サ　（略）	エ～サ　（略）
キ　感染対策向上加算	キ　感染防止対策加算
ユ　（略）	ユ　（略）
メ　報告書管理体制加算	（新設）
ミ・シ　（略）	メ・ミ　（略）
ヱ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）（一般病棟又は精神病棟に限る。）	シ　ハイリスク分娩管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
ヒ　（略）	ヱ　（略）

モ　術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	（新設）
セ～イチ　（略）	ヒ～イヘ　（略）
９・10　（略）	９・10　（略）
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	（新設）
12　注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時１回に限り、50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）	Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～６　（略）	注１～６　（略）
７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げ	７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げ

る入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヰ　（略）

ノ　依存症入院医療管理加算

オ～マ　（略）

ケ　感染対策向上加算

フ　（略）

コ　報告書管理体制加算

エ～ア　（略）

サ　術後疼痛管理チーム加算

キ～セ　（略）

８～10　（略）

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）

１～４　（略）

注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除

る入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヰ　（略）

ノ　重度アルコール依存症入院医療管理加算

オ～マ　（略）

ケ　感染防止対策加算

フ　（略）

（新設）

コ～テ　（略）

（新設）

ア～ヒ　（略）

８～10　（略）

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）

１～４　（略）

注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定

く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２～４　（略）

５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ　（略）

ソ　栄養サポートチーム加算

ツ　（略）

ネ　感染対策向上加算

ナ　（略）

入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２～４　（略）

５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ　（略）

（新設）

ソ　（略）

ツ　感染防止対策加算

ネ　（略）

ラ　報告書管理体制加算

ム～ク　（略）

８　注６又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護補助加算

⑴　14日以内の期間　146点

⑵　15日以上30日以内の期間　121点

ロ　看護補助体制充実加算

⑴　14日以内の期間　151点

⑵　15日以上30日以内の期間　126点

10・11　（略）

12　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィ

（新設）

ナ～ノ　（略）

８　注６に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

（新設）

イ　14日以内の期間　141点

ロ　15日以上30日以内の期間　116点

（新設）

10・11　（略）

（新設）

一患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点 ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点 ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　995点	
Ａ１０７　（略） Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき） １～６　（略） 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診	Ａ１０７　（略） Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき） １～６　（略） 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診

療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

４・５　（略）

６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

ハ　夜間看護配置加算１　105点

ニ　夜間看護配置加算２　55点

ホ・ヘ　（略）

７　（略）

８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ネ　（略）

療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

４・５　（略）

６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

ハ　夜間看護配置加算１　100点

ニ　夜間看護配置加算２　50点

ホ・ヘ　（略）

７　（略）

８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ネ　（略）

ナ　感染対策向上加算	ナ　感染防止対策加算
ラ　（略）	ラ　（略）
ム　報告書管理体制加算	（新設）
ウ　（略）	ム　（略）
ヰ　ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算に限る。）	（新設）
ノ～ヤ　（略）	ウ～オ　（略）
９～12　（略）	９～12　（略）
Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）	Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）
１～５　（略）	１～５　（略）
注１～５　（略）	注１～５　（略）
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき350点を所定点数に加算する。	６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。
７　（略）	７　（略）
８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場	８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場

合に算定できる。 イ～ワ　（略） カ　感染対策向上加算 ヨ　（略） タ　報告書管理体制加算 レ～ツ　（略） ９～11　（略） 12　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又はＪ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	合に算定できる。 イ～ワ　（略） カ　感染防止対策加算 ヨ　（略） （新設） タ～ソ　（略） ９～11　（略） （新設）
第２節　入院基本料等加算 区分 Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき） １～３　（略） 注　急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００－２に掲げ	第２節　入院基本料等加算 区分 Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき） １～３　（略） 注　急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

る急性期充実体制加算は別に算定できない。 Ａ２００－２　急性期充実体制加算（１日につき） １　７日以内の期間　460点 ２　８日以上11日以内の期間　250点 ３　12日以上14日以内の期間　180点 注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。 ２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ａ２０１からＡ２０３まで　（略）	Ａ２０１からＡ２０３まで　（略）
Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点 注　地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に	Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点 注　地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に

加算する。この場合において、区分番号Ａ２０４－３に掲げる紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。	加算する。
Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算（入院初日） １・２　（略） 注　医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。	Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算（入院初日） １・２　（略） 注　医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。
Ａ２０４－３　紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）　800点 注　外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２０４に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算	（新設）

定できない。

Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）

１　救急医療管理加算１　1,050点

２　救急医療管理加算２　420点

注１～３　（略）

Ａ２０５－２～Ａ２０７　（略）

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ　15対１補助体制加算　1,050点

ロ　20対１補助体制加算　835点

ハ　25対１補助体制加算　705点

ニ　30対１補助体制加算　610点

ホ　40対１補助体制加算　510点

ヘ　50対１補助体制加算　430点

ト　75対１補助体制加算　350点

チ　100対１補助体制加算　300点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ　15対１補助体制加算　975点

ロ　20対１補助体制加算　770点

ハ　25対１補助体制加算　645点

ニ　30対１補助体制加算　560点

ホ　40対１補助体制加算　475点

ヘ　50対１補助体制加算　395点

ト　75対１補助体制加算　315点

チ　100対１補助体制加算　260点

注　（略）

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１～４　（略）

注１　（略）

２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい

Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）

１　救急医療管理加算１　950点

２　救急医療管理加算２　350点

注１～３　（略）

Ａ２０５－２～Ａ２０７　（略）

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ　15対１補助体制加算　970点

ロ　20対１補助体制加算　758点

ハ　25対１補助体制加算　630点

ニ　30対１補助体制加算　545点

ホ　40対１補助体制加算　455点

ヘ　50対１補助体制加算　375点

ト　75対１補助体制加算　295点

チ　100対１補助体制加算　248点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ　15対１補助体制加算　910点

ロ　20対１補助体制加算　710点

ハ　25対１補助体制加算　590点

ニ　30対１補助体制加算　510点

ホ　40対１補助体制加算　430点

ヘ　50対１補助体制加算　355点

ト　75対１補助体制加算　280点

チ　100対１補助体制加算　238点

注　（略）

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１～４　（略）

注１　（略）

２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　125点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　120点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　105点 ３　（略） ４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　120点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　115点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　100点 ３　（略） （新設）
Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算（１日につき） １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　110点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　90点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算１　70点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　45点 注　（略）	Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算（１日につき） １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　105点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　85点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算１　65点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　40点 注　（略）
Ａ２０８～Ａ２１３　（略）	Ａ２０８～Ａ２１３　（略）
Ａ２１４　看護補助加算（１日につき） １～３　（略） 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合してい	Ａ２１４　看護補助加算（１日につき） １～３　（略） 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合してい

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。	るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ａ２１５からＡ２１７まで～Ａ２２４　（略）	Ａ２１５からＡ２１７まで～Ａ２２４　（略）
Ａ２２５　放射線治療病室管理加算（１日につき）	Ａ２２５　放射線治療病室管理加算（１日につき）　2,500点
１　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点	（新設）
２　密封小線源による治療の場合　2,200点	（新設）
注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。	注　治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行わ	（新設）

れた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２６～Ａ２３１－２　（略）

Ａ２３１－３　依存症入院医療管理加算（１日につき）

１・２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

Ａ２３１－４～Ａ２３３　（略）

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回）　200点

注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養

Ａ２２６～Ａ２３１－２　（略）

Ａ２３１－３　重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）

１・２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

Ａ２３１－４～Ａ２３３　（略）

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回）　200点

注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養

サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

２・３　（略）

Ａ２３４　（略）

Ａ２３４－２　感染対策向上加算（入院初日）

１	感染対策向上加算１	710点
２	感染対策向上加算２	175点
３	感染対策向上加算３	75点

注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回

サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

２・３　（略）

Ａ２３４　（略）

Ａ２３４－２　感染防止対策加算（入院初日）

１	感染防止対策加算１	390点
２	感染防止対策加算２	90点

（新設）

注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

）それぞれ所定点数に加算する。 ２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ３　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。	２　感染防止対策加算１を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。 ３　感染防止対策加算１を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。 （新設）
Ａ２３４－３　（略）	Ａ２３４－３　（略）
Ａ２３４－４　重症患者初期支援充実加算（１日につき）　300点 注　特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して３日を限度とし	（新設）

て所定点数に加算する。

Ａ２３４－５　報告書管理体制加算（退院時１回）　７点

注　組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第４部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

Ａ２３５～Ａ２３６－２　（略）

Ａ２３７　ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）

１　ハイリスク分娩管理加算　3,200点

２　地域連携分娩管理加算　3,200点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管

（新設）

Ａ２３５～Ａ２３６－２　（略）

Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算（１日につき）　3,200点

（新設）

（新設）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。

（新設）

理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。

３　ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、１又は２に含まれるものとする。

Ａ２３８からＡ２３８－５まで～Ａ２４２　（略）

Ａ２４２－２　術後疼痛管理チーム加算（１日につき）　100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２４３～Ａ２４５　（略）

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１　入退院支援加算１

イ　一般病棟入院基本料等の場合　700点

ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,300点

２・３　（略）

注１～３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

２　ハイリスク分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

Ａ２３８からＡ２３８－５まで～Ａ２４２　（略）

（新設）

Ａ２４３～Ａ２４５　（略）

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１　入退院支援加算１

イ　一般病棟入院基本料等の場合　600点

ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,200点

２・３　（略）

注１～３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料は別に算定できない。

イ・ロ　（略）

５～８　（略）

Ａ２４７～Ａ２４８　（略）

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算（１日につき）

１　（略）

２　精神科急性期医師配置加算２

イ　（略）

ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　450点

３　精神科急性期医師配置加算３　400点

注　（略）

Ａ２５０・Ａ２５１　（略）

Ａ２５２　地域医療体制確保加算（入院初日）　620点

注　（略）

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）

１　救命救急入院料１

イ・ロ　（略）

ハ　８日以上の期間　7,897点

２　救命救急入院料２

イ・ロ　（略）

険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶は別に算定できない。

イ・ロ　（略）

５～８　（略）

Ａ２４７～Ａ２４８　（略）

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算（１日につき）

１　（略）

２　精神科急性期医師配置加算２

イ　（略）

ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　500点

３　精神科急性期医師配置加算３　450点

注　（略）

Ａ２５０・Ａ２５１　（略）

Ａ２５２　地域医療体制確保加算（入院初日）　520点

注　（略）

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）

１　救命救急入院料１

イ・ロ　（略）

ハ　８日以上14日以内の期間　7,897点

２　救命救急入院料２

イ・ロ　（略）

ハ　８日以上の期間　9,371点 ３　救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 ⑴・⑵　（略） ⑶　８日以上の期間　7,897点 ロ　（略） ４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 ⑴・⑵　（略） ⑶　８日以上の期間　9,371点 ロ　（略） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又	ハ　８日以上14日以内の期間　9,371点 ３　救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 ⑴・⑵　（略） ⑶　８日以上14日以内の期間　7,897点 ロ　（略） ４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 ⑴・⑵　（略） ⑶　８日以上14日以内の期間　9,371点 ロ　（略） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又

はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２４８に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。	はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。
イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合　7,000点	（新設）
ロ　イ以外の場合　3,000点	（新設）
３～６　（略）	３～６　（略）
７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。	７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算２を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加

加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	（新設）
９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	（新設）
10　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続	（新設）

上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｉ００２－３に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。	
11　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	（新設）
イ　３日以内の期間　750点	
ロ　４日以上７日以内の期間　500点	
ハ　８日以上14日以内の期間　300点	
Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）	Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）
１　特定集中治療室管理料１	１　特定集中治療室管理料１
イ　（略）	イ　（略）
ロ　８日以上の期間　12,633点	ロ　８日以上14日以内の期間　12,633点
２　特定集中治療室管理料２	２　特定集中治療室管理料２
イ　特定集中治療室管理料	イ　特定集中治療室管理料
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　８日以上の期間　12,633点	⑵　８日以上14日以内の期間　12,633点
ロ　（略）	ロ　（略）
３　特定集中治療室管理料３	３　特定集中治療室管理料３
イ　（略）	イ　（略）
ロ　８日以上の期間　8,118点	ロ　８日以上14日以内の期間　8,118点
４　特定集中治療室管理料４	４　特定集中治療室管理料４
イ　特定集中治療室管理料	イ　特定集中治療室管理料

⑴　（略） ⑵　８日以上の期間　8,118点 ロ　（略） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ２　（略） ３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感	⑴　（略） ⑵　８日以上14日以内の期間　8,118点 ロ　（略） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ２　（略） ３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感

染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
４　（略）	４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。
６　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点	（新設）
Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）	Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患

１・２　（略）

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

（新設）

等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	（新設）
Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　6,013点	Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　6,013点
注１　（略） ２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援	注１　（略） ２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク

充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	（新設）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点	（新設）

）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。

剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	（新設）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	（新設）

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加

ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）	Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼（とう）痛管理チーム加	２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管

算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～リ　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。	理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～リ　（略） （新設）
Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）　5,697点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療	Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）　5,697点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療

回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。	回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。
２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。	２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
Ａ３０４　（略）	Ａ３０４　（略）
Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）	Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ　（略）

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）　2,070点

注１～４　（略）

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

１・２　（略）

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ　（略）

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）　2,070点

注１～４　（略）

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点	（新設）
Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） １～５　（略） 注１　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。 ２～４　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保	Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） １～５　（略） 注１　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。 ２～４　（略） （新設）

険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２２１－２小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ　無菌治療管理加算１　2,000点 ロ　無菌治療管理加算２　1,500点		
６　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。	（新設）	
７　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。	（新設）	
８　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につ	（新設）	

き別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外受入体制強化加算１　300点

ロ　時間外受入体制強化加算２　180点

９　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注８までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛（とう）管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

（新設）

（新設）

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

11　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養

6　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

7　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養

環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）

１～４　（略）

（削る）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５

1,678点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）

注１　（略）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加

環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）

１～４　（略）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５

1,736点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,721点）

６　回復期リハビリテーション病棟入院料６

1,678点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）

注１　（略）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加

算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 ４　（略） ５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。	算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 ４　（略） （新設）
Ａ３０８－２　（略） Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき） １～８　（略）	Ａ３０８－２　（略） Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき） １～８　（略）

注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２・３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２・３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。

イ　看護補助者配置加算　160点
ロ　看護補助体制充実加算　165点

5　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　急性期患者支援病床初期加算
⑴　許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点
②　①の患者以外の患者の場合　50点
⑵　許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

（新設）
（新設）

5　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。
（新設）

250点 ② ①の患者以外の患者の場合 125点 ロ 在宅患者支援病床初期加算 ⑴ 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点 ⑵ 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点 6 診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。	（新設） 6 診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
8　（略）	8　（略）
9　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア病棟入院料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。	9　注１に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注１に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
10　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	（新設）
11　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれ	（新設）

の所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 12　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	（新設）
Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき） １・２　（略） 注１～４　（略） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。 ６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについて	Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき） １・２　（略） 注１～４　（略） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。 （新設）

は、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）

１　緩和ケア病棟入院料１

イ　30日以内の期間　5,107点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,554点

ハ　61日以上の期間　3,350点

２　緩和ケア病棟入院料２

イ　30日以内の期間　4,870点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,401点

ハ　61日以上の期間　3,298点

注１・２　（略）

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）

１　緩和ケア病棟入院料１

イ　30日以内の期間　5,207点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,654点

ハ　61日以上の期間　3,450点

２　緩和ケア病棟入院料２

イ　30日以内の期間　4,970点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,501点

ハ　61日以上の期間　3,398点

注１・２　（略）

３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケ

加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

４　当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料（１日につき）

１	30日以内の期間	2,400点
２	31日以上60日以内の期間	2,100点
３	61日以上90日以内の期間	1,900点

（削る）

（削る）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚

ア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

（新設）

Ａ３１１　精神科救急入院料（１日につき）

（新設）

（新設）

（新設）

１　精神科救急入院料１

イ	30日以内の期間	3,579点
ロ	31日以上の期間	3,145点

２　精神科救急入院料２

イ	30日以内の期間	3,372点
ロ	31日以上の期間	2,938点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚

生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定

生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定

める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	（新設）
イ　精神科救急医療体制加算１　600点	
ロ　精神科救急医療体制加算２　590点	
ハ　精神科救急医療体制加算３　500点	
Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）	Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）
１　精神科急性期治療病棟入院料１	１　精神科急性期治療病棟入院料１
イ　30日以内の期間　2,000点	イ　30日以内の期間　1,997点
ロ　31日以上60日以内の期間　1,700点	ロ　31日以上の期間　1,665点
ハ　61日以上90日以内の期間　1,500点	（新設）
２　精神科急性期治療病棟入院料２	２　精神科急性期治療病棟入院料２
イ　30日以内の期間　1,885点	イ　30日以内の期間　1,883点
ロ　31日以上60日以内の期間　1,600点	ロ　31日以上の期間　1,554点
ハ　61日以上90日以内の期間　1,450点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安	２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管

全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１	30日以内の期間	3,600点
２	31日以上60日以内の期間	3,300点
３	61日以上90日以内の期間	3,100点

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、

理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１	30日以内の期間	3,579点
２	31日以上の期間	3,145点

（新設）

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科

排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
３・４　（略）	３・４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき	Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき

）　2,995点 注１　（略） ２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。	）　2,995点 注１　（略） ２　診療に要する費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。
Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,091点 注１　（略） ２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５	Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,091点 注１　（略） ２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時

に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

３～７　（略）

Ａ３１３　（略）

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

３～７　（略）

Ａ３１３　（略）

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区

ハビリテーションの区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７－３に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１５及びＡ３１６　（略）

Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき）

１・２　（略）

注１～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩

分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７－３に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１５及びＡ３１６　（略）

Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき）

１・２　（略）

注１～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神

和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

７　（略）

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる

科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

７　（略）

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ

腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

９　（略）

Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

1,539点

注１～３　（略）

４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2,129点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

注１　主として回復期リハビリテーションを行う病

４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

９　（略）

Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

1,539点

注１～３　（略）

４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

（新設）

棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

に含まれるものとする。	
第４節　短期滞在手術等基本料	第４節　短期滞在手術等基本料
区分	区分
Ａ４００　短期滞在手術等基本料	Ａ４００　短期滞在手術等基本料
１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）	１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） 2,947点
イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点	（新設）
ロ　イ以外の場合　2,718点	（新設）
（削る）	２　短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合） 5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,046点）
２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合）	３　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合）
イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　10,549点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,475点）	（新設）
ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの　8,744点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,670点）	（新設）
ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　11,485点 （生活療養を受ける場合にあっては、11,411点）	（新設）
ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　8,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,238点）	（新設）
ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　5,040点 （生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）	イ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　5,630点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,556点）

ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの　10,197点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）	ロ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　10,309点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,235点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　33,572点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）	（新設）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）　16,224点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）	（新設）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）　32,937点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）	（新設）
ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）　20,611点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）	（新設）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）　21,057点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）	（新設）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）　15,180点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）	（新設）
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）　13,878点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）	（新設）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　17,621点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）	ハ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　18,448点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,374点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（	ニ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（

両側）　35,663点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）	両側）　40,943点 （生活療養を受ける場合にあっては、40,869点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの　11,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）	（新設）
レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法　10,654点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）	（新設）
ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法　18,016点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）	（新設）
ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの　16,347点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）	（新設）
ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）　9,431点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）	（新設）
ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法　18,326点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）	（新設）
ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施　22,496点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,422点）	（新設）
ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）　20,426点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）	（新設）
ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　37,155点 （生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）	（新設）
キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを	ホ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを

挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 17,888点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）	挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 19,873点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,799点）
ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 32,130点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）	へ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 34,416点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,342点）
オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　15,059点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）	（新設）
ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　25,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）	（新設）
ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術　30,571点 （生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）	（新設）
マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術　18,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）	（新設）
ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）	（新設）
フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　17,302点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）	ト　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　18,588点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,514点）
コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上　25,366点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）	（新設）
エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回　28,842点 （生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）	チ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回　32,540点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓	リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓

除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合　28,884点 （生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）	除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合　32,540点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　19,798点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）	ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　21,755点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,681点）
サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　9,149点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）	ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　10,411点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,337点）
キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　9,494点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）	ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　10,225点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,151点）
ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術　23,090点 （生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）	（新設）
メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　20,130点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）	（新設）
ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術　22,252点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）	（新設）
シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　33,785点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,711点）	ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　31,835点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,761点）
ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　24,296点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）	カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　25,358点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,284点）
ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　21,275点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,201点）	ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　22,597点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,523点）
モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　23,648点	タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,975点

（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点）
セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　70,492点
（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点）
ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　53,309点
（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点）
ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　41,081点
（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点）
イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　48,934点
（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点）
イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満　12,560点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点）
イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上　16,258点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点）
イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）　10,604点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）
イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,792点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）
イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジ

（生活療養を受ける場合にあっては、24,901点）
レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　62,344点
（生活療養を受ける場合にあっては、62,270点）
ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　51,773点
（生活療養を受ける場合にあっては、51,699点）
ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　40,741点
（生活療養を受ける場合にあっては、40,667点）
ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　50,328点
（生活療養を受ける場合にあっては、50,254点）
ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満　12,739点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,665点）
ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上　15,599点
（生活療養を受ける場合にあっては、15,525点）
ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）　11,109点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,035点）
（新設）

（新設）

ローム切除術に限る。）　8,415点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）	
イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,894点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）	ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,597点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,523点）
イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　24,703点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）	（新設）
イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術　23,870点 （生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）	（新設）
イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術　14,607点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）	キ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術　16,249点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,175点）
イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの　21,709点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）	（新設）
イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの　18,652点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,578点）	（新設）
イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの　35,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,117点）	（新設）
イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの　33,460点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,386点）	（新設）
イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　109,045点 （生活療養を受ける場合にあっては、108,971点	（新設）

）

イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　58,496点

（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料１を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

２　（略）

３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料１に含まれるものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ

ノ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　59,199点

（生活療養を受ける場合にあっては、59,125点）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料１を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料２を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

２　（略）

３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料１に含まれるものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ

（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ～ヲ　（略）

（削る）

４　（略）

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

通則

１　医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。

２　医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定す

（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ～ヲ　（略）

４　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料２に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ　注３のイからヲまでに掲げるもの

５　（略）

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

（新設）

る。

３　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ　小児科外来診療料

ロ　外来リハビリテーション診療料

ハ　外来放射線照射診療料

ニ　地域包括診療料

ホ　認知症地域包括診療料

ヘ　小児かかりつけ診療料

ト　外来腫瘍化学療法診療料

チ　救急救命管理料

リ　退院後訪問指導料

４　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

５　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げ

る再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第３号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	
第１節　医学管理料等	（新設）
区分	区分
Ｂ０００　特定疾患療養管理料	Ｂ０００　特定疾患療養管理料
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～４　（略）	注１～４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。
Ｂ００１　特定疾患治療管理料	Ｂ００１　特定疾患治療管理料
１　ウイルス疾患指導料	１　ウイルス疾患指導料
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。	（新設）
２～４　（略）	２～４　（略）
５　小児科療養指導料　270点	５　小児科療養指導料　270点

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

６　てんかん指導料　250点

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

７　難病外来指導管理料　270点

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。

６　てんかん指導料　250点

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。

７　難病外来指導管理料　270点

注１～５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）

	として、月１回に限り100点を算定する。
８　皮膚科特定疾患指導管理料	８　皮膚科特定疾患指導管理料
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。	（新設）
９　外来栄養食事指導料	９　外来栄養食事指導料
イ　外来栄養食事指導料１	イ　外来栄養食事指導料１
⑴　初回	⑴　初回　260点
①　対面で行った場合　260点	（新設）
②　情報通信機器等を用いた場合　235点	（新設）
⑵　２回目以降	⑵　２回目以降
①　（略）	①　（略）
②　情報通信機器等を用いた場合　180点	②　情報通信機器を用いた場合　180点
ロ　外来栄養食事指導料２	ロ　外来栄養食事指導料２
⑴　初回	⑴　初回　250点
①　対面で行った場合　250点	（新設）
②　情報通信機器等を用いた場合　225点	（新設）
⑵　２回目以降	⑵　２回目以降　190点
①　対面で行った場合　190点	（新設）
②　情報通信機器等を用いた場合　170点	（新設）
注１　イの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った	注１　イの⑴及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合

場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月２回以上の指導を行った場合に限り、月の２回目の指導時にイの⑵の①の点数を算定する。ただし、区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。	２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月２回以上の指導を行った場合に限り、月の２回目の指導時にイの⑵の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月１回に限り260点を算定する。	（新設）
４　イの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	３　イの⑵の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
５　ロの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大	４　ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣

臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

６　ロの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ・ロ　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定で

が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

（新設）

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ・ロ　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時

きない。

11～13　（略）

14　高度難聴指導管理料

イ・ロ　（略）

注１　（略）

２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については年１回に限り算定する。

３　（略）

15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,211点

注１　（略）

２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）

ホ　（略）

ヘ　血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（Ｃ

共同指導料２は別に算定できない。

11～13　（略）

14　高度難聴指導管理料

イ・ロ　（略）

注１　（略）

２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。

３　（略）

15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,250点

注１　（略）

２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）

ホ　（略）

ヘ　血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（Ｃ

hE）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Ｆｅ）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25－ジヒドロキシビタミンＤ$_3$、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａｌ）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン

ト～ワ　（略）

３　（略）

16・17　（略）

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点

注１～４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、479点を算定する。

19～21　（略）

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

hE）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Ｆｅ）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25－ジヒドロキシビタミンＤ$_3$、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａｌ）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン

ト～ワ　（略）

３　（略）

16・17　（略）

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点

注１～４　（略）

（新設）

19～21　（略）

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。

23　がん患者指導管理料

イ　（略）

ロ　医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

ハ・ニ　（略）

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それ

注１・２　（略）

（新設）

23　がん患者指導管理料

イ　（略）

ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

ハ・ニ　（略）

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

ぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３～５　（略）

６　ハについて、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算又は区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する加算は、別に算定できない。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。

24　外来緩和ケア管理料　290点

注１～４　（略）

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３～５　（略）

６　ハについて、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算又は区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する加算は、別に算定できない。

（新設）

24　外来緩和ケア管理料　290点

注１～４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注４に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点）を算定する。	（新設）
25　移植後患者指導管理料 イ・ロ　（略） 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。	25　移植後患者指導管理料 イ・ロ　（略） 注１・２　（略） （新設）
26　（略）	26　（略）
27　糖尿病透析予防指導管理料　350点 注１～５　（略） ６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注４に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。	27　糖尿病透析予防指導管理料　350点 注１～５　（略） ６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。

28　小児運動器疾患指導管理料　250点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。	28　小児運動器疾患指導管理料　250点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。
29・30　（略）	29・30　（略）
31　腎代替療法指導管理料　500点 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。	31　腎代替療法指導管理料　500点 注１・２　（略） （新設）
32　一般不妊治療管理料　250点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ	（新設）

００１の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

33　生殖補助医療管理料　（新設）

イ　生殖補助医療管理料１　300点

ロ　生殖補助医療管理料２　250点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

34　二次性骨折予防継続管理料　（新設）

イ　二次性骨折予防継続管理料１　1,000点

ロ　二次性骨折予防継続管理料２　750点

ハ　二次性骨折予防継続管理料３　500点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨

折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

３　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。

35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料　（新規）

イ　１月目　280点

ロ　２月目以降　25点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

36　下肢創傷処置管理料　500点　（新設）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号Ｊ０００－２に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。	
Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき） １・２　（略） 注１　小児科を標榜（ほう）する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 ２　（略） ３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診	Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき） １・２　（略） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 ２　（略） ３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料

療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。	（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。
４　（略）	４　（略）
Ｂ００１－２－２　（略）	Ｂ００１－２－２　（略）
Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料　130点	Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料　130点
注１　（略）	注　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。	（新設）
Ｂ００１－２－４～Ｂ００１－２－６　（略）	Ｂ００１－２－４～Ｂ００１－２－６　（略）
Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料	Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲	２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲

げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て

げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該

、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。	基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。
２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。	２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑵並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。
３　（略）	３　（略）
（削る）	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

（削る）

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

１　小児かかりつけ診療料１

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　641点

⑵　再診時　448点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　758点

⑵　再診時　566点

２　小児かかりつけ診療料２

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　630点

⑵　再診時　437点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　747点

⑵　再診時　555点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それ

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

１　処方箋を交付する場合

イ　初診時　631点

（新設）

（新設）

ロ　再診時　438点

（新設）

（新設）

２　処方箋を交付しない場合

イ　初診時　748点

（新設）

（新設）

ロ　再診時　556点

（新設）

（新設）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

ぞれ算定する。	
２　（略）	２　（略）
３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算並びに通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算並びに区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
４　（略）	４　（略）
Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料	（新設）
１　外来腫瘍化学療法診療料１	
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点	
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点	
２　外来腫瘍化学療法診療料２	
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点	
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点	

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注６から注８までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注４から注６までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注７から注９までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ００１の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。

３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。

４　退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

５　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	
７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	
Ｂ００１－３　生活習慣病管理料	Ｂ００１－３　生活習慣病管理料
１　脂質異常症を主病とする場合　570点	１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
	イ　脂質異常症を主病とする場合　650点
	ロ　高血圧症を主病とする場合　700点
	ハ　糖尿病を主病とする場合　800点
（削る）	
（削る）	
（削る）	
２　高血圧症を主病とする場合　620点	２　１以外の場合
	イ　脂質異常症を主病とする場合　1,175点
	ロ　高血圧症を主病とする場合　1,035点
	ハ　糖尿病を主病とする場合　1,280点
（削る）	
（削る）	
（削る）	
３　糖尿病を主病とする場合　720点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理	２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
３　（略）	３　（略）
（削る）	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料	Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　１のロの(2)を算定する場合は、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診	３　１のロの(2)を算定する場合は、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診

療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料　1,192点

注１～４　（略）

５　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ

料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料　1,192点

注１～４　（略）

５　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ　（略）

へ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト～ヌ　（略）

６・７　（略）

Ｂ００１－５　手術後医学管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ　（略）

へ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト～ヌ　（略）

６・７　（略）

Ｂ００１－５　手術後医学管理料（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ　（略）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ　（略）

４～６　（略）

Ｂ００１－６～Ｂ００１－８　（略）

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

１・２　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ　（略）

４～６　（略）

Ｂ００１－６～Ｂ００１－８　（略）

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

１・２　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法12条の２に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に

の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。 ２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。 ４　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。	必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。 ２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。 ４　（略） （新設）
Ｂ００２　開放型病院共同指導料⑴　350点 注１　（略） ２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。	Ｂ００２　開放型病院共同指導料⑴　350点 注１　（略） ２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。
Ｂ００３　（略）	Ｂ００３　（略）
Ｂ００４　退院時共同指導料１ １・２　（略） 注１・２　（略） ３　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に	Ｂ００４　退院時共同指導料１ １・２　（略） 注１・２　（略） ３　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に

掲げる外来診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料⑴、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。	掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料⑴、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。
Ｂ００５～Ｂ００５－５　（略）	Ｂ００５～Ｂ００５－５　（略）
Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料	Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１～４　（略）	注１～４　（略）
５　がん治療連携計画策定料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料２を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。	（新設）
Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料　300点	Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料　300点
注１　（略）	注１　（略）
２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｂ００５－６－３　（略）	Ｂ００５－６－３　（略）
Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料　500点	Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料　500点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指	（新設）

導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

１　（略）

２　認知症専門診断管理料２

イ　基幹型又は地域型の場合　300点

ロ　連携型の場合　280点

注１　（略）

２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。

３　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　（略）

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

１～３　（略）

注１～３　（略）

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

１　（略）

２　認知症専門診断管理料２　300点

（新設）

（新設）

注１　（略）

２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。

３　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　（略）

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

１～３　（略）

注１～３　（略）

4　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	4　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶の費用は、所定点数に含まれるものとする。
5　（略）	5　（略）
Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料　450点	Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料　450点
注１　（略）	注１　（略）
2　注１の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	2　注１の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料⑶の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料　700点	Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料　700点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。	（新設）
Ｂ００５－９　（略）	Ｂ００５－９　（略）
Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１　1,000点	Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１　1,000点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後２	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は

月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　（略）

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　（略）

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

１　診断を目的とする場合　750点

２　その他の場合　500点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定

看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　（略）

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　（略）

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料　500点

（新設）

（新設）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定

までの間に３月に１回に限り算定する。	する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。	（新設）
Ｂ００５－12　こころの連携指導料⑴　350点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜（ぼう）する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。	
Ｂ００５－13　こころの連携指導料⑵　500点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号Ｂ００５－12に掲げるこころの連携	

指導料(1)を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。	
Ｂ００６～Ｂ００８　（略）	Ｂ００６～Ｂ００８　（略）
Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。	Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点 注１・２　（略） （新設）
Ｂ００９　診療情報提供料(1)　250点 注１～６　（略） ７　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に	Ｂ００９　診療情報提供料(1)　250点 注１～６　（略） ７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

、患者１人につき月１回に限り算定する。

８～18　（略）

Ｂ００９－２～Ｂ０１０－２　（略）

Ｂ０１１　連携強化診療情報提供料　150点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

２　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りで

８～18　（略）

Ｂ００９－２～Ｂ０１０－２　（略）

Ｂ０１１　診療情報提供料Ⅲ　150点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

（新設）

はない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

３　注１又は注２に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関におい

２　注１に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

（新設）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜（ぼう）する保険医療機関から紹介された注１に

て、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月１回）に限り算定する。

６　（略）

Ｂ０１１－２～Ｂ０１１－４　（略）

Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当

規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注１の規定にかかわらず、月１回に限り算定する。

４　（略）

Ｂ０１１－２～Ｂ０１１－４　（略）

（新設）

該患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ０１２～Ｂ０１４　（略）

Ｂ０１５　精神科退院時共同指導料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　１について、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料⑴、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。

４　（略）

Ｂ０１６からＢ０１８まで　（略）

第２節　プログラム医療機器等医学管理加算

区分

Ｂ１００　禁煙治療補助システム指導管理加算　140点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に１回に限り加算する。

２　禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

Ｂ０１２～Ｂ０１４　（略）

Ｂ０１５　精神科退院時共同指導料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　１について、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料⑴、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。

４　（略）

Ｂ０１６からＢ０１８まで　（略）

（新設）

第３節　特定保険医療材料料	（新設）
区分 Ｂ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
第２部　在宅医療	第２部　在宅医療
通則	通則
１～４　（略）	１～４　（略）
５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 イ　在宅患者訪問診療料⑴ ロ　在宅患者訪問診療料⑵ ハ　在宅患者訪問看護・指導料 ニ　同一建物居住者訪問看護・指導料 ホ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ヘ　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ト　在宅患者訪問薬剤管理指導料 チ　在宅患者訪問栄養食事指導料 リ　在宅患者緊急時等カンファレンス料	（新設）
６　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げ	（新設）

る再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

７　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

第１節　在宅患者診療・指導料

区分

Ｃ０００　（略）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)（１日につき）

１・２　（略）

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

（新設）

第１節　在宅患者診療・指導料

区分

Ｃ０００　（略）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)（１日につき）

１・２　（略）

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

２　２については、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者１人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲

区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料又は区分番号Ｃ００２の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

２　２については、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者１人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲

げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

３～11　（略）

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（１日につき）　150点

注１　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ　（略）

２～６　（略）

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

(1)・(2)（略）

(3)　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点

③　①及び②以外の場合　880点

(4)　月１回訪問診療を行っている場合

げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

３～11　（略）

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（１日につき）　150点

注１　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ　（略）

２～６　（略）

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

(1)・(2)（略）

（新設）

(3)　月１回訪問診療を行っている場合

①～③　（略）	①～③　（略）
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	（新設）
①　単一建物診療患者が１人の場合　1,515点	
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　843点	
③　①及び②以外の場合　440点	
ロ　病床を有しない場合	ロ　病床を有しない場合
⑴・⑵（略）	⑴・⑵（略）
⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）	（新設）
①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789点	
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,565点	
③　①及び②以外の場合　820点	
⑷　月１回訪問診療を行っている場合	⑶　月１回訪問診療を行っている場合
①～③　（略）	①～③　（略）
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	（新設）
①　単一建物診療患者が１人の場合　1,395点	
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　783点	
③　①及び②以外の場合　410点	
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１

に規定するものを除く。）の場合	に規定するものを除く。）の場合
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,569点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,465点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　780点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴～⑶　（略）	ハ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴～⑶　（略）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,285点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　733点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　390点	（新設）
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,029点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,180点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　660点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴～⑶　（略）	ハ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴～⑶　（略）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療	（新設）

を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,015点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　590点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点

注１～８　（略）

９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　在宅療養移行加算１　216点

ロ　在宅療養移行加算２　116点

10　１のイの⑵から⑸まで、１のロの⑵から⑸まで、２のロからホまで及び３のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11　（略）

12　１のイの⑶及び⑸、１のロの⑶及び⑸、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

注１～８　（略）

９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

10　１のイの⑵及び⑶、１のロの⑵及び⑶、２のロ及びハ並びに３のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11　（略）

12　１から３までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

（新設）

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	
Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回） １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 ⑴・⑵（略） ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,249点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点 ③　①及び②以外の場合　880点 ⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①～③　（略） ⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,125点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　633点 ③　①及び②以外の場合　440点 ロ　病床を有しない場合	Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回） １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 ⑴・⑵（略） （新設） ⑶　月１回訪問診療を行っている場合 ①～③　（略） （新設） ロ　病床を有しない場合

⑴・⑵（略）	⑴・⑵（略）
⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,069点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,175点 ③　①及び②以外の場合　820点	（新設）
⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①～③　（略）	⑶　月１回訪問診療を行っている場合 ①～③　（略）
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,035点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　588点 ③　①及び②以外の場合　410点	（新設）
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,909点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,105点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　780点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合	ハ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴～⑶　（略）	⑴～⑶　（略）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	（新設）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　955点	
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　553点	
⑶　⑴及び⑵以外の場合　390点	
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	（新設）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,549点	
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　910点	
⑶　⑴及び⑵以外の場合　660点	
ニ　月１回訪問診療を行っている場合	ハ　月１回訪問診療を行っている場合
⑴～⑶　（略）	⑴～⑶　（略）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	（新設）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　775点	
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　455点	
⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点	
注１～５　（略）	注１～５　（略）
６　１のイの⑶及び⑸、１のロの⑶及び⑸、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療	（新設）

機関において行われる場合に限り算定する。 ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき） １・２　（略） 注１～５　（略） ６　15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月１回に限り、50点を所定点数に加算する。	Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき） １・２　（略） 注１～５　（略） （新設） （新設）
Ｃ００４　救急搬送診療料　1,300点 注１～３　（略） ４　注１に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。	Ｃ００４　救急搬送診療料　1,300点 注１～３　（略） （新設）

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１～６　（略）

７　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　300点

ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴～⑶　（略）

８～12　（略）

13　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰（かくたん）吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１～６　（略）

７　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　300点

ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴～⑶　（略）

８～12　（略）

13　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰（かくたん）吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15　（略）

16　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問

条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第20条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15　（略）

（新設）

褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。）　250点

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。）　250点

17・18　（略）

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ　１日に２回の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　450点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　400点

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　800点

16・17　（略）

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ　１日に２回の場合

⑴　同一建物内１人　450点

⑵　同一建物内２人　450点

⑶　同一建物内３人以上　400点

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人　800点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　720点

４　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

⑴　同一建物内１人又は２人　450点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　400点

ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

⑴　同一建物内１人又は２人　380点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　340点

ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

⑴　同一建物内１人又は２人　300点

⑵　同一建物内２人　800点

⑶　同一建物内３人以上　720点

４　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

⑴　同一建物内１人　450点

⑵　同一建物内２人　450点

⑶　同一建物内３人以上　400点

ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

⑴　同一建物内１人　380点

⑵　同一建物内２人　380点

⑶　同一建物内３人以上　340点

ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

⑴　同一建物内１人　300点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　270点

ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　300点

（削る）

②　同一建物内３人以上　270点

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人又は２人　600点

（削る）

②　同一建物内３人以上　540点

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人又は２人　1,000点

（削る）

②　同一建物内３人以上　900点

５　（略）

６　区分番号Ｃ００５の注４から注６まで、注８から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ

⑵　同一建物内２人　300点

⑶　同一建物内３人以上　270点

ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人　300点

②　同一建物内２人　300点

③　同一建物内３人以上　270点

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人　600点

②　同一建物内２人　600点

③　同一建物内３人以上　540点

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人　1,000点

②　同一建物内２人　1,000点

③　同一建物内３人以上　900点

５　（略）

６　区分番号Ｃ００５の注４から注６まで、注８から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）　100点

注　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第１項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の２第１項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第１項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り算定する。

Ｃ００６　（略）

Ｃ００７　訪問看護指示料　300点

注１・２　（略）

３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）　100点

注　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第１項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の２第１項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第１項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り算定する。

Ｃ００６　（略）

Ｃ００７　訪問看護指示料　300点

注１・２　（略）

（新設）

に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。

４・５　（略）

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料　240点

注　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第３項に規定する訪問入浴介護、同条第７項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。

Ｃ００８～Ｃ０１３　（略）

Ｃ０１４　外来在宅共同指導料

１　外来在宅共同指導料１　400点

２　外来在宅共同指導料２　600点

注１　１については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が

３・４　（略）

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料　240点

注　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第３項に規定する訪問入浴介護、同条第７項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第８条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。

Ｃ００８～Ｃ０１３　（略）

（新設）

、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者１人につき１回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

２　２については、注１に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵は別に算定できない。

第２節　在宅療養指導管理料

通則

（略）

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１・２　（略）

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理

第２節　在宅療養指導管理料

通則

（略）

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１・２　（略）

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理

とＣ１０７に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理とＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　（略）

区分

Ｃ１００　（略）

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第６部の通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

２～４　（略）

とＣ１０７に規定する指導管理又はＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　（略）

区分

Ｃ１００　（略）

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

１・２　（略）

注１　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第２章第６部の通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

２～４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り100点を算定する。
Ｃ１０１－２・Ｃ１０１－３　（略）	Ｃ１０１－２・Ｃ１０１－３　（略）
Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点	Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　注１に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月１回に限り115点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料　10,000点	Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料　8,000点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
Ｃ１０３～Ｃ１０７－２　（略）	Ｃ１０３～Ｃ１０７－２　（略）
Ｃ１０７－３　在宅ハイフローセラピー指導管理料　2,400点	（新設）
注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。	
Ｃ１０８～Ｃ１１０－４　（略）	Ｃ１０８～Ｃ１１０－４　（略）
Ｃ１１０－５　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料　810点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	

Ｃ１１１・Ｃ１１２　（略）

Ｃ１１２－２　在宅喉頭摘出患者指導管理料　900点

注　喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１３～Ｃ１２０　（略）

Ｃ１２１　在宅抗菌薬吸入療法指導管理料　800点

注１　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

通則

（略）

区分

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

４　ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病

Ｃ１１１・Ｃ１１２　（略）

（新設）

Ｃ１１３～Ｃ１２０　（略）

（新設）

第２款　在宅療養指導管理材料加算

通則

（略）

区分

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　７については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を１日２回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

（新設）

の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、３月に３回に限り、40点を更に第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ１５１～Ｃ１５９　（略）	Ｃ１５１～Ｃ１５９　（略）
Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算　291点	Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算　300点
注　（略）	注　（略）
Ｃ１６０～Ｃ１６８　（略）	Ｃ１６０～Ｃ１６８　（略）
Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザ加算　3,200点	Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザー加算　3,200点
注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１６９　（略）	Ｃ１６９　（略）
Ｃ１７０　排痰（たん）補助装置加算　1,829点	Ｃ１７０　排痰（たん）補助装置加算　1,800点
注　（略）	注　（略）
Ｃ１７１・Ｃ１７１－２　（略）	Ｃ１７１・Ｃ１７１－２　（略）
Ｃ１７１－３　在宅ハイフローセラピー材料加算　100点	（新設）
注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ１７２・Ｃ１７３　（略）	Ｃ１７２・Ｃ１７３　（略）
Ｃ１７４　在宅ハイフローセラピー装置加算　1,600点	（新設）
注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ１７５　在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	（新設）
１　１月目　7,480点	
２　２月目以降　1,800点	
注　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者	

以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

第３節・第４節　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検体検査料

通則

（略）

第１款　検体検査実施料

通則

（略）

区分

（尿・糞（ふん）便等検査）

Ｄ０００　（略）

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

１　（略）

２　ＶＭＡ定性（尿）、尿グルコース　９点

３～７　（略）

８　アルブミン定量（尿）　99点

９　トランスフェリン（尿）　101点

10　ウロポルフィリン（尿）、トリプシノーゲン２（尿）　105点

11～13　（略）

14　コプロポルフィリン（尿）　131点

15　Ⅳ型コラーゲン（尿）　184点

16　（略）

（削る）

17～21　（略）

注　（略）

第３節・第４節　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検体検査料

通則

（略）

第１款　検体検査実施料

通則

（略）

区分

（尿・糞（ふん）便等検査）

Ｄ０００　（略）

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

１　（略）

２　ＶＭＡ定性（尿）、Ｂｅｎｃｅ　Ｊｏｎｅｓ蛋（たん）白定性（尿）、尿グルコース　９点

３～７　（略）

８　アルブミン定量（尿）　102点

９　トランスフェリン（尿）　104点

10　ウロポルフィリン（尿）　105点

11～13　（略）

14　コプロポルフィリン（尿）　135点

（新設）

15　（略）

16　Ⅳ型コラーゲン（尿）　189点

17～21　（略）

注　（略）

Ｄ００２・Ｄ００２－２　（略）
Ｄ００３　糞(ふん)便検査
　１～８　（略）
　９　カルプロテクチン（糞(ふん)便）　270点
Ｄ００４　穿(せん)刺液・採取液検査
　１　（略）
　２　関節液検査　50点
　３～７　（略）
　８　顆(か)粒球エラスターゼ（子宮頸(けい)管粘液）　119点
　９　（略）
　10　ＩｇＧインデックス　402点
　11　（略）
　12　ミエリン塩基性蛋(たん)白（ＭＢＰ）（髄液）　570点
　13～17　（略）
　注　（略）
Ｄ００４－２　（略）
（血液学的検査）
Ｄ００５　血液形態・機能検査
　１～６　（略）
　７　血中微生物検査、ＤＮＡ含有赤血球計数検査　40点
　８～13　（略）
　14　骨髄像　788点
　注　（略）
　15　（略）
Ｄ００６　出血・凝固検査
　１～13　（略）
　14　Ｄダイマー定性　122点
　15　（略）
　16　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）

Ｄ００２・Ｄ００２－２　（略）
Ｄ００３　糞(ふん)便検査
　１～８　（略）
　９　カルプロテクチン（糞(ふん)便）　276点
Ｄ００４　穿(せん)刺液・採取液検査
　１　（略）
　（新設）
　２～６　（略）
　７　顆(か)粒球エラスターゼ（子宮頸(けい)管粘液）　122点
　８　（略）
　９　ＩｇＧインデックス　414点
　10　（略）
　11　ミエリン塩基性蛋(たん)白（ＭＢＰ）（髄液）　577点
　12～16　（略）
　注　（略）
Ｄ００４－２　（略）
（血液学的検査）
Ｄ００５　血液形態・機能検査
　１～６　（略）
　７　血中微生物検査　40点
　８～13　（略）
　14　骨髄像　812点
　注　（略）
　15　（略）
Ｄ００６　出血・凝固検査
　１～13　（略）
　14　Ｄダイマー定性　125点
　15　（略）
　16　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）

活性　129点
17　Ｄダイマー　130点
18・19　（略）
20　凝固因子インヒビター　144点
21　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）抗原　147点
22　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）　154点
23　プロテインＳ抗原　158点
24　プロテインＳ活性　163点
25　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）、トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　176点
26　（略）
（削る）
27　プロトロンビンフラグメントＦ１＋２　192点
28　（略）
29　フィブリンモノマー複合体　221点
30　（略）
（削る）
31　プロテインＣ抗原　232点
32　プロテインＣ活性　234点
33　（略）
（削る）
34・35　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）

活性　132点
17　Ｄダイマー　133点
18・19　（略）
20　凝固因子インヒビター　148点
21　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）抗原　151点
22　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）　158点
23　プロテインＳ抗原　162点
24　プロテインＳ活性　168点
25　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）　177点
26　（略）
27　トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　181点
28　プロトロンビンフラグメントＦ１＋２　193点
29　（略）
（新設）
30　（略）
31　フィブリンモノマー複合体　227点
32　プロテインＣ抗原　239点
（新設）
33　（略）
34　プロテインＣ活性　241点
35・36　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から34までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）

Ｄ００６－２　（略）	Ｄ００６－２　（略）
Ｄ００６－３　ＢＣＲ－ＡＢＬ１	Ｄ００６－３　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））
１　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））	１　診断の補助に用いるもの　2,520点
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点	（新設）
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点	（新設）
２　ｍｉｎｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ　ｍＲＮＡ	２　モニタリングに用いるもの　2,520点
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点	（新設）
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点	（新設）
Ｄ００６－４　（略）	Ｄ００６－４　（略）
Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）	Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）　2,631点
１　ＦＩＳＨ法を用いた場合　2,553点	（新設）
２　その他の場合　2,553点	（新設）
注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	注　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。
２　２については、流産検体を用いた絨（じゅう）毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。	（新設）
Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成　2,373点	Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成　2,429点
Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型　2,004点	Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型　2,037点
Ｄ００６－８～Ｄ００６－10　（略）	Ｄ００６－８～Ｄ００６－10　（略）
Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査　3,105点	Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査　3,201点
Ｄ００６－12～Ｄ００６－14　（略）	Ｄ００６－12～Ｄ００６－14　（略）
Ｄ００６－15　膀胱（ぼうこう）がん関連遺伝子検査　1,597点	Ｄ００６－15　膀胱がん関連遺伝子検査　1,597点
Ｄ００６－16～Ｄ００６－18　（略）	Ｄ００６－16～Ｄ００６－18　（略）
Ｄ００６－19　がんゲノムプロファイリング検査　44,000点	Ｄ００６－19　がんゲノムプロファイリング検査

（削る）	１　検体提出時　8,000点
（削る）	２　結果説明時　48,000点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。
２　抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。	（新設）
Ｄ００６－20・Ｄ００６－21　（略）	Ｄ００６－20・Ｄ００６－21　（略）
Ｄ００６－22　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）　7,500点	（新設）
Ｄ００６－23　遺伝子相同組換え修復欠損検査　32,200点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
Ｄ００６－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査　10,000点	（新設）
Ｄ００６－25　ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型　2,037点	（新設）
Ｄ００６－26　染色体構造変異解析　8,000点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
Ｄ００６－27　悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）	（新設）
１　ＲＯＳ１融合遺伝子検査　2,500点	
２　ＡＬＫ融合遺伝子検査　2,500点	
３　ＭＥＴｅｘ14遺伝子検査　5,000点	
４　ＮＴＲＫ融合遺伝子検査　5,000点	
注１　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の１若しくは２に掲げる検査又は区分番号Ｄ００６－12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目又は３項目以上行った場	

合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。 ２　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の３及び４に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。	
Ｄ００６－28　Ｙ染色体微小欠失検査　3,770点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	（新設）
（生化学的検査(1)）	（生化学的検査(1)）
Ｄ００７　血液化学検査 １　総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）　11点	Ｄ００７　血液化学検査 １　総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）　11点
２～21　（略）	２～21　（略）
22　ＣＫ－ＭＢ（蛋白量測定）　90点	22　ＣＫ－ＭＢ（免疫阻害法・蛋白量測定）　90点
23・24　（略）	23・24　（略）
25　フェリチン半定量、フェリチン定量　105点	（新設）
26　（略）	25　（略）

27　ヘパリン、エタノール　108点

28　ＫＬ－６　111点

（削る）

29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）　112点

30　シスタチンＣ　115点

31　（略）

32　ペントシジン　118点

33～35　（略）

36　血液ガス分析、Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定量、アルブミン非結合型ビリルビン　135点

注　血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。

37　肺サーファクタント蛋白－Ｄ（ＳＰ－Ｄ）、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、亜鉛（Ｚｎ）　136点

（削る）

38　アンギオテンシンＩ転換酵素（ＡＣＥ）、ビタミンB_{12}　140点

39　セレン　144点

26　ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量　108点

27　エタノール　111点

28　ＫＬ－６　114点

29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）　115点

（新設）

30　（略）

31　ペントシジン、シスタチンＣ　118点

32～34　（略）

（新設）

35　肺サーファクタント蛋白－Ｄ（ＳＰ－Ｄ）　136点

36　血液ガス分析、Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定量、アルブミン非結合型ビリルビン　139点

注　血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。

37　プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、亜鉛（Ｚｎ）　140点

38　セレン、アンギオテンシンＩ転換酵素（ＡＣＥ）、ビタミンB_{12}　144点

40　（略）
41　ピルビン酸キナーゼ（ＰＫ）、葉酸　150点
（削る）
42　腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性　175点
43　ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）　179点
44　ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）　180点
45　心室筋ミオシン軽鎖Ｉ　184点
46～50　（略）
51　リポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）　219点
52　（略）
53　ビタミンＢ$_1$　239点
54　ビタミンＢ$_2$　242点
55・56　（略）
57　ロイシンリッチα$_2$グリコプロテイン　276点
58　プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量　284点
59　（略）
60　ビタミンＣ　305点
61　（略）
（削る）
62　（略）
63　血管内皮増殖因子（ＶＥＧＦ）　460点
64　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場

39　（略）
40　ピルビン酸キナーゼ（ＰＫ）　150点
41　葉酸　154点
（新設）
（新設）
42　ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）、腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性　180点
43　ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖Ｉ、レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）　184点
44～48　（略）
49　リポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）　223点
50　（略）
51　ビタミンＢ$_1$　246点
52　ビタミンＢ$_2$　249点
53・54　（略）
（新設）
55　プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量　292点
56　（略）
（新設）
57　（略）
58　ビタミンＣ　314点
59　（略）
（新設）
60　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　10項目以上　106点

注　（略）

（生化学的検査(Ⅱ)）

Ｄ００８　内分泌学的検査

１～６　（略）

7　トリヨードサイロニン（T_3）　99点

8　（略）

（削る）

9　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、ガストリン　101点

10　インスリン（ＩＲＩ）　103点

11　レニン定量　105点

12　サイロキシン（T_4）　108点

13　成長ホルモン（ＧＨ）、卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　108点

14　テストステロン　122点

15　遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、コルチゾール　124点

16　アルドステロン　125点

（削る）

17　（略）

18　サイログロブリン　131点

19　ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）　132点

20　脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、カルシトニン　133点

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　10項目以上　109点

注　（略）

（生化学的検査(Ⅱ)）

Ｄ００８　内分泌学的検査

１～６　（略）

（新設）

7　（略）

8　トリヨードサイロニン（T_3）　102点

9　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、ガストリン　104点

10　インスリン（ＩＲＩ）　106点

11　レニン定量　108点

12　サイロキシン（T_4）　111点

13　成長ホルモン（ＧＨ）、卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　111点

（新設）

（新設）

14　アルドステロン、テストステロン　125点

15　遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、コルチゾール　127点

16　（略）

（新設）

（新設）

17　サイログロブリン　133点

21　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　134点

22　脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、ヒト胎盤性ラクトーゲン（ＨＰＬ）　136点

23　サイロキシン結合能（ＴＢＣ）　137点

（削る）

（削る）

24　プロゲステロン　147点

25　（略）

（削る）

26　低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　154点

27　（略）

28　オステオカルシン（ＯＣ）　157点

（削る）

29　遊離テストステロン　159点

30　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　161点

31　インタクトＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（Ｉｎｔａｃｔ　ＰＩＮＰ）　163点

32　Ｉ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）　164点

18　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）　134点

19　脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）　136点

20　カルシトニン　137点

21　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　138点

22　サイロキシン結合能（ＴＢＣ）、ヒト胎盤性ラクトーゲン（ＨＰＬ）　140点

（新設）

23　（略）

24　プロゲステロン　151点

（新設）

25　（略）

（新設）

26　低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　158点

（新設）

27　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）、オステオカルシン（ＯＣ）　161点

28　遊離テストステロン、インタクトＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（Ｉｎｔａｃｔ　ＰＩＮＰ）　163点

（新設）

33　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　165点
34　Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチドーβ異性体（β－ＣＴＸ）（尿）、デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　169点
35　セクレチン、Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチドーβ異性体（β－ＣＴＸ）、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　170点
（削る）

（削る）
36　エストラジオール（E_2）　172点
37　（略）
38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）、副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　189点
39　（略）
（削る）

40・41　（略）
42　ソマトメジンＣ　212点
43・44　（略）
（削る）
45　17－ケトジェニックステロイド分画（17－ＫＧＳ分画）、メタネフリン・ノルメタネフリン分画　220点
46　心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）　221点
（削る）
47　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　230点

29　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　165点

30　Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチドーβ異性体（β－ＣＴＸ）（尿）、Ｉ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）　169点
31　セクレチン、Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチドーβ異性体（β－ＣＴＸ）、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　170点
32　デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　174点
33　サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　175点
34　エストラジオール（E_2）　177点
35　（略）
（新設）

36　（略）
37　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）、副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　194点
38・39　（略）
（新設）
40・41　（略）
42　ソマトメジンＣ　218点
43　17－ケトジェニックステロイド分画（17－ＫＧＳ分画）　220点

44　メタネフリン・ノルメタネフリン分画　221点
45　心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）　227点
（新設）

48　プレグナントリオール　232点
（削る）
49～51　（略）
52　抗ミュラー管ホルモン（AMH）　600点
53　レプチン　1,000点
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から51までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ　（略）

Ｄ００９　腫瘍マーカー
１　（略）
２　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）　99点
３　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　101点
４　扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　104点
５　（略）
６　ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　115点
７　ＤＵＰＡＮ－２　118点
８　エラスターゼ１　123点
９　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　124点
10　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　135点
11　ＣＡ125　140点
12　神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）　142点
13　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　143点
14　ＳＰan－１、シアリルＬｅˣ－ｉ抗原（ＳＬＸ）　144点

46　プレグナントリオール　234点
47　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　235点
48～50　（略）
（新設）
（新設）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ　（略）

Ｄ００９　腫瘍マーカー
１　（略）
２　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）　102点
３　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　104点
４　扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　107点
５　（略）
（新設）
６　ＤＵＰＡＮ－２、ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　118点
７　エラスターゼ１　126点
８　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　127点
９　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　139点
（新設）
（新設）
（新設）
10　ＣＡ125　144点

15　ＣＡ72－４、シアリルＴn抗原（ＳＴＮ）　146点

（削る）

（削る）

16　塩基性フェトプロテイン（ＢＦＰ）、遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）　150点

（削る）

17　ＢＣＡ225、サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　158点

18　サイトケラチン８・18（尿）、シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）　160点

（削る）

19　（略）

（削る）

20～22　（略）

23　ＣＡ602、α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）、組織因子経路インヒビター２（ＴＦＰＩ２）　190点

24～26　（略）

27　プロステートヘルスインデックス（phi）　281点

28～30　（略）

注１　（略）

２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から30までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

11　ＣＡ72－４、ＳＰan－１、シアリルＴn抗原（ＳＴＮ）、神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）　146点

12　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　147点

13　シアリルＬｅ^{x}－ｉ抗原（ＳＬＸ）　148点

14　塩基性フェトプロテイン（ＢＦＰ）　150点

15　遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）　154点

（新設）

16　サイトケラチン８・18（尿）　160点

17　ＢＣＡ225、サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　162点

18　（略）

19　シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）　164点

20～22　（略）

23　ＣＡ602、α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）　190点

24～26　（略）

（新設）

27～29　（略）

注１　（略）

２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から29までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ　（略）	
ハ　４項目以上	396点
Ｄ０１０　特殊分析	
１　（略）	
２　結石分析	117点
３　（略）	
４　アミノ酸	
イ　１種類につき	279点
ロ　５種類以上	1,141点
５　総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）	283点
６　（略）	
７　脂肪酸分画	405点
８　（略）	
（免疫学的検査）	
Ｄ０１１　免疫血液学的検査	
１・２　（略）	
３　Ｒｈ（その他の因子）血液型	148点
４　（略）	
５　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性	181点
６　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）	193点
７　（略）	
８　抗血小板抗体	261点
９・10　（略）	
Ｄ０１２　感染症免疫学的検査	
１～15　（略）	
16　ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性	112点
17　（略）	
18　Ａ群β溶連菌迅速試験定性	124点

イ・ロ　（略）	
ハ　４項目以上	408点
Ｄ０１０　特殊分析	
１　（略）	
２　結石分析	120点
３　（略）	
４　アミノ酸	
イ　１種類につき	287点
ロ　５種類以上	1,176点
５　総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）	288点
６　（略）	
７　脂肪酸分画	417点
８　（略）	
（免疫学的検査）	
Ｄ０１１　免疫血液学的検査	
１・２　（略）	
３　Ｒｈ（その他の因子）血液型	152点
４　（略）	
５　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性	186点
６　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）	198点
７　（略）	
８　抗血小板抗体	262点
９・10　（略）	
Ｄ０１２　感染症免疫学的検査	
１～15　（略）	
16　ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性	115点
17　（略）	
（新設）	

19　ＨＩＶ－１，２抗体定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量　127点

20　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　132点

21　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）半定量　134点

22　インフルエンザウイルス抗原定性　136点

23　ＲＳウイルス抗原定性　138点

（削る）

24　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性　142点

25　肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）　146点

26　（略）

27　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体　152点

28　クラミジア・トラコマチス抗原定性　156点

29　アスペルギルス抗原　157点

30　Ｄ－アラビニトール　160点

（削る）

31　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体　163点

32　（略）

18　ＨＩＶ－１，２抗体定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量、Ａ群β溶連菌迅速試験定性　127点

（新設）

19　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量　134点

20　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　136点

21　ＲＳウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）半定量　138点

22　インフルエンザウイルス抗原定性　139点

23　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性　142点

24　肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヒトメタニューモウイルス抗原定性　146点

25　（略）

（新設）

26　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体　156点

（新設）

27　Ｄ－アラビニトール、クラミジア・トラコマチス抗原定性　160点

28　アスペルギルス抗原　161点

（新設）

29　（略）

（削る）

33　クリプトコックス抗原半定量　169点
34　（略）
35　クリプトコックス抗原定性　174点

36・37　（略）
38　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　184点
39　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　193点
40　（略）
41　（１→３）－β－Ｄ－グルカン　201点
42　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり）　206点
注　同一検体についてグロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、２項目を限度として算定する。
43　ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量　207点
44　（略）
45　レジオネラ抗原定性（尿）　211点
（削る）

46　百日咳菌抗原定性　217点
47　赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性　223点
48　水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）　227点
49　デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原

30　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体　168点
（新設）
31　（略）
32　クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性　174点
33・34　（略）
35　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　189点
36　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　198点
37　（略）
（新設）
（新設）

38　ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、（１→３）－β－Ｄ－グルカン　207点
39　（略）
（新設）
40　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり）　212点
注　同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、２項目を限度として算定する。
41　レジオネラ抗原定性（尿）　217点
42　赤痢アメーバ抗体半定量　223点

（新設）
43　デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原

・抗体同時測定定性、白癬菌抗原定性　233点

注　（略）

50　エンドトキシン　236点

51　百日咳菌抗体　257点

52・53　（略）

54　サイトメガロウイルスpp65抗原定性　366点

55～57　（略）

58　ＨＩＶ－１特異抗体・ＨＩＶ－２特異抗体　660点

59　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　847点

60　鳥特異的ＩｇＧ抗体　873点

61　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体　12,850点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

１～３　（略）

４　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　101点

５　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　105点

６　ＨＢｃ抗体半定量・定量　133点

７～10　（略）

11　ＨＣＶ血清群別判定　221点

12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　259点

13・14　（略）

注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から14までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）　233点

注　（略）

44　エンドトキシン　243点

45　百日咳菌抗体　264点

46・47　（略）

48　サイトメガロウイルスpp65抗原定性　377点

49～51　（略）

（新設）

52　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　873点

（新設）

（新設）

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

１～３　（略）

４　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　104点

５　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　108点

６　ＨＢｃ抗体半定量・定量　137点

７～10　（略）

11　ＨＣＶ血清群別判定　227点

12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　266点

13・14　（略）

注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から14までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　５項目以上　425点

Ｄ０１４　自己抗体検査

１～４　（略）

５　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　102点

６　（略）

７　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　114点

８　（略）

（削る）

９　抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量、抗サイログロブリン抗体　140点

10　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　142点

11　抗ＲＮＰ抗体定性、抗ＲＮＰ抗体半定量、抗ＲＮＰ抗体定量　144点

（削る）

12　（略）

13　C_1q結合免疫複合体　153点

14　抗Ｓcl－70抗体定性、抗Ｓcl－70抗体半定量、抗Ｓcl－70抗体定量　157点

15　抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定量　158点

16　抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定量　161点

じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ　（略）

ハ　５項目以上　438点

Ｄ０１４　自己抗体検査

１～４　（略）

５　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　105点

６　（略）

（新設）

７　（略）

８　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　117点

９　抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量　140点

（新設）

10　抗サイログロブリン抗体、抗ＲＮＰ抗体定性、抗ＲＮＰ抗体半定量、抗ＲＮＰ抗体定量　144点

11　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　146点

12　（略）

（新設）

13　C_1q結合免疫複合体　157点

14　抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定量、抗Ｓcl－70抗体定性、抗Ｓcl－70抗体半定量、抗Ｓcl－70抗体定量　161点

15　抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定量　163点

17　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　163点
18　（略）
19　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　174点
20　抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量　181点
21　抗ミトコンドリア抗体定量　189点
22　（略）
23　モノクローナルＲＦ結合免疫複合体　194点

24　ＩｇＧ型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　198点
（削る）

25　抗ＬＫＭ－１抗体　215点
26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　220点
27　（略）
28　抗カルジオリピンＩｇＧ抗体、抗カルジオリピンＩｇＭ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＧ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＭ抗体　226点
（削る）
29　（略）
30　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　258点
31　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）　259点
32　抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）　262点
33　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体　270点

16　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　168点
17　（略）
18　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　179点
19　抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量　186点
（新設）
20　（略）
21　モノクローナルＲＦ結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量　194点
22　ＩｇＧ型リウマトイド因子　203点

23　抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　204点
24　抗ＬＫＭ－１抗体　221点
（新設）
25　（略）
26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　226点

27　抗カルジオリピン抗体　232点
28　（略）
29　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　265点
30　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）　267点
（新設）
31　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体、抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）

34　（略）
35　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　273点
36～42　（略）
43　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　798点
44　（略）
45　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）　1,000点
46・47　（略）
注１　本区分の９から16まで、18、22及び34に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の46及び47に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査
１～10　（略）
11　β_2－マイクログロブリン　101点
12　トランスサイレチン（プレアルブミン）　104点
13　（略）
14　α_1－マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　132点
15　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　136点

270点
32　（略）
33　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　281点
34～40　（略）
41　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　822点
42　（略）
43　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体　1,000点
44・45　（略）
注１　本区分の９から15まで、17、20及び32に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査
１～10　（略）
11　β_2－マイクログロブリン　104点
12　トランスサイレチン（プレアルブミン）　107点
13　（略）
（新設）
14　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）、α_1－マイク

16　（略）
17　免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）、インターロイキン－６（ＩＬ－６）　170点
18～23　（略）
24　免疫電気泳動法（特異抗血清）　218点
25　C_1インアクチベータ　260点
26　ＳＣＣＡ２　300点
27　（略）
28　インターフェロン－λ３（ＩＦＮ－λ３）、ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比　340点
29　（略）
30　結核菌特異的インターフェロン－γ産生能　594点

Ｄ０１６　細胞機能検査
1　（略）
2　Ｔ細胞サブセット検査（一連につき）　185点
３～７　（略）
（微生物学的検査）

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
1　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　50点
注　集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、35点を所定点数に加算する。
2　（略）
3　その他のもの　64点
注　（略）

Ｄ０１８　細菌培養同定検査
1　口腔、気道又は呼吸器からの検体　170点
2　消化管からの検体　190点

ログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　136点
15　（略）
16　免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）　170点
17～22　（略）
23　免疫電気泳動法（特異抗血清）　224点
24　C_1インアクチベータ　268点
（新設）
25　（略）
（新設）
26　（略）
27　結核菌特異的インターフェロン－γ産生能　612点

Ｄ０１６　細胞機能検査
1　（略）
2　Ｔ細胞サブセット検査（一連につき）　190点
３～７　（略）
（微生物学的検査）

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
1　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　50点
注　集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、32点を所定点数に加算する。
2　（略）
3　その他のもの　61点
注　（略）

Ｄ０１８　細菌培養同定検査
1　口腔、気道又は呼吸器からの検体　160点
2　消化管からの検体　180点

３　血液又は穿刺液	220点
４　泌尿器又は生殖器からの検体	180点
５　その他の部位からの検体	170点
６　（略）	
注１　１から６までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、122点を所定点数に加算する。	
２　（略）	
Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査	
１　１菌種	180点
２　２菌種	230点
３　３菌種以上	290点
４・５　（略）	
Ｄ０１９－２　（略）	
Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査	
１　抗酸菌分離培養（液体培地法）	300点
２　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	209点
Ｄ０２１　（略）	
Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	400点
注　（略）	
Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査	
１　（略）	
２　クラミジア・トラコマチス核酸検出	193点
３　（略）	
４　ＨＢＶ核酸定量	263点
５　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	270点
６　マイコプラズマ核酸検出	291点
７　（略）	
（削る）	

３　血液又は穿刺液	215点
４　泌尿器又は生殖器からの検体	170点
５　その他の部位からの検体	160点
６　（略）	
注１　１から６までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、112点を所定点数に加算する。	
２　（略）	
Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査	
１　１菌種	170点
２　２菌種	220点
３　３菌種以上	280点
４・５　（略）	
Ｄ０１９－２　（略）	
Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査	
１　抗酸菌分離培養（液体培地法）	280点
２　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	204点
Ｄ０２１　（略）	
Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	380点
注　（略）	
Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査	
１　（略）	
２　クラミジア・トラコマチス核酸検出	198点
３　（略）	
４　ＨＢＶ核酸定量	271点
５　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	278点
（新設）	
６　（略）	
７　マイコプラズマ核酸検出	300点

８　（略）
９　ＨＣＶ核酸検出　340点
10　ＨＰＶ核酸検出　350点
注　（略）
11　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　352点
注　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者又は過去に区分番号Ｋ８６７に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号Ｋ８６７－３に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号Ｋ８６７－４に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
12　百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出　360点
（削る）
13・14　（略）

８　（略）
（新設）
９　ＨＣＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出　350点
注　（略）
（新設）
10　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、百日咳菌核酸検出　360点
注　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者又は過去に区分番号Ｋ８６７に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号Ｋ８６７－３に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号Ｋ８６７－４に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
11・12　（略）

15　ＨＣＶ核酸定量　424点

16　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出、ＨＴＬＶ－１核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量　450点

17　（略）

18　サイトメガロウイルス核酸検出　825点

19　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出　850点

20～23　（略）

注　６、７、12（百日咳菌核酸検出に限る。）又は13（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

１・２　（略）

３　大腸菌ベロトキシン定性　189点

４　（略）

Ｄ０２４　削除

（基本的検体検査実施料）

Ｄ０２５　（略）

第２款　検体検査判断料

区分

13　ＨＣＶ核酸定量　437点

14　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出、ＨＴＬＶ－１核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量　450点

15　（略）

（新設）

16　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出　850点

17～20　（略）

注　６、７、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

１・２　（略）

３　大腸菌ベロトキシン定性　194点

４　（略）

Ｄ０２４　動物使用検査　170点

注　使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

（基本的検体検査実施料）

Ｄ０２５　（略）

第２款　検体検査判断料

区分

Ｄ０２６　検体検査判断料

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11からＤ００６－20まで及び区分番号Ｄ００６－22からＤ００６－28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

７・８　（略）

Ｄ０２６　検体検査判断料

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで及び区分番号Ｄ００６－11からＤ００６－20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

７・８　（略）

９　区分番号Ｄ０１５の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｄ０２７　（略）

第２節　（略）

第３節　生体検査料

通則

１　（略）

２　３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号Ｄ２００からＤ２４２までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号Ｄ３２５に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ　（略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

Ｄ２００～Ｄ２０５　（略）

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

１・２　（略）

９　区分番号Ｄ０１５の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｄ０２７　（略）

第２節　（略）

第３節　生体検査料

通則

１　（略）

２　３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号Ｄ２００からＤ２４２までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号Ｄ３２５に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ　（略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

Ｄ２００～Ｄ２０５　（略）

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

１・２　（略）

注１～４　（略）
５　循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）として、7,200点を所定点数に加算する。
６～10　（略）
Ｄ２０７～Ｄ２１４－２　（略）
（超音波検査等）
通則
（略）
Ｄ２１５　超音波検査（記録に要する費用を含む。）
１・２　（略）
３　心臓超音波検査
イ～ハ　（略）
ニ　胎児心エコー法　300点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）
ホ　（略）
４・５　（略）
注１～７　（略）
Ｄ２１５－２・Ｄ２１５－３　（略）
Ｄ２１５－４　超音波減衰法検査　200点
注　区分番号Ｄ２１５－２に掲げる肝硬度測定又は区分番号Ｄ２１５－３に掲げる超音波エラストグラフィーを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。
Ｄ２１６・Ｄ２１６－２　（略）
Ｄ２１７　骨塩定量検査

注１～４　（略）
（新設）
５～９　（略）
Ｄ２０７～Ｄ２１４－２　（略）
（超音波検査等）
通則
（略）
Ｄ２１５　超音波検査（記録に要する費用を含む。）
１・２　（略）
３　心臓超音波検査
イ～ハ　（略）
ニ　胎児心エコー法　300点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）
ホ　（略）
４・５　（略）
注１～７　（略）
Ｄ２１５－２・Ｄ２１５－３　（略）
（新設）
Ｄ２１６・Ｄ２１６－２　（略）
Ｄ２１７　骨塩定量検査

１　（略）	１　（略）
２　ＲＥＭＳ法（腰椎）　140点	（新設）
注　同一日にＲＥＭＳ法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。	
３・４　（略）	２・３　（略）
注　（略）	注　（略）
（監視装置による諸検査）	（監視装置による諸検査）
Ｄ２１８～Ｄ２２２－２　（略）	Ｄ２１８～Ｄ２２２－２　（略）
Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）　35点	Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）　30点
注　（略）	注　（略）
Ｄ２２３－２～Ｄ２３０　（略）	Ｄ２２３－２～Ｄ２３０　（略）
Ｄ２３１　人工膵臓検査（一連につき）　5,000点	Ｄ２３１　人工膵臓検査（一連につき）　5,000点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
Ｄ２３１－２～Ｄ２３４　（略）	Ｄ２３１－２～Ｄ２３４　（略）
（脳波検査等）	（脳波検査等）
通則	通則
（略）	（略）
Ｄ２３５　（略）	Ｄ２３５　（略）
Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査（１日につき）　500点	Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査（１日につき）　500点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。
Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）	Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限	注　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算

り算定する。
Ｄ２３６～Ｄ２３７－２　（略）
Ｄ２３８　脳波検査判断料
１・２　（略）
注１　（略）
２　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
３　（略）
（神経・筋検査）
通則
（略）
Ｄ２３９～Ｄ２４４　（略）
Ｄ２４４－２　補聴器適合検査
１・２　（略）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者１人につき月２回に限り算定する。
Ｄ２４５～Ｄ２４９　（略）
Ｄ２５０　平衡機能検査
１～５　（略）
６　ビデオヘッドインパルス検査　300点
注　（略）
Ｄ２５１～Ｄ２５４　（略）
（眼科学的検査）
通則
（略）
Ｄ２５５～Ｄ２７５－２　（略）
Ｄ２７６　削除

定する。
Ｄ２３６～Ｄ２３７－２　（略）
Ｄ２３８　脳波検査判断料
１・２　（略）
注１　（略）
２　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
３　（略）
（神経・筋検査）
通則
（略）
Ｄ２３９～Ｄ２４４　（略）
Ｄ２４４－２　補聴器適合検査
１・２　（略）
注　補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者１人につき月２回に限り算定する。
Ｄ２４５～Ｄ２４９　（略）
Ｄ２５０　平衡機能検査
１～５　（略）
（新設）
注　（略）
Ｄ２５１～Ｄ２５４　（略）
（眼科学的検査）
通則
（略）
Ｄ２５５～Ｄ２７５－２　（略）
Ｄ２７６　網膜中心血管圧測定

Ｄ２７７～Ｄ２８２－３　（略）

（皮膚科学的検査）

Ｄ２８２－４　（略）

（臨床心理・神経心理検査）

Ｄ２８３～Ｄ２８５　（略）

（負荷試験等）

Ｄ２８６～Ｄ２９１　（略）

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　1,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年３回に限り算定する。

２　（略）

Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験　1,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、２月に１回に限り算定する。

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

（略）

Ｄ２９２～Ｄ２９４　（略）

（内視鏡検査）

通則

（略）

Ｄ２９５～Ｄ３０９　（略）

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査

１　（略）

１　簡単なもの　42点

２　複雑なもの　100点

Ｄ２７７～Ｄ２８２－３　（略）

（皮膚科学的検査）

Ｄ２８２－４　（略）

（臨床心理・神経心理検査）

Ｄ２８３～Ｄ２８５　（略）

（負荷試験等）

Ｄ２８６～Ｄ２９１　（略）

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　1,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、９歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年２回に限り算定する。

２　（略）

Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験　1,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、２月に１回に限り算定する。

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

（略）

Ｄ２９２～Ｄ２９４　（略）

（内視鏡検査）

通則

（略）

Ｄ２９５～Ｄ３０９　（略）

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査

１　（略）

２　スパイラル内視鏡によるもの　6,800点	（新設）
３・４　（略）	２・３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　３について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。	（新設）
３　４について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。	２　３について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
Ｄ３１０－２～Ｄ３１２－２　（略）	Ｄ３１０－２～Ｄ３１２－２　（略）
Ｄ３１３　大腸内視鏡検査	Ｄ３１３　大腸内視鏡検査
１・２　（略）	１・２　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　１のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。	（新設）
４　２について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｄ３１４～Ｄ３２５　（略）	Ｄ３１４～Ｄ３２５　（略）
第４節　診断穿刺・検体採取料	第４節　診断穿刺・検体採取料
通則	通則
（略）	（略）
区分	区分
Ｄ４００　血液採取（１日につき）	Ｄ４００　血液採取（１日につき）
１　静脈　37点	１　静脈　35点
２　（略）	２　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳	２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、30点を所定点数に加算する。	幼児加算として、25点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
Ｄ４０１～Ｄ４０９　（略）	Ｄ４０１～Ｄ４０９　（略）
Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検（片側）	Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検（片側）
１・２　（略）	１・２　（略）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
Ｄ４１０～Ｄ４１２－２　（略）	Ｄ４１０～Ｄ４１２－２　（略）
Ｄ４１３　前立腺針生検法	Ｄ４１３　前立腺針生検法　1,400点
１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの　8,210点	（新設）
２　その他のもの　1,540点	（新設）
注　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。	（新設）
Ｄ４１４～Ｄ４１５－３　（略）	Ｄ４１４～Ｄ４１５－３　（略）
Ｄ４１５－４　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）　5,000点	Ｄ４１５－４　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）　5,000点
注　ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｄ４１５－５～Ｄ４１８　（略）	Ｄ４１５－５～Ｄ４１８　（略）
Ｄ４１９　その他の検体採取	Ｄ４１９　その他の検体採取
１・２　（略）	１・２　（略）

３　動脈血採取（１日につき）　55点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。

４・５　（略）

６　鼻腔・咽頭拭い液採取　25点

Ｄ４１９－２　（略）

第５節・第６節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～４　（略）

５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り180点又は340点を所定点数に加算する。

６・７　（略）

第１節　エックス線診断料

通則

（略）

区分

Ｅ０００～Ｅ００２　（略）

Ｅ００３　造影剤注入手技

１・２　（略）

３　動脈造影カテーテル法

イ　（略）

注１　（略）

３　動脈血採取（１日につき）　50点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。

４・５　（略）

６　鼻腔・咽頭拭い液採取　５点

Ｄ４１９－２　（略）

第５節・第６節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～４　（略）

５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。

６・７　（略）

第１節　エックス線診断料

通則

（略）

区分

Ｅ０００～Ｅ００２　（略）

Ｅ００３　造影剤注入手技

１・２　（略）

３　動脈造影カテーテル法

イ　（略）

注１　（略）

２　頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ　（略）

４～７　（略）

Ｅ００４　（略）

第２節　（略）

第３節　コンピューター断層撮影診断料

通則

（略）

Ｅ２００・Ｅ２０１　（略）

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）

１～３　（略）

注１～９　（略）

10　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

Ｅ２０３　（略）

第４節・第５節　（略）

第５部　投薬

通則

１～４　（略）

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調

２　頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ　（略）

４～７　（略）

Ｅ００４　（略）

第２節　（略）

第３節　コンピューター断層撮影診断料

通則

（略）

Ｅ２００・Ｅ２０１　（略）

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）

１～３　（略）

注１～９　（略）

（新設）

Ｅ２０３　（略）

第４節・第５節　（略）

第５部　投薬

通則

１～４　（略）

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節～第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１～３　（略）

注１　（略）

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第３号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第４号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

３～８　（略）

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節～第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１～３　（略）

注１　（略）

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

３～８　（略）

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる

動脈注射、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ　外来化学療法加算１

⑴　15歳未満の患者の場合　670点

（削る）

（削る）

⑵　15歳以上の患者の場合　450点

（削る）

（削る）

ロ　外来化学療法加算２

⑴　15歳未満の患者の場合　640点

（削る）

（削る）

⑵　15歳以上の患者の場合　370点

（削る）

（削る）

（削る）

動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ　外来化学療法加算１

⑴　抗悪性腫瘍剤を注射した場合

①　15歳未満　820点

②　15歳以上　600点

⑵　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

①　15歳未満　670点

②　15歳以上　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　抗悪性腫瘍剤を注射した場合

①　15歳未満　740点

②　15歳以上　470点

⑵　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

①　15歳未満　640点

②　15歳以上　370点

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの⑴を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、

７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点

注１・２　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｇ００２～Ｇ００３－３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　101点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　99点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

（新設）

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　20点

注１・２　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　32点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｇ００２～Ｇ００３－３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　99点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　98点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、46点を所定点数に加算する。	幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
３・４　（略）	３・４　（略）
Ｇ００５～Ｇ０１８　（略）	Ｇ００５～Ｇ０１８　（略）
第２款　（略）	第２款　（略）
第２節・第３節　（略）	第２節・第３節　（略）
第７部　リハビリテーション	第７部　リハビリテーション
通則	通則
（略）	（略）
第１節　リハビリテーション料	第１節　リハビリテーション料
区分	区分
Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料	Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１～４　（略）	注１～４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料	Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～６　（略）	注１～６　（略）
７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合	（新設）

であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	
Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料 １～３　（略） 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料 １～３　（略） 注１～６　（略） （新設）
Ｈ００２　運動器リハビリテーション料 １～３　（略） 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	Ｈ００２　運動器リハビリテーション料 １～３　（略） 注１～６　（略） （新設）

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料 １・２　（略） 注１～４　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料 １・２　（略） 注１～４　（略） （新設）
Ｈ００３－２～Ｈ００３－４　（略）	Ｈ００３－２～Ｈ００３－４　（略）
Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき） １・２　（略） 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点 ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点 ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点	Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき） １・２　（略） 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週１回に限り200点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）
Ｈ００５～Ｈ００８　（略） 第２節　（略）	Ｈ００５～Ｈ００８　（略） 第２節　（略）

第８部　精神科専門療法

通則

（略）

第１節　精神科専門療法料

区分

Ｉ０００～Ｉ００１　（略）

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　560点

⑵　⑴以外の場合　540点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　30分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　410点

②　①以外の場合　390点

⑵　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　330点

②　①以外の場合　315点

２　在宅精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　620点

⑵　⑴以外の場合　600点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　550点

第８部　精神科専門療法

通則

（略）

第１節　精神科専門療法料

区分

Ｉ０００～Ｉ００１　（略）

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合　540点

（新設）

（新設）

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　30分以上の場合　400点

（新設）

（新設）

⑵　30分未満の場合　330点

（新設）

（新設）

２　在宅精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合　600点

（新設）

（新設）

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合　540点

（新設）

② ①以外の場合 530点

⑵ 30分以上60分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 410点

② ①以外の場合 390点

⑶ 30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 330点

② ①以外の場合 315点

注１～３ （略）

４ 特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

⑴ 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合 500点

⑵ ⑴以外の場合 300点

ロ （略）

５～８ （略）

９ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

（新設）

⑵ 30分以上60分未満の場合 400点

（新設）

（新設）

⑶ 30分未満の場合 330点

（新設）

（新設）

注１～３ （略）

４ 特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合に限る。） 500点

（新設）

（新設）

ロ （略）

５～８ （略）

（新設）

険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

Ｉ００２－２　（略）

Ｉ００２－３　救急患者精神科継続支援料

１　入院中の患者　900点

２　入院中の患者以外の患者　300点

注１　（略）

２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に週１回に限り算定する。

３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週１回に限り算定する。

Ｉ００３・Ｉ００３－２　（略）

Ｉ００４　心身医学療法（１回につき）

１　（略）

２　入院中の患者以外の患者

イ・ロ　（略）

注１～５　（略）

Ｉ００５・Ｉ００６　（略）

Ｉ００６－２　依存症集団療法（１回につき）

１・２　（略）

Ｉ００２－２　（略）

Ｉ００２－３　救急患者精神科継続支援料

１　入院中の患者　435点

２　入院中の患者以外　135点

注１　（略）

２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に月１回に限り算定する。

３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後６月を限度として、計６回に限り算定する。

Ｉ００３・Ｉ００３－２　（略）

Ｉ００４　心身医学療法（１回につき）

１　（略）

２　入院中の患者以外

イ・ロ　（略）

注１～５　（略）

Ｉ００５・Ｉ００６　（略）

Ｉ００６－２　依存症集団療法（１回につき）

１・２　（略）

３　アルコール依存症の場合　300点	（新設）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週１回かつ計10回に限り算定する。	（新設）
４　（略）	３　（略）
Ｉ００７～Ｉ０１１－２　（略）	Ｉ００７～Ｉ０１１－２　（略）
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料	Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度とする。	４　注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度とする。
イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
⑴　１日に１回の場合	⑴　１日に１回の場合
①　同一建物内１人又は２人　450点	①　同一建物内１人　450点
（削る）	②　同一建物内２人　450点
②　同一建物内３人以上　400点	③　同一建物内３人以上　400点
⑵　１日に２回の場合	⑵　１日に２回の場合
①　同一建物内１人又は２人　900点	①　同一建物内１人　900点

（削る）
② 同一建物内３人以上 810点
⑶ １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人又は２人 1,450点
（削る）
② 同一建物内３人以上 1,300点
ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
⑴ １日に１回の場合
① 同一建物内１人又は２人 380点
（削る）
② 同一建物内３人以上 340点
⑵ １日に２回の場合
① 同一建物内１人又は２人 760点
（削る）
② 同一建物内３人以上 680点
⑶ １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人又は２人 1,240点
（削る）
② 同一建物内３人以上 1,120点
ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
⑴ 同一建物内１人又は２人 300点
（削る）
⑵ 同一建物内３人以上 270点
５～９ （略）
10 区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行

② 同一建物内２人 900点
③ 同一建物内３人以上 810点
⑶ １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人 1,450点
② 同一建物内２人 1,450点
③ 同一建物内３人以上 1,300点
ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
⑴ １日に１回の場合
① 同一建物内１人 380点
② 同一建物内２人 380点
③ 同一建物内３人以上 340点
⑵ １日に２回の場合
① 同一建物内１人 760点
② 同一建物内２人 760点
③ 同一建物内３人以上 680点
⑶ １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人 1,240点
② 同一建物内２人 1,240点
③ 同一建物内３人以上 1,120点
ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
⑴ 同一建物内１人 300点
⑵ 同一建物内２人 300点
⑶ 同一建物内３人以上 270点
５～９ （略）
10 区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料（１のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療

うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ　１日に２回の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　450点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　400点

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　800点

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　720点

11・12　（略）

13　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

14　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注16に規

機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ　１日に２回の場合

⑴　同一建物内１人　450点

⑵　同一建物内２人　450点

⑶　同一建物内３人以上　400点

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人　800点

⑵　同一建物内２人　800点

⑶　同一建物内３人以上　720点

11・12　（略）

（新設）

（新設）

定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	
15　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料　300点	Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料　300点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	３・４　（略）
Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料	Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料
イ　（略）	イ　（略）
ロ　入院中の患者以外の患者　250点	ロ　入院中の患者以外　250点
２　（略）	２　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
Ｉ０１４　医療保護入院等診療料　300点	Ｉ０１４　医療保護入院等診療料　300点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項又は第33条の７第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項若しくは第２項又は第33条の７第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。
Ｉ０１５　（略）	Ｉ０１５　（略）
Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料（月１回）	Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料（月１回）
１　精神科在宅患者支援管理料１	１　精神科在宅患者支援管理料１
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
（削る）	ハ　イ及びロ以外の患者の場合
	⑴　単一建物診療患者１人　2,030点
	⑵　単一建物診療患者２人以上　1,248点
２・３　（略）	２・３　（略）
注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限	注１　１のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている

る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

（削る）

２　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

３・４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの（略）として地方厚生局長等に届け

場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

２　１のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。

３　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

６　（略）

第２節　（略）

第９部　処置

通則

１～６　（略）

７　耳鼻咽喉科を標榜（ほう）する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｊ１１３の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔（くう）炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

１～５　（略）

険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

７　（略）

第２節　（略）

第９部　処置

通則

１～６　（略）

（新設）

（新設）

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

１～５　（略）

注１　（略）	注１　（略）
２　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。	２　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。
３　（略）	３　（略）
Ｊ０００－２　下肢創傷処置	（新設）
１　足部（踵を除く。）の浅い潰瘍　135点	
２　足趾（し）の深い潰瘍又は踵（しょう）部の浅い潰瘍　147点	
３　足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵（しょう）部の深い潰瘍　270点	
Ｊ００１～Ｊ００２　（略）	Ｊ００１～Ｊ００２　（略）
Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）	Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	（新設）
Ｊ００３－２～Ｊ０１７－２　（略）	Ｊ００３－２～Ｊ０１７－２　（略）
Ｊ０１８　喀痰（かくたん）吸引（１日につき）　48点	Ｊ０１８　喀痰（かくたん）吸引（１日につき）　48点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０７－３に掲げる	３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅

在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。
Ｊ０１８－２　（略）	Ｊ０１８－２　（略）
Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）　48点	Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）　48点
注１・２　（略） ３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	注１・２　（略） ３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。
Ｊ０１９～Ｊ０２３　（略）	Ｊ０１９～Ｊ０２３　（略）
Ｊ０２４　酸素吸入（１日につき）　65点	Ｊ０２４　酸素吸入（１日につき）　65点
注１・２　（略） ３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。	注１・２　（略） ３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。
Ｊ０２４－２　（略）	Ｊ０２４－２　（略）

Ｊ０２５　酸素テント（１日につき）　65点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定し

Ｊ０２５　酸素テント（１日につき）　65点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）　160点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

ている患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

Ｊ０２６－４～Ｊ０３７　（略）

Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）

１　慢性維持透析を行った場合１

イ　４時間未満の場合　1,885点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点

ハ　５時間以上の場合　2,180点

（削る）

（削る）

（削る）

２　慢性維持透析を行った場合２

イ　４時間未満の場合　1,845点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点

ハ　５時間以上の場合　2,135点

（削る）

（削る）

（削る）

３　慢性維持透析を行った場合３

イ　４時間未満の場合　1,805点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点

Ｊ０２６－４～Ｊ０３７　（略）

Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）

１　慢性維持透析を行った場合１

イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　1,924点

ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　2,084点

ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　2,219点

ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　1,798点

ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　1,958点

ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　2,093点

２　慢性維持透析を行った場合２

イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　1,884点

ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　2,044点

ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　2,174点

ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　1,758点

ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　1,918点

ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　2,048点

３　慢性維持透析を行った場合３

イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　1,844点

ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　1,999点

ハ　５時間以上の場合　2,090点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）　2,129点 ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　1,718点 ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　1,873点 ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　2,003点
（削る） （削る） （削る）	
４　（略）	４　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　導入期加算２　400点	ロ　導入期加算２　500点
ハ　導入期加算３　800点	（新設）
３～13　（略）	３～13　（略）
14　人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｊ０３８－２　（略）	Ｊ０３８－２　（略）
Ｊ０３９　血漿交換療法（１日につき）　4,200点	Ｊ０３９　血漿交換療法（１日につき）　4,200点
注１　（略）	注　（略）
２　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚	（新設）

生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
３　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	（新設）
Ｊ０４０～Ｊ０４３－７　（略）	Ｊ０４０～Ｊ０４３－７　（略）
（救急処置）	（救急処置）
Ｊ０４４・Ｊ０４４－２　（略）	Ｊ０４４・Ｊ０４４－２　（略）
Ｊ０４５　人工呼吸	Ｊ０４５　人工呼吸
１・２　（略）	１・２　（略）
３　５時間を超えた場合（１日につき）	３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点
イ　14日目まで　950点	（新設）
ロ　15日目以降　815点	（新設）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。	（新設）
４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ｊ０４５－２～Ｊ０５２－２　（略）	Ｊ０４５－２～Ｊ０５２－２　（略）
（皮膚科処置）	（皮膚科処置）
Ｊ０５３～Ｊ０５７－４　（略）	Ｊ０５３～Ｊ０５７－４　（略）
（泌尿器科処置）	（泌尿器科処置）
Ｊ０５８～Ｊ０６８　（略）	Ｊ０５８～Ｊ０６８　（略）
Ｊ０６８－２　陰唇癒合剥離　290点	（新設）

Ｊ０６９～Ｊ０７０－４　（略）

（産婦人科処置）

Ｊ０７１～Ｊ０８５－２　（略）

（眼科処置）

Ｊ０８６～Ｊ０９４　（略）

（耳鼻咽喉科処置）

Ｊ０９５　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）　27点

注１　（略）

２　点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０９５－２・Ｊ０９６　（略）

Ｊ０９７　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）　16点

注１　（略）

２　区分番号Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても16点とする。

３　（略）

Ｊ０９７－２　（略）

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置　16点

注１　（略）

２　区分番号Ｊ０９７に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても16点とする。

Ｊ０９８－２～Ｊ１１３　（略）

Ｊ１１４　ネブライザ　12点

注　（略）

Ｊ１１５　超音波ネブライザ（１日につき）　24点

Ｊ１１５－２　（略）

（整形外科的処置）

Ｊ１１６～Ｊ１１８－３　（略）

Ｊ１１８－４　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　1,100点

Ｊ０６９～Ｊ０７０－４　（略）

（産婦人科処置）

Ｊ０７１～Ｊ０８５－２　（略）

（眼科処置）

Ｊ０８６～Ｊ０９４　（略）

（耳鼻咽喉科処置）

Ｊ０９５　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）　25点

注１　（略）

２　点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０９５－２・Ｊ０９６　（略）

Ｊ０９７　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）　14点

注１　（略）

２　区分番号Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても14点とする。

３　（略）

Ｊ０９７－２　（略）

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置　14点

注１　（略）

２　区分番号Ｊ０９７に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても14点とする。

Ｊ０９８－２～Ｊ１１３　（略）

Ｊ１１４　ネブライザー　12点

注　（略）

Ｊ１１５　超音波ネブライザー（１日につき）　24点

Ｊ１１５－２　（略）

（整形外科的処置）

Ｊ１１６～Ｊ１１８－３　（略）

Ｊ１１８－４　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　900点

注１　（略）

２　難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者であって、同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｊ１１９～Ｊ１１９－４　（略）

（栄養処置）

Ｊ１２０・Ｊ１２１　（略）

（ギプス）

通則

（略）

Ｊ１２２～Ｊ１２９－４　（略）

第２節～第４節　（略）

第10部　手術

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０１９－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０４６（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５９の３のイ及び４、Ｋ０８１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１６９－２、Ｋ１６９－３、Ｋ１８０の３、Ｋ１

注１　（略）

２　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者であって、同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｊ１１９～Ｊ１１９－４　（略）

（栄養処置）

Ｊ１２０・Ｊ１２１　（略）

（ギプス）

通則

（略）

Ｊ１２２～Ｊ１２９－４　（略）

第２節～第４節　（略）

第10部　手術

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５９の３のイ、Ｋ０５９の４、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６、Ｋ１９０－７、Ｋ２５４の１、Ｋ２５９（注２に規定する加算を

８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１８８－３、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６からＫ１９０－８まで、Ｋ２２５－４、Ｋ２５４の１、Ｋ２５９（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の２のイ及び５から７まで、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３０５－２、Ｋ３０８－３、Ｋ３１９－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ３４３－２、Ｋ３８８－３、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４４５－２、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７０－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５９４の４のロ及びハ、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３、Ｋ６０３－２、Ｋ６０４－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１６－６、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－２の１、２及び４、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５３－６、Ｋ６５４－４、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６５６－２、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７０９－６、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７２１－５、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７４算定する場合に限る。）、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の５、Ｋ２６８の６、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４４５－２、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５９４の４のロ、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３からＫ６０４－２まで、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１６－６、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－２の１及び２、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５４－４、Ｋ６５６－２、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７０９－６、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－５まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２

０－２の３及び４、Ｋ７５４－３、Ｋ７５５－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－６まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８００－４、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２３－５、Ｋ８２３－７、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２８－３、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３５の１、Ｋ８３８－２、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８２－３、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８９０－４、Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８９０－４及びＫ９１７からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け

（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２３－５、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにＫ９１０－２からＫ９１０－５までに掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２及びＫ６３６－２に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

出ることを要しない。

５　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７６－２、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４の４のロ、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６２７－２の４、Ｋ６４５、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７１０－２、Ｋ７１９－６、Ｋ７３２－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第４号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

５　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７６－２、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６４５、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７１０－２、Ｋ７１９－６、Ｋ７３２－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第４号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

６　（略）

７　区分番号Ｋ００２、Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ３９９、Ｋ４０３、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５０１からＫ５０１－３まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２２、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０１－２、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６２５、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３６－３、Ｋ６３６－４、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６４７、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６６７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８１、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１４、Ｋ７１４－２、Ｋ７１６の２、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２５からＫ７２６－２まで、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７４５、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７３、Ｋ７７３－５、Ｋ７７５、Ｋ８０４、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２、Ｋ８３８並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

８～11　（略）

６　（略）

７　区分番号Ｋ００２、Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ３９９、Ｋ４０３、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５０１からＫ５０１－３まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２２、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６２５、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３６－３、Ｋ６３６－４、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６４７、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６６７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８１、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１４、Ｋ７１４－２、Ｋ７１６の２、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２５からＫ７２６－２まで、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７４５、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７３、Ｋ７７３－５、Ｋ７７５、Ｋ８０４、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２、Ｋ８３８並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

８～11　（略）

12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４からＫ９１７－３までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ　（略）

13～17　（略）

18　区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２の１、Ｋ６５５－５の１、Ｋ６５７－２の１、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－２の１、２及び５、Ｋ７５４－２、Ｋ７５５－２、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19　（略）

20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイ

12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号Ｋ９１５に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ　（略）

13～17　（略）

18　区分番号Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の２、Ｋ５１４－２の３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７４０－２、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７－２及びＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19　（略）

（新設）

ケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）　1,400点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,880点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　頭頸（けい）部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）　9,630点

ロ　その他のもの　2,690点

４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）　530点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　950点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,480点

注１～３　（略）

Ｋ０００－２　小児創傷処理（６歳未満）

１　筋肉、臓器に達するもの（長径２．５センチメートル未満）　1,400点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　1,540点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメート

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）　1,250点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,680点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　頭頸（けい）部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）　8,600点

ロ　その他のもの　2,400点

４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）　470点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　850点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,320点

注１～３　（略）

Ｋ０００－２　小児創傷処理（６歳未満）

１　筋肉、臓器に達するもの（長径２．５センチメートル未満）　1,250点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　1,400点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメート

ル以上10センチメートル未満）　2,490点	ル以上10センチメートル未満）　2,220点
４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,840点	４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,430点
５　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）　500点	５　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）　450点
６　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　560点	６　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　500点
７　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,060点	７　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　950点
８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,950点	８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,740点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
Ｋ００１　皮膚切開術	Ｋ００１　皮膚切開術
１　長径10センチメートル未満　640点	１　長径10センチメートル未満　570点
２　長径10センチメートル以上20センチメートル未満　1,110点	２　長径10センチメートル以上20センチメートル未満　990点
３　長径20センチメートル以上　1,980点	３　長径20センチメートル以上　1,770点
Ｋ００２　デブリードマン	Ｋ００２　デブリードマン
１　100平方センチメートル未満　1,410点	１　100平方センチメートル未満　1,260点
２　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　4,820点	２　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　4,300点
３　3,000平方センチメートル以上　11,230点	３　3,000平方センチメートル以上　10,030点
注１～４　（略）	注１～４　（略）
５　超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき１回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ００３～Ｋ００８　（略）	Ｋ００３～Ｋ００８　（略）
（形成）	（形成）
Ｋ００９～Ｋ０１６　（略）	Ｋ００９～Ｋ０１６　（略）
Ｋ０１７　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	Ｋ０１７　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

1　乳房再建術の場合	100,670点
2　その他の場合	105,800点
Ｋ０１８・Ｋ０１９　（略）	
Ｋ０１９－２　自家脂肪注入	
1　50mＬ未満	22,900点
2　50mＬ以上100mＬ未満	30,530点
3　100mＬ以上	38,160点
Ｋ０２０～Ｋ０２２－２　（略）	
第２款　筋骨格系・四肢・体幹	
区分	
（筋膜、筋、腱、腱鞘）	
Ｋ０２３　筋膜切離術、筋膜切開術	940点
Ｋ０２４～Ｋ０４１　（略）	
（四肢骨）	
Ｋ０４２～Ｋ０４４　（略）	
Ｋ０４５　骨折経皮的鋼線刺入固定術	
１・２　（略）	
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	2,190点
Ｋ０４６　骨折観血的手術	
１～３　（略）	
注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ０４６－２～Ｋ０４８　（略）	
Ｋ０４９　骨部分切除術	
１　（略）	
２　前腕、下腿	4,940点
３　（略）	
Ｋ０５０～Ｋ０５２－３　（略）	
Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術	

1　乳房再建術の場合	89,880点
2　その他の場合	94,460点
Ｋ０１８・Ｋ０１９　（略）	
（新設）	
Ｋ０２０～Ｋ０２２－２　（略）	
第２款　筋骨格系・四肢・体幹	
区分	
（筋膜、筋、腱、腱鞘）	
Ｋ０２３　筋膜切離術、筋膜切開術	840点
Ｋ０２４～Ｋ０４１　（略）	
（四肢骨）	
Ｋ０４２～Ｋ０４４　（略）	
Ｋ０４５　骨折経皮的鋼線刺入固定術	
１・２　（略）	
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	1,990点
Ｋ０４６　骨折観血的手術	
１～３　（略）	
（新設）	
Ｋ０４６－２～Ｋ０４８　（略）	
Ｋ０４９　骨部分切除術	
１　（略）	
２　前腕、下腿	4,410点
３　（略）	
Ｋ０５０～Ｋ０５２－３　（略）	
Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術	

１　肩甲骨、上腕、大腿	36,460点
２・３　（略）	
注　（略）	
Ｋ０５４　（略）	
Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術	28,300点
Ｋ０５５～Ｋ０５６－２　（略）	
Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術	
１　（略）	
２　前腕、下腿	30,860点
３　（略）	
注　（略）	
Ｋ０５８～Ｋ０５９－２　（略）	
（四肢関節、靭帯）	
Ｋ０６０～Ｋ０６５－２　（略）	
Ｋ０６６　関節滑膜切除術	
１・２　（略）	
３　肩鎖、指（手、足）	8,880点
Ｋ０６６－２～Ｋ０８０－３　（略）	
Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術	
１　（略）	
２　簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490点
３　（略）	
Ｋ０８０－５・Ｋ０８０－６　（略）	
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術	
１　観血的に行うもの	18,080点
２　関節鏡下で行うもの	23,370点
Ｋ０８１　人工骨頭挿入術	
１～３　（略）	
注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊急挿入加	

１　肩甲骨、上腕、大腿	32,550点
２・３　（略）	
注　（略）	
Ｋ０５４　（略）	
（新設）	
Ｋ０５５～Ｋ０５６－２　（略）	
Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術	
１　（略）	
２　前腕、下腿	27,550点
３　（略）	
注　（略）	
Ｋ０５８～Ｋ０５９－２　（略）	
（四肢関節、靭帯）	
Ｋ０６０～Ｋ０６５－２　（略）	
Ｋ０６６　関節滑膜切除術	
１・２　（略）	
３　肩鎖、指（手、足）	7,930点
Ｋ０６６－２～Ｋ０８０－３　（略）	
Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術	
１　（略）	
（新設）	
２　（略）	
Ｋ０８０－５・Ｋ０８０－６　（略）	
（新設）	
Ｋ０８１　人工骨頭挿入術	
１～３　（略）	
（新設）	

算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ０８２～Ｋ０８３－２　（略）
（四肢切断、離断、再接合）
Ｋ０８４～Ｋ０８８　（略）
（手、足）
Ｋ０８９～Ｋ１００　（略）
Ｋ１０１　合指症手術
１　軟部形成のみのもの　9,770点
２　（略）
Ｋ１０１－２～Ｋ１１１　（略）
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２～Ｋ１１７－２　（略）
Ｋ１１７－３　削除
Ｋ１１８～Ｋ１２４　（略）
Ｋ１２４－２　寛骨臼骨折観血的手術　58,840点
Ｋ１２５～Ｋ１３４－２　（略）
Ｋ１３４－３　人工椎間板置換術（頸（けい）椎）　40,460点
注　（略）
Ｋ１３４－４・Ｋ１３５　（略）
Ｋ１３６　脊椎、骨盤悪性腫瘍手術　101,330点
Ｋ１３６－２～Ｋ１４１－３　（略）
Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
１　前方椎体固定　41,710点
２・３　（略）
４　前方後方同時固定　74,580点
５・６　（略）
注１・２　（略）
Ｋ１４２－２～Ｋ１４２－７　（略）
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術　24,560点
Ｋ１４３・Ｋ１４４　（略）

Ｋ０８２～Ｋ０８３－２　（略）
（四肢切断、離断、再接合）
Ｋ０８４～Ｋ０８８　（略）
（手、足）
Ｋ０８９～Ｋ１００　（略）
Ｋ１０１　合指症手術
１　軟部形成のみのもの　8,720点
２　（略）
Ｋ１０１－２～Ｋ１１１　（略）
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２～Ｋ１１７－２　（略）
Ｋ１１７－３　椎間板ヘルニア徒手整復術　2,570点
Ｋ１１８～Ｋ１２４　（略）
Ｋ１２４－２　寛骨臼骨折観血的手術　52,540点
Ｋ１２５～Ｋ１３４－２　（略）
Ｋ１３４－３　人工椎間板置換術（頸（けい）椎）　36,780点
注　（略）
Ｋ１３４－４・Ｋ１３５　（略）
Ｋ１３６　脊椎、骨盤悪性腫瘍手術　90,470点
Ｋ１３６－２～Ｋ１４１－３　（略）
Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
１　前方椎体固定　37,240点
２・３　（略）
４　前方後方同時固定　66,590点
５・６　（略）
注１・２　（略）
Ｋ１４２－２～Ｋ１４２－７　（略）
（新設）
Ｋ１４３・Ｋ１４４　（略）

第３款　神経系・頭蓋

通則

（略）

区分

（頭蓋、脳）

Ｋ１４５　（略）

Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術　5,290点

Ｋ１４６～Ｋ１５１　（略）

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術　216,230点

Ｋ１５２～Ｋ１６８　（略）

Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　２について、同一手術室内において術中にＭＲＩを撮影した場合は、術中ＭＲＩ撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。

Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術　80,000点

Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術　100,000点

Ｋ１７０・Ｋ１７１　（略）

Ｋ１７１－２　内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

１・２　（略）

注　同一手術室内において術中にＭＲＩを撮影した場合は、術中ＭＲＩ撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。

Ｋ１７２・Ｋ１７３　（略）

Ｋ１７４　水頭症手術

１・２　（略）

３　シャント再建術

イ　頭側のもの　15,850点

ロ　腹側のもの　6,600点

ハ　頭側及び腹側のもの　19,150点

第３款　神経系・頭蓋

通則

（略）

区分

（頭蓋、脳）

Ｋ１４５　（略）

（新設）

Ｋ１４６～Ｋ１５１　（略）

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術　193,060点

Ｋ１５２～Ｋ１６８　（略）

Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術

１・２　（略）

注１・２　（略）

（新設）

（新設）

（新設）

Ｋ１７０・Ｋ１７１　（略）

Ｋ１７１－２　内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

１・２　（略）

（新設）

Ｋ１７２・Ｋ１７３　（略）

Ｋ１７４　水頭症手術

１・２　（略）

（新設）

Ｋ１７４－２・Ｋ１７５　（略）
Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）
１・２　（略）
注１　ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。
２　ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング
１・２　（略）
（削る）
注１・２　（略）
Ｋ１７８～Ｋ１８１－６　（略）
（脊髄、末梢神経、交感神経）
Ｋ１８２～Ｋ１８８　（略）
Ｋ１８８－２　硬膜外腔癒着剥離術　11,000点
Ｋ１８８－３　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）　38,790点
Ｋ１８９　脊髄ドレナージ術　460点
Ｋ１９０～Ｋ１９０－７　（略）
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術　28,030点
Ｋ１９１～Ｋ１９８　（略）
第４款　眼
区分
（涙道）

Ｋ１７４－２・Ｋ１７５　（略）
Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）
１・２　（略）
（新設）
（新設）
Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング
１・２　（略）
注１　開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。
２・３　（略）
Ｋ１７８～Ｋ１８１－６　（略）
（脊髄、末梢神経、交感神経）
Ｋ１８２～Ｋ１８８　（略）
Ｋ１８８－２　硬膜外腔癒着剥離術　11,000点
（新設）
Ｋ１８９　脊髄ドレナージ術　408点
Ｋ１９０～Ｋ１９０－７　（略）
（新設）
Ｋ１９１～Ｋ１９８　（略）
第４款　眼
区分
（涙道）

Ｋ１９９～Ｋ２１６　（略）	
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術	
１・２　（略）	
３　眼瞼下制筋前転法	4,230点
Ｋ２１８・Ｋ２１９　（略）	
（結膜）	
Ｋ２２０　結膜縫合術	1,410点
Ｋ２２１～Ｋ２２５－３　（略）	
Ｋ２２５－４　角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点
（眼窩、涙腺）	
Ｋ２２６～Ｋ２３７　（略）	
（眼球、眼筋）	
Ｋ２３８～Ｋ２４１　（略）	
Ｋ２４２　斜視手術	
１～５　（略）	
６　調節糸法	12,060点
Ｋ２４３～Ｋ２４５　（略）	
（角膜、強膜）	
Ｋ２４６～Ｋ２５９　（略）	
Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術	52,600点
Ｋ２６０～Ｋ２６２　（略）	
（ぶどう膜）	
Ｋ２６３及びＫ２６４～Ｋ２６７　（略）	
Ｋ２６８　緑内障手術	
１　（略）	
２　流出路再建術	
イ　眼内法	14,490点
ロ　その他のもの	19,020点
３～６　（略）	
７　濾過胞再建術（needle法）	3,440点
Ｋ２６９～Ｋ２７３　（略）	

Ｋ１９９～Ｋ２１６　（略）	
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術	
１・２　（略）	
（新設）	
Ｋ２１８・Ｋ２１９　（略）	
（結膜）	
Ｋ２２０　結膜縫合術	1,260点
Ｋ２２１～Ｋ２２５－３　（略）	
（新設）	
（眼窩、涙腺）	
Ｋ２２６～Ｋ２３７　（略）	
（眼球、眼筋）	
Ｋ２３８～Ｋ２４１　（略）	
Ｋ２４２　斜視手術	
１～５　（略）	
（新設）	
Ｋ２４３～Ｋ２４５　（略）	
（角膜、強膜）	
Ｋ２４６～Ｋ２５９　（略）	
（新設）	
Ｋ２６０～Ｋ２６２　（略）	
（ぶどう膜）	
Ｋ２６３及びＫ２６４～Ｋ２６７　（略）	
Ｋ２６８　緑内障手術	
１　（略）	
２　流出路再建術	19,020点
（新設）	
（新設）	
３～６　（略）	
（新設）	
Ｋ２６９～Ｋ２７３　（略）	

（眼房、網膜）	（眼房、網膜）
Ｋ２７４～Ｋ２７７－２　（略）	Ｋ２７４～Ｋ２７７－２　（略）
（水晶体、硝子体）	（水晶体、硝子体）
Ｋ２７８～Ｋ２８４　（略）	Ｋ２７８～Ｋ２８４　（略）
第５款　耳鼻咽喉	第５款　耳鼻咽喉
区分	区分
（外耳）	（外耳）
Ｋ２８５～Ｋ２９８　（略）	Ｋ２８５～Ｋ２９８　（略）
Ｋ２９９　小耳症手術	Ｋ２９９　小耳症手術
１　軟骨移植による耳介形成手術　62,880点	１　軟骨移植による耳介形成手術　56,140点
２　（略）	２　（略）
（中耳）	（中耳）
Ｋ３００～Ｋ３０５　（略）	Ｋ３００～Ｋ３０５　（略）
Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術　24,490点	（新設）
Ｋ３０６～Ｋ３０８－２　（略）	Ｋ３０６～Ｋ３０８－２　（略）
Ｋ３０８－３　耳管用補綴（てつ）材挿入術　18,100点	（新設）
Ｋ３０９～Ｋ３１９　（略）	Ｋ３０９～Ｋ３１９　（略）
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	（新設）
１　上鼓室開放を伴わないもの　40,630点	
２　上鼓室・乳突洞開放を伴うもの　52,990点	
Ｋ３２０・Ｋ３２０－２　（略）	Ｋ３２０・Ｋ３２０－２　（略）
（内耳）	（内耳）
Ｋ３２１～Ｋ３２８－３　（略）	Ｋ３２１～Ｋ３２８－３　（略）
（鼻）	（鼻）
Ｋ３２９～Ｋ３４３　（略）	Ｋ３２９～Ｋ３４３　（略）
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔（くう）悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）　110,950点	（新設）
Ｋ３４４～Ｋ３４７－７　（略）	Ｋ３４４～Ｋ３４７－７　（略）
（副鼻腔（くう））	（副鼻腔（くう））
Ｋ３４８及びＫ３４９～Ｋ３６６　（略）	Ｋ３４８及びＫ３４９～Ｋ３６６　（略）

（咽頭、扁桃）
Ｋ３６７～Ｋ３８２－２　（略）
（喉頭、気管）
Ｋ３８３～Ｋ３８５　（略）
Ｋ３８６　気管切開術　3,450点
Ｋ３８６－２～Ｋ３８８－２　（略）
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）　1,500点
Ｋ３８９～Ｋ３９３　（略）
Ｋ３９４　喉頭悪性腫瘍手術
１　（略）
２　全摘　71,360点
Ｋ３９４－２～Ｋ４０３－２　（略）
第６款　顔面・口腔・頸部
区分
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）
Ｋ４０４　抜歯手術（１歯につき）
１　（略）
２　前歯　160点
３　臼歯　270点
４　埋伏歯　1,080点
注１　２又は３については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。
２　（略）
３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。
４　（略）
Ｋ４０５～Ｋ４０７－２　（略）

（咽頭、扁桃）
Ｋ３６７～Ｋ３８２－２　（略）
（喉頭、気管）
Ｋ３８３～Ｋ３８５　（略）
Ｋ３８６　気管切開術　3,080点
Ｋ３８６－２～Ｋ３８８－２　（略）
（新設）
Ｋ３８９～Ｋ３９３　（略）
Ｋ３９４　喉頭悪性腫瘍手術
１　（略）
２　全摘　63,710点
Ｋ３９４－２～Ｋ４０３－２　（略）
第６款　顔面・口腔・頸部
区分
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）
Ｋ４０４　抜歯手術（１歯につき）
１　（略）
２　前歯　155点
３　臼歯　265点
４　埋伏歯　1,054点
注１　２又は３については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。
２　（略）
３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。
４　（略）
Ｋ４０５～Ｋ４０７－２　（略）

（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）
Ｋ４０８～Ｋ４１４　（略）
Ｋ４１４－２　甲状舌管嚢胞摘出術　10,050点
Ｋ４１５　舌悪性腫瘍手術
１　（略）
２　亜全摘　84,080点
Ｋ４１６及びＫ４１７～Ｋ４１８－２　（略）
Ｋ４１９　頬、口唇、舌小帯形成手術　630点
Ｋ４２０　（略）
（顔面）
Ｋ４２１　口唇腫瘍摘出術
１　粘液嚢胞摘出術　1,020点
２　（略）
Ｋ４２２～Ｋ４２４　（略）
Ｋ４２５　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術　121,740点
Ｋ４２６～Ｋ４２６－２　（略）
（顔面骨、顎関節）
Ｋ４２７～Ｋ４４３　（略）
Ｋ４４４　下顎骨形成術
１　おとがい形成の場合　8,710点
２～４　（略）
注１・２　（略）
Ｋ４４４－２～Ｋ４４７　（略）
（唾液腺）
Ｋ４４８・Ｋ４４９　（略）
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）
１　表在性のもの　720点
２・３　（略）
注　（略）
Ｋ４５１～Ｋ４６０　（略）
（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））

（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）
Ｋ４０８～Ｋ４１４　（略）
Ｋ４１４－２　甲状舌管嚢胞摘出術　8,970点
Ｋ４１５　舌悪性腫瘍手術
１　（略）
２　亜全摘　75,070点
Ｋ４１６及びＫ４１７～Ｋ４１８－２　（略）
Ｋ４１９　頬、口唇、舌小帯形成手術　560点
Ｋ４２０　（略）
（顔面）
Ｋ４２１　口唇腫瘍摘出術
１　粘液嚢胞摘出術　910点
２　（略）
Ｋ４２２～Ｋ４２４　（略）
Ｋ４２５　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術　108,700点
Ｋ４２６～Ｋ４２６－２　（略）
（顔面骨、顎関節）
Ｋ４２７～Ｋ４４３　（略）
Ｋ４４４　下顎骨形成術
１　おとがい形成の場合　7,780点
２～４　（略）
注１・２　（略）
Ｋ４４４－２～Ｋ４４７　（略）
（唾液腺）
Ｋ４４８・Ｋ４４９　（略）
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）
１　表在性のもの　640点
２・３　（略）
注　（略）
Ｋ４５１～Ｋ４６０　（略）
（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））

Ｋ４６１～Ｋ４６５　（略）
（その他の頸部）
Ｋ４６６～Ｋ４７０　（略）
Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点
Ｋ４７１　（略）
第７款　胸部
区分
（乳腺）
Ｋ４７２～Ｋ４７６－４　（略）
（胸壁）
Ｋ４７７～Ｋ４８７　（略）
（胸腔、胸膜）
Ｋ４８８～Ｋ４９４　（略）
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術　13,500点
Ｋ４９５～Ｋ５０１－３　（略）
（縦隔）
Ｋ５０２～Ｋ５０４－２　（略）
（気管支、肺）
Ｋ５０５及びＫ５０６～Ｋ５０９　（略）
Ｋ５０９－２　気管支肺胞洗浄術　5,300点
注　（略）
Ｋ５０９－３～Ｋ５１４　（略）
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
１～３　（略）
４　気管支形成を伴う肺切除　81,420点
Ｋ５１４－３～Ｋ５１９　（略）
（食道）
Ｋ５２０～Ｋ５２８－３　（略）
Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
１～３　（略）
注１　（略）

Ｋ４６１～Ｋ４６５　（略）
（その他の頸部）
Ｋ４６６～Ｋ４７０　（略）
（新設）
Ｋ４７１　（略）
第７款　胸部
区分
（乳腺）
Ｋ４７２～Ｋ４７６－４　（略）
（胸壁）
Ｋ４７７～Ｋ４８７　（略）
（胸腔、胸膜）
Ｋ４８８～Ｋ４９４　（略）
（新設）
Ｋ４９５～Ｋ５０１－３　（略）
（縦隔）
Ｋ５０２～Ｋ５０４－２　（略）
（気管支、肺）
Ｋ５０５及びＫ５０６～Ｋ５０９　（略）
Ｋ５０９－２　気管支肺胞洗浄術　4,800点
注　（略）
Ｋ５０９－３～Ｋ５１４　（略）
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
１～３　（略）
（新設）
Ｋ５１４－３～Ｋ５１９　（略）
（食道）
Ｋ５２０～Ｋ５２８－３　（略）
Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
１～３　（略）
注１　（略）

２　血行再建を併せて行った場合は、3,000点を加算する。

Ｋ５２９－２　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

１　（略）

２　胸部、腹部の操作によるもの　122,290点

注　（略）

Ｋ５２９－３　（略）

Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術

１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　112,190点

２　頸部、腹部の操作によるもの　101,670点

Ｋ５３０・Ｋ５３０－２　（略）

Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術　12,470点

Ｋ５３１　（略）

Ｋ５３２　食道・胃静脈瘤手術

１　（略）

２　食道離断術を主とするもの　42,130点

Ｋ５３２－２～Ｋ５３３－２　（略）

Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術　8,990点

（横隔膜）

Ｋ５３４～Ｋ５３７－２　（略）

第８款　心・脈管

区分

（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）

Ｋ５３８～Ｋ５５１　（略）

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術

１　１吻合のもの　80,160点

２　（略）

注　（略）

Ｋ５５２－２・Ｋ５５３　（略）

Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破

２　血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。

Ｋ５２９－２　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

１　（略）

２　胸部、腹部の操作によるもの　109,190点

注　（略）

Ｋ５２９－３　（略）

（新設）

Ｋ５３０・Ｋ５３０－２　（略）

Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術　11,340点

Ｋ５３１　（略）

Ｋ５３２　食道・胃静脈瘤手術

１　（略）

２　食道離断術を主とするもの　37,620点

Ｋ５３２－２～Ｋ５３３－２　（略）

（新設）

（横隔膜）

Ｋ５３４～Ｋ５３７－２　（略）

第８款　心・脈管

区分

（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）

Ｋ５３８～Ｋ５５１　（略）

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術

１　１吻合のもの　71,570点

２　（略）

注　（略）

Ｋ５５２－２・Ｋ５５３　（略）

Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破

裂修復術	
1　単独のもの	128,020点
2・3　（略）	
Ｋ５５４～Ｋ５５５　（略）	
Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術	
1・2　（略）	
3　経皮的肺動脈弁置換術	39,060点
注　（略）	
Ｋ５５５－３～Ｋ５５９－３　（略）	
Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
1　上行大動脈	
イ・ロ　（略）	
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術	166,720点
ニ　（略）	
2～7　（略）	
注　（略）	
Ｋ５６０－２～Ｋ５６５　（略）	
Ｋ５６６　体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	50,030点
Ｋ５６７　（略）	
Ｋ５６７－２　経皮的大動脈形成術	37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５６８・Ｋ５６９　（略）	
Ｋ５７０　肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1　（略）	
2　右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	83,400点
Ｋ５７０－２　（略）	
Ｋ５７０－３　経皮的肺動脈形成術	31,280点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しな	

裂修復術	
1　単独のもの	114,300点
2・3　（略）	
Ｋ５５４～Ｋ５５５　（略）	
Ｋ５５５－２　経カテーテル大動脈弁置換術	
1・2　（略）	
（新設）	
注　（略）	
Ｋ５５５－３～Ｋ５５９－３　（略）	
Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
1　上行大動脈	
イ・ロ　（略）	
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点
ニ　（略）	
2～7　（略）	
注　（略）	
Ｋ５６０－２～Ｋ５６５　（略）	
Ｋ５６６　体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	44,670点
Ｋ５６７　（略）	
Ｋ５６７－２　経皮的大動脈形成術	37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
Ｋ５６８・Ｋ５６９　（略）	
Ｋ５７０　肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1　（略）	
2　右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点
Ｋ５７０－２　（略）	
Ｋ５７０－３　経皮的肺動脈形成術	31,280点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定し	

い。

Ｋ５７０－４　経皮的肺動脈穿通・拡大術　35,080点

注　（略）

Ｋ５７１～Ｋ５８５　（略）

Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

１　両方向性グレン手術　80,160点

２・３　（略）

注　（略）

Ｋ５８７～Ｋ５９３　（略）

Ｋ５９４　不整脈手術

１～３　（略）

４　左心耳閉鎖術

イ　（略）

ロ　胸腔鏡下によるもの　37,800点

ハ　（略）

注１　４のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０又はＫ５９４の３に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。

２　４のハについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５９４－２　（略）

Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５９５－２　（略）

Ｋ５９６　体外ペースメーキング術　3,770点

ない。

Ｋ５７０－４　経皮的肺動脈穿通・拡大術　35,080点

注　（略）

Ｋ５７１～Ｋ５８５　（略）

Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

１　両方向性グレン手術　71,570点

２・３　（略）

注　（略）

Ｋ５８７～Ｋ５９３　（略）

Ｋ５９４　不整脈手術

１～３　（略）

４　左心耳閉鎖術

イ　（略）

（新設）

ロ　（略）

注１　４のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０及びＫ５９４の３に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。

２　４のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５９４－２　（略）

Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ５９５－２　（略）

Ｋ５９６　体外ペースメーキング術　3,370点

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術
　　１　心筋電極の場合　16,870点
　　２・３　（略）
Ｋ５９７－２～Ｋ６０１　（略）
Ｋ６０１－２　体外式膜型人工肺（１日につき）
　　１　初日　30,150点
　　２　２日目以降　3,000点
　　注　カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｋ６０２～Ｋ６０５－５　（略）
　　（動脈）
Ｋ６０６・Ｋ６０７　（略）
Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　4,210点
Ｋ６０７－３～Ｋ６１２　（略）
Ｋ６１３　腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）　31,840点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術
　　１・２　（略）
　　３　腹腔内動脈　63,350点
　　４　頭、頸部動脈　61,660点
　　５　下腿、足部動脈　70,190点
　　６・７　（略）
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
　　１・２　（略）
　　３　その他のもの　20,480点
Ｋ６１５－２　経皮的大動脈遮断術　1,660点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６・Ｋ６１６－２　（略）

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術
　　１　心筋電極の場合　15,060点
　　２・３　（略）
Ｋ５９７－２～Ｋ６０１　（略）
（新設）
Ｋ６０２～Ｋ６０５－５　（略）
　　（動脈）
Ｋ６０６・Ｋ６０７　（略）
Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　3,760点
Ｋ６０７－３～Ｋ６１２　（略）
Ｋ６１３　腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）　31,840点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術
　　１・２　（略）
　　３　腹腔内動脈　56,560点
　　４　頭、頸部動脈　55,050点
　　５　下腿、足部動脈　62,670点
　　６・７　（略）
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
　　１・２　（略）
　　３　その他のもの　18,620点
Ｋ６１５－２　経皮的大動脈遮断術　1,660点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ６１６・Ｋ６１６－２　（略）

Ｋ６１６－３　経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）　27,500点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	Ｋ６１６－３　経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）　24,550点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ６１６－４～Ｋ６１６－６　（略）	Ｋ６１６－４～Ｋ６１６－６　（略）
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）　12,000点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	（新設）
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）　1,680点	（新設）
（静脈）	（静脈）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術	Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術
１～３　（略）	１～３　（略）
４　静脈瘤切除術　1,820点	（新設）
Ｋ６１７－２～Ｋ６２３－２　（略）	Ｋ６１７－２～Ｋ６２３－２　（略）
（リンパ管、リンパ節）	（リンパ管、リンパ節）
Ｋ６２４～Ｋ６２６－２　（略）	Ｋ６２４～Ｋ６２６－２　（略）
Ｋ６２７　リンパ節群郭清術	Ｋ６２７　リンパ節群郭清術
１～５　（略）	１～５　（略）
６　鼠径部及び股部　9,760点	６　鼠径部及び股部　8,710点
７　後腹膜　46,350点	７　後腹膜　41,380点
８　（略）	８　（略）
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術	Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術
１～３　（略）	１～３　（略）
４　側方　41,090点	（新設）
注　１及び３については泌尿器がん（１については精巣がんに限る。）から、２については子宮体がんから、４については直腸がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	注　１及び３については泌尿器がん（１については精巣がんに限る。）から、２については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２７－３～Ｋ６２８　（略）	Ｋ６２７－３～Ｋ６２８　（略）
第９款　腹部	第９款　腹部
区分	区分

（腹壁、ヘルニア）
Ｋ６２９～Ｋ６３４　（略）
（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）
Ｋ６３５～Ｋ６３６－４　（略）
Ｋ６３７　限局性腹腔膿瘍手術
１～３　（略）
４　その他のもの　10,380点
Ｋ６３７－２　経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６３８～Ｋ６４１　（略）
Ｋ６４２　大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
１　腸切除を伴わないもの　16,000点
２　（略）
Ｋ６４２－２・Ｋ６４２－３　（略）
Ｋ６４３　後腹膜悪性腫瘍手術　54,330点
Ｋ６４３－２・Ｋ６４４　（略）
Ｋ６４５　骨盤内臓全摘術　135,500点
（胃、十二指腸）
Ｋ６４６～Ｋ６５３－５　（略）
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術　12,000点
Ｋ６５４～Ｋ６５５　（略）
Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術
１・２　（略）
３　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　73,590点
注　（略）
Ｋ６５５－３・Ｋ６５５－４　（略）
Ｋ６５５－５　腹腔鏡下噴門側胃切除術
１・２　（略）
３　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる

（腹壁、ヘルニア）
Ｋ６２９～Ｋ６３４　（略）
（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）
Ｋ６３５～Ｋ６３６－４　（略）
Ｋ６３７　限局性腹腔膿瘍手術
１～３　（略）
４　その他のもの　9,270点
Ｋ６３７－２　経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ６３８～Ｋ６４１　（略）
Ｋ６４２　大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
１　腸切除を伴わないもの　14,290点
２　（略）
Ｋ６４２－２・Ｋ６４２－３　（略）
Ｋ６４３　後腹膜悪性腫瘍手術　48,510点
Ｋ６４３－２・Ｋ６４４　（略）
Ｋ６４５　骨盤内臓全摘術　120,980点
（胃、十二指腸）
Ｋ６４６～Ｋ６５３－５　（略）
（新設）
Ｋ６５４～Ｋ６５５　（略）
Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術
１・２　（略）
（新設）
注　（略）
Ｋ６５５－３・Ｋ６５５－４　（略）
Ｋ６５５－５　腹腔鏡下噴門側胃切除術
１・２　（略）
（新設）

もの）　80,000点 注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。 Ｋ６５６・Ｋ６５６－２　（略） Ｋ６５７　胃全摘術 １・２　（略） ３　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）　79,670点 注　（略） Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術 １・２　（略） ３　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）　94,780点 ４　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　98,850点 注　（略） Ｋ６５８～Ｋ６６８－２　（略） （胆嚢、胆道） Ｋ６６９～Ｋ６７４－２　（略） Ｋ６７５　胆嚢悪性腫瘍手術 １　胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）　50,980点 ２　肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの　64,720点 ３～５　（略） Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）　70,220点 Ｋ６７６　（略） Ｋ６７７　胆管悪性腫瘍手術 １・２　（略） ３　肝外胆道切除術によるもの　50,000点	注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。 Ｋ６５６・Ｋ６５６－２　（略） Ｋ６５７　胃全摘術 １・２　（略） （新設） 注　（略） Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術 １・２　（略） （新設） （新設） 注　（略） Ｋ６５８～Ｋ６６８－２　（略） （胆嚢、胆道） Ｋ６６９～Ｋ６７４－２　（略） Ｋ６７５　胆嚢悪性腫瘍手術 １　胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）　45,520点 ２　肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの　57,790点 ３～５　（略） （新設） Ｋ６７６　（略） Ｋ６７７　胆管悪性腫瘍手術 １・２　（略） （新設）

４　その他のもの	94,860点
Ｋ６７７－２　肝門部胆管悪性腫瘍手術	
１　血行再建あり	202,710点
２　（略）	
Ｋ６７８～Ｋ６８９－２　（略）	
（肝）	
Ｋ６９０～Ｋ６９４　（略）	
Ｋ６９５　肝切除術	
１　（略）	
２　亜区域切除	63,030点
３～７　（略）	
注　（略）	
Ｋ６９５－２～Ｋ６９７－３　（略）	
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）	
１　腹腔鏡によるもの	105,000点
２　その他のもの	82,800点
注　（略）	
Ｋ６９７－５～Ｋ６９７－７　（略）	
（膵）	
Ｋ６９８～Ｋ７０１　（略）	
Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術	
１　膵尾部切除術の場合	
イ　脾同時切除の場合	26,880点
ロ　（略）	
２　（略）	
３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	59,060点
４　（略）	
Ｋ７０２－２　（略）	
Ｋ７０３　膵頭部腫瘍切除術	
１　膵頭十二指腸切除術の場合	91,410点

３　その他のもの	84,700点
Ｋ６７７－２　肝門部胆管悪性腫瘍手術	
１　血行再建あり	180,990点
２　（略）	
Ｋ６７８～Ｋ６８９－２　（略）	
（肝）	
Ｋ６９０～Ｋ６９４　（略）	
Ｋ６９５　肝切除術	
１　（略）	
２　亜区域切除	56,280点
３～７　（略）	
注　（略）	
Ｋ６９５－２～Ｋ６９７－３　（略）	
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）	82,800点
（新設）	
（新設）	
注　（略）	
Ｋ６９７－５～Ｋ６９７－７　（略）	
（膵）	
Ｋ６９８～Ｋ７０１　（略）	
Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術	
１　膵尾部切除術の場合	
イ　脾同時切除の場合	24,000点
ロ　（略）	
２　（略）	
３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点
４　（略）	
Ｋ７０２－２　（略）	
Ｋ７０３　膵頭部腫瘍切除術	
１　膵頭十二指腸切除術の場合	81,620点

２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合　97,230点

３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合　97,230点

４　（略）

Ｋ７０３－２　（略）

Ｋ７０４　膵全摘術　115,390点

Ｋ７０５～Ｋ７０９－２　（略）

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術　112,570点

注１　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く死体膵を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７０９－４　（略）

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術　140,420点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く死体膵腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７０９－６　同種死体膵島移植術　56,490点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２～４　（略）

（脾）

Ｋ７１０～Ｋ７１１－２　（略）

（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）

２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合　86,810点

３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合　86,810点

４　（略）

Ｋ７０３－２　（略）

Ｋ７０４　膵全摘術　103,030点

Ｋ７０５～Ｋ７０９－２　（略）

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術　112,570点

注１　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）第６条第２号に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く死体膵を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７０９－４　（略）

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術　140,420点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２号に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く死体膵腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７０９－６　同種死体膵島移植術　56,490点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２号に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２～４　（略）

（脾）

Ｋ７１０～Ｋ７１１－２　（略）

（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）

Ｋ７１２～Ｋ７１８－２　（略）	Ｋ７１２～Ｋ７１８－２　（略）
Ｋ７１９　結腸切除術	Ｋ７１９　結腸切除術
１・２　（略）	１・２　（略）
３　全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術　39,960点	３　全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術　35,680点
注　（略）	注　（略）
Ｋ７１９－２～Ｋ７２０　（略）	Ｋ７１９－２～Ｋ７２０　（略）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年１回に限り5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
２　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７２１－２　（略）	Ｋ７２１－２　（略）
Ｋ７２１－３　内視鏡的結腸異物摘出術　5,360点	Ｋ７２１－３　内視鏡的結腸異物摘出術　5,360点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術　22,040点	Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術　22,040点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術　11,800点	（新設）
Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術　10,390点	Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術　10,390点
注１　（略）	注　（略）
２　スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７２３・Ｋ７２４　（略）	Ｋ７２３・Ｋ７２４　（略）
Ｋ７２５　腸瘻、虫垂瘻造設術　9,890点	Ｋ７２５　腸瘻、虫垂瘻造設術　8,830点

Ｋ７２５－２～Ｋ７２８　（略）	Ｋ７２５－２～Ｋ７２８　（略）
Ｋ７２９　腸閉鎖症手術	Ｋ７２９　腸閉鎖症手術
１　腸管切除を伴わないもの　13,650点	１　腸管切除を伴わないもの　12,190点
２　（略）	２　（略）
Ｋ７２９－２～Ｋ７３２　（略）	Ｋ７２９－２～Ｋ７３２　（略）
Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。）　40,450点	Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）　40,450点
Ｋ７３３～Ｋ７３５　（略）	Ｋ７３３～Ｋ７３５　（略）
Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）　11,090点	Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）　11,090点
注１　（略）	注　（略）
２　スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７３５－３～Ｋ７３６　（略） （直腸）	Ｋ７３５－３～Ｋ７３６　（略） （直腸）
Ｋ７３７～Ｋ７３９－３　（略）	Ｋ７３７～Ｋ７３９－３　（略）
Ｋ７４０　直腸切除・切断術	Ｋ７４０　直腸切除・切断術
１～５　（略）	１～５　（略）
注１　（略）	注　（略）
２　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術	Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術
１・２　（略）	１・２　（略）
３　超低位前方切除術　91,470点	（新設）
４　経肛門吻合を伴う切除術　100,470点	（新設）
５　（略）	３　（略）
注１　１から３までについては、人工肛門造設術を	注　１及び２については、人工肛門造設術を併せて

併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。 ２　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。 （新設）
Ｋ７４０－３～Ｋ７４２－２　（略）	Ｋ７４０－３～Ｋ７４２－２　（略）
（肛門、その周辺）	（肛門、その周辺）
Ｋ７４３～Ｋ７４６－２　（略）	Ｋ７４３～Ｋ７４６－２　（略）
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）　1,660点	（新設）
Ｋ７４７～Ｋ７５３　（略）	Ｋ７４７～Ｋ７５３　（略）
第10款　尿路系・副腎	第10款　尿路系・副腎
区分	区分
（副腎）	（副腎）
Ｋ７５４～Ｋ７５５－２　（略）	Ｋ７５４～Ｋ７５５－２　（略）
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	（新設）
１　１センチメートル未満　16,000点	
２　１センチメートル以上　22,960点	
Ｋ７５６・Ｋ７５６－２　（略）	Ｋ７５６・Ｋ７５６－２　（略）
（腎、腎盂）	（腎、腎盂）
Ｋ７５７～Ｋ７６９　（略）	Ｋ７５７～Ｋ７６９　（略）
Ｋ７６９－２　腹腔鏡下腎部分切除術　49,200点	Ｋ７６９－２　腹腔鏡下腎部分切除術　43,930点
Ｋ７６９－３～Ｋ７７１　（略）	Ｋ７６９－３～Ｋ７７１　（略）
Ｋ７７２　腎摘出術　21,010点	Ｋ７７２　腎摘出術　18,760点
Ｋ７７２－２～Ｋ７７３－４　（略）	Ｋ７７２－２～Ｋ７７３－４　（略）
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　70,730点
１　原発病巣が７センチメートル以下のもの　70,730点	（新設）
２　その他のもの　64,720点	（新設）

Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　64,720点

Ｋ７７４～Ｋ７７９－３　（略）

Ｋ７８０　同種死体腎移植術　98,770点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７８０－２　（略）

（尿管）

Ｋ７８１～Ｋ７９４－２　（略）

（膀胱）

Ｋ７９５～Ｋ８００－２　（略）

Ｋ８００－３　膀胱水圧拡張術　6,410点

注１・２　（略）

３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）　9,930点

Ｋ８０１～Ｋ８０２－６　（略）

Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術

１～３　（略）

４　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　120,740点

５　（略）

６　経尿道的手術

イ　電解質溶液利用のもの　13,530点

ロ　（略）

注　（略）

Ｋ８０３－２　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

（新設）

Ｋ７７４～Ｋ７７９－３　（略）

Ｋ７８０　同種死体腎移植術　98,770点

注１　臓器の移植に関する法律第６条第２号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

２・３　（略）

Ｋ７８０－２　（略）

（尿管）

Ｋ７８１～Ｋ７９４－２　（略）

（膀胱）

Ｋ７９５～Ｋ８００－２　（略）

Ｋ８００－３　膀胱水圧拡張術　6,410点

注１・２　（略）

３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

（新設）

Ｋ８０１～Ｋ８０２－６　（略）

Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術

１～３　（略）

４　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　107,800点

５　（略）

６　経尿道的手術

イ　電解質溶液利用のもの　12,300点

ロ　（略）

注　（略）

Ｋ８０３－２　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

の）　86,110点
２・３　（略）
Ｋ８０３－３～Ｋ８１２－２　（略）
（尿道）
Ｋ８１３～Ｋ８２１－２　（略）
Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術　12,300点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ８２２～Ｋ８２３－６　（略）
Ｋ８２３－７　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）　37,690点

第11款　性器

区分
（陰茎）
Ｋ８２４～Ｋ８２７　（略）
Ｋ８２８　包茎手術
１　背面切開術　830点
２　（略）
Ｋ８２８－２　（略）
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術　7,760点
Ｋ８２９～Ｋ８３４－３　（略）
Ｋ８３５　陰嚢水腫手術
１　鼠径部切開によるもの　3,980点
２　（略）
Ｋ８３６～Ｋ８３８　（略）
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術
１　単純なもの　12,400点
２　顕微鏡を用いたもの　24,600点
（精嚢、前立腺）
Ｋ８３９～Ｋ８４１　（略）

の）　76,880点
２・３　（略）
Ｋ８０３－３～Ｋ８１２－２　（略）
（尿道）
Ｋ８１３～Ｋ８２１－２　（略）
Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術　12,300点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ８２２～Ｋ８２３－６　（略）
（新設）

第11款　性器

区分
（陰茎）
Ｋ８２４～Ｋ８２７　（略）
Ｋ８２８　包茎手術
１　背面切開術　740点
２　（略）
Ｋ８２８－２　（略）
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）
（新設）
Ｋ８２９～Ｋ８３４－３　（略）
Ｋ８３５　陰嚢水腫手術
１　交通性陰嚢水腫手術　3,620点
２　（略）
Ｋ８３６～Ｋ８３８　（略）
（新設）

（精嚢、前立腺）
Ｋ８３９～Ｋ８４１　（略）

Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
１　（略）	
２　ツリウムレーザーを用いるもの	18,190点
３　（略）	
Ｋ８４１－３～Ｋ８４１－５　（略）	
Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術	12,300点
Ｋ８４２～Ｋ８４３－４　（略）	
（外陰、会陰）	
Ｋ８４４～Ｋ８５１－３　（略）	
（腟）	
Ｋ８５２～Ｋ８６０－２　（略）	
Ｋ８６０－３　腹腔鏡下腟断端挙上術	43,870点
（子宮）	
Ｋ８６１～Ｋ８７８－２　（略）	
Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術	69,440点
Ｋ８７９－２～Ｋ８８２　（略）	
Ｋ８８２－３　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	32,290点
Ｋ８８３～Ｋ８８４　（略）	
Ｋ８８４－２　人工授精	1,820点
Ｋ８８４－３　胚移植術	
１　新鮮胚移植の場合	7,500点
２　凍結・融解胚移植の場合	12,000点
注１　患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者１人につき６回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者１人につき３回に限り算定する。	
２　アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
３　高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。	

Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
１　（略）	
（新設）	
２　（略）	
Ｋ８４１－３～Ｋ８４１－５　（略）	
（新設）	
Ｋ８４２～Ｋ８４３－４　（略）	
（外陰、会陰）	
Ｋ８４４～Ｋ８５１－３　（略）	
（腟）	
Ｋ８５２～Ｋ８６０－２　（略）	
（新設）	
（子宮）	
Ｋ８６１～Ｋ８７８－２　（略）	
Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術	62,000点
Ｋ８７９－２～Ｋ８８２　（略）	
（新設）	
Ｋ８８３～Ｋ８８４　（略）	
（新設）	
（新設）	

（子宮附属器）
Ｋ８８５～Ｋ８８８　（略）
Ｋ８８８－２　卵管全摘除術、卵管腫瘤（りゅう）全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）
１　開腹によるもの　13,960点
２　（略）
Ｋ８８９～Ｋ８９０－３　（略）
Ｋ８９０－４　採卵術　3,200点
注　採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。
イ　１個の場合　2,400点
ロ　２個から５個までの場合　3,600点
ハ　６個から９個までの場合　5,500点
ニ　10個以上の場合　7,200点
（産科手術）
Ｋ８９１～Ｋ８９４　（略）
Ｋ８９５　会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩（べん）時）　1,710点
Ｋ８９６～Ｋ９１０－５　（略）
Ｋ９１０－６　臍帯穿刺（さいせん）　3,800点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ９１１～Ｋ９１３　（略）
（その他）
Ｋ９１３－２　（略）
第12款　（略）
第13款　手術等管理料
区分
Ｋ９１４・Ｋ９１５　（略）
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
１　７日目まで　4,500点
２　８日目以降14日目まで　4,000点

（子宮附属器）
Ｋ８８５～Ｋ８８８　（略）
Ｋ８８８－２　卵管全摘除術、卵管腫瘤（りゅう）全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）
１　開腹によるもの　12,460点
２　（略）
Ｋ８８９～Ｋ８９０－３　（略）
（新設）
（産科手術）
Ｋ８９１～Ｋ８９４　（略）
Ｋ８９５　会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩（べん）時）　1,530点
Ｋ８９６～Ｋ９１０－５　（略）
（新設）
Ｋ９１１～Ｋ９１３　（略）
（その他）
Ｋ９１３－２　（略）
第12款　（略）
第13款　臓器提供管理料
区分
Ｋ９１４・Ｋ９１５　（略）
（新設）

３　15日目以降　3,000点 注　治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料	（新設）
１　体外受精　4,200点 ２　顕微授精 イ　１個の場合　4,800点 ロ　２個から５個までの場合　6,800点 ハ　６個から９個までの場合　10,000点 ニ　10個以上の場合　12,800点 注１　体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、１の所定点数の100分の50に相当する点数及び２の所定点数を合算した点数により算定する。 ２　区分番号Ｋ８３８－２に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。 ３　２について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料	（新設）
１　１個の場合　4,500点 ２　２個から５個までの場合　6,000点 ３　６個から９個までの場合　8,400点 ４　10個以上の場合　10,500点 注　胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。 イ　１個の場合　1,500点	

ロ　２個から５個までの場合　2,000点 ハ　６個から９個までの場合　2,500点 ニ　10個以上の場合　3,000点 Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料 １　胚凍結保存管理料（導入時） イ　１個の場合　5,000点 ロ　２個から５個までの場合　7,000点 ハ　６個から９個までの場合　10,200点 ニ　10個以上の場合　13,000点 ２　胚凍結保存維持管理料　3,500点 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。	（新設）
第２節　輸血料	第２節　輸血料
区分	区分
Ｋ９２０～Ｋ９２１－２　（略）	Ｋ９２０～Ｋ９２１－２　（略）
Ｋ９２１－３　末梢血単核球採取（一連につき） １　採取のみを行う場合　14,480点 ２　採取、細胞調整及び凍結保存を行う場合　19,410点	Ｋ９２１－３　末梢血単核球採取（一連につき）　17,440点 （新設） （新設） 注　チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者１人につき１回に限り算定する。
（削る）	
Ｋ９２２　（略）	Ｋ９２２　（略）
Ｋ９２２－２　ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与（一連につき）　30,850点	Ｋ９２２－２　ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与（一連につき）　30,850点
（削る）	注１　チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患

注１・２　（略）

Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）　22,280点

注　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２３～Ｋ９２４－３　（略）

第３節　手術医療機器等加算

区分

Ｋ９３０～Ｋ９３５　（略）

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４からＫ５１４－６まで、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ６４５、Ｋ６５４－３、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ６９７－４、Ｋ７００からＫ７００－３まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０４、Ｋ７０５の２、Ｋ７０６、Ｋ７０９－２からＫ７０９－５まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６からＫ７１６－６まで、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７

者１人につき１回に限り算定する。

２・３　（略）

（新設）

Ｋ９２３～Ｋ９２４－３　（略）

第３節　手術医療機器等加算

区分

Ｋ９３０～Ｋ９３５　（略）

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４からＫ５１４－６まで、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ６４５、Ｋ６５４－３の２、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ６９７－４、Ｋ７００からＫ７００－３まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０５の２、Ｋ７０６、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６からＫ７１６－６まで、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３

３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ７７９－３、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

２　区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０、Ｋ５９４の３及びＫ５９４の４のロに掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－２～Ｋ９３８　（略）

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

１　（略）

２　実物大臓器立体モデルによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ１３６、Ｋ１４２の６、Ｋ１４２－２、Ｋ１５１－２、Ｋ１６２、Ｋ１８０、Ｋ２２７、Ｋ２２８、Ｋ２３６、Ｋ２３７、Ｋ３１３、Ｋ３１４の２、Ｋ４０６の２、Ｋ４２７、Ｋ４２７－２、Ｋ４２９、Ｋ４３３、Ｋ４３４及びＫ４３６からＫ４４４－２までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

３　（略）

注　区分番号Ｋ０８２、Ｋ０８２－３、Ｋ４３７からＫ４３９まで及びＫ４４４に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

Ｋ９３９－２～Ｋ９３９－８　（略）

Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算　5,190点

第４節・第５節　（略）

９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

２　区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０及びＫ５９４の３に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－２～Ｋ９３８　（略）

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

１　（略）

２　実物大臓器立体モデルによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ１３６、Ｋ１４２の６、Ｋ１４２－２、Ｋ１５１－２、Ｋ１６２、Ｋ１８０、Ｋ２２７、Ｋ２２８、Ｋ２３６、Ｋ２３７、Ｋ３１３、Ｋ３１４の２、Ｋ４０６の２、Ｋ４２７、Ｋ４２７－２、Ｋ４２９、Ｋ４３３、Ｋ４３４及びＫ４３６からＫ４４４までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

３　（略）

注　区分番号Ｋ０８２及びＫ０８２－３に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

Ｋ９３９－２～Ｋ９３９－８　（略）

（新設）

第４節・第５節　（略）

第11部　麻酔

通則

（略）

第１節　麻酔料

区分

Ｌ０００～Ｌ００８　（略）

Ｌ００８－２　体温維持療法（１日につき）　12,200点

注１　体温維持療法を開始してから３日間を限度として算定する。

２　心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－３　（略）

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

１・２　（略）

注１～４　（略）

５　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

Ｌ０１０　麻酔管理料(Ⅱ)

１・２　（略）

注１　（略）

２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等

第11部　麻酔

通則

（略）

第１節　麻酔料

区分

Ｌ０００～Ｌ００８　（略）

Ｌ００８－２　低体温療法（１日につき）　12,200点

注１　低体温療法を開始してから３日間を限度として算定する。

２　心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－３　（略）

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

１・２　（略）

注１～４　（略）

（新設）

Ｌ０１０　麻酔管理料(Ⅱ)

１・２　（略）

注　（略）

（新設）

において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００　（略）

Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

１～４　（略）

注　上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号Ｌ１０２に掲げる神経幹内注射で算定する。

Ｌ１０２～Ｌ１０５　（略）

第３節・第４節　（略）

第12部　放射線治療

通則

（略）

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

１～５　（略）

６　神経内分泌腫瘍に対するもの　2,660点

７　褐色細胞腫に対するもの　1,820点

注１～４　（略）

５　６については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００　（略）

Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

１～４　（略）

注　上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号Ｌ１０２に掲げる神経幹内注射で算定する。

Ｌ１０２～Ｌ１０５　（略）

第３節・第４節　（略）

第12部　放射線治療

通則

（略）

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

１～５　（略）

（新設）

（新設）

注１～４　（略）

（新設）

６　７については、ＭＩＢＧ集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

Ｍ００１　体外照射

１・２　（略）

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。

３　（略）

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が３Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

注１～５　（略）

Ｍ００１－２～Ｍ００１－４　（略）

Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

187,500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

（新設）

Ｍ００１　体外照射

１・２　（略）

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

３　（略）

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、１回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

注１～５　（略）

Ｍ００１－２～Ｍ００１－４　（略）

（新設）

２　ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。 ４　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
Ｍ００２～Ｍ００５　（略） 第２節　（略） 第13部　病理診断 通則 （略） 第１節　（略） 第２節　病理診断・判断料 区分 Ｎ００６　病理診断料 １　組織診断料　520点 ２　（略） 注１～５　（略） Ｎ００７　病理判断料　130点 注１・２　（略）	Ｍ００２～Ｍ００５　（略） 第２節　（略） 第13部　病理診断 通則 （略） 第１節　（略） 第２節　病理診断・判断料 区分 Ｎ００６　病理診断料 １　組織診断料　450点 ２　（略） 注１～５　（略） Ｎ００７　病理判断料　150点 注１・２　（略）

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

（略）

第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項

１　緊急時施設治療管理料　500点

注　平成18年７月１日から令和６年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。

２～４　（略）

第２部　（略）

第４章　経過措置

１　（略）

（削る）

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

（略）

第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項

１　緊急時施設治療管理料　500点

注　平成18年７月１日から令和４年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。

２～４　（略）

第２部　（略）

第４章　経過措置

１　（略）

２　令和２年９月30日までの間における区分番号Ａ０００の注２及びＡ００２の注２の適用については、Ａ０００の注２中「地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）」と、Ａ００２の注２中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）」とあるのは「病院

	である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。
（削る）	３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和４年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
（削る）	４　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和４年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。 イ　区分番号Ｄ００１の２に掲げるＢｅｎｃｅ　Ｊｏｎｅｓ蛋（たん）白定性（尿） ロ　区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるもの ハ　区分番号Ｄ００７の22に掲げるＣＫ－ＭＢ（免疫阻害法・蛋（たん）白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの ニ　区分番号Ｄ０２４に掲げる動物使用検査 ホ　区分番号Ｄ２７６に掲げる網膜中心血管圧測定
（削る）	５　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｉ０１６の１のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和３年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
２　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ０００の注14のただし書の規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	（新設）
３　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１０１の注１及び注11の規定については、令和４年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、なお従前の例による。	（新設）
４　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	（新設）
５　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げる	（新設）

アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	

別紙１－２　歯科診療報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第二 　　歯科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章・第２章　（略） 第３章　経過措置 　　第１章　基本診療料 　　第１部　初・再診料 通則 （略） 　　第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料 　　１　歯科初診料　264点 　　２　（略） 　　注１～９　（略） 　　10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。 　　11　（略） 　　12　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす	別表第二 　　歯科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章・第２章　（略） （新設） 　　第１章　基本診療料 　　第１部　初・再診料 通則 （略） 　　第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料 　　１　歯科初診料　261点 　　２　（略） 　　注１～９　（略） 　　10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。 　　11　（略） 　　（新設）

歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り７点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、月１回に限り３点を所定点数に加算する。	
Ａ００１　（略）	Ａ００１　（略）
第２節　再診料	第２節　再診料
区分	区分
Ａ００２　再診料	Ａ００２　再診料
１　歯科再診料　56点	１　歯科再診料　53点
２　（略）	２　（略）
注１～６　（略）	注１～６　（略）
７　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。	７　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。
８・９　（略）	８・９　（略）
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。	（新設）
第２部　入院料等	第２部　入院料等

通則

（略）

第１節　入院基本料

通則

（略）

区分

Ａ１００～Ａ１０３　（略）

Ａ１０３－２　障害者施設等入院基本料

Ａ１０４～Ａ１０６　（略）

第２節　入院基本料等加算

通則

１　本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号Ａ２５０に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。この場合において、医科点数表の区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院」と読み替えるものとする。

２　（略）

区分

Ａ２００　（略）

Ａ２００－２　急性期充実体制加算

Ａ２０１からＡ２０３まで～Ａ２０４－２　（略）

Ａ２０４－３　紹介受診重点医療機関入院診療加算

Ａ２０５～Ａ２２４　（略）

通則

（略）

第１節　入院基本料

通則

（略）

区分

Ａ１００～Ａ１０３　（略）

（新設）

Ａ１０４～Ａ１０６　（略）

第２節　入院基本料等加算

通則

１　本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号Ａ２５０に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。

２　（略）

区分

Ａ２００　（略）

（新設）

Ａ２０１からＡ２０３まで～Ａ２０４－２　（略）

（新設）

Ａ２０５～Ａ２２４　（略）

Ａ２２４－２　感染対策向上加算
Ａ２２４－３　（略）
Ａ２２４－４　重症患者初期支援充実加算
Ａ２２４－５　報告書管理体制加算
Ａ２２５～Ａ２４２　（略）
Ａ２４２－２　術後疼痛管理チーム加算
Ａ２４３～Ａ２５０　（略）
第３節　（略）
第４節　短期滞在手術等基本料
区分
Ａ４００　短期滞在手術等基本料
注１　（略）
２　短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。この場合において、同注３中「及び第11部麻酔」とあるのは「並びに第11部麻酔及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第２章第10部麻酔」と、同注３のル中「麻酔管理料(1)　区分番号Ｌ００９に掲げるもの」とあるのは「麻酔管理料(1)及び歯科麻酔管理料　区分番号Ｌ００９に掲げるもの及び歯科点数表の区分番号Ｋ００４に掲げるもの」と読み替えるものとする。
第２章　特掲診療料
第１部　医学管理等
区分
Ｂ０００からＢ０００－３まで　（略）
Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点
注１～７　（略）
８　16歳未満のう蝕に罹患している患者であっ

Ａ２２４－２　感染防止対策加算
Ａ２２４－３　（略）
（新設）
（新設）
Ａ２２５～Ａ２４２　（略）
（新設）
Ａ２４３～Ａ２５０　（略）
第３節　（略）
第４節　短期滞在手術等基本料
区分
Ａ４００　短期滞在手術等基本料
注１　（略）
２　短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。
第２章　特掲診療料
第１部　医学管理等
区分
Ｂ０００からＢ０００－３まで　（略）
Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点
注１～７　（略）
８　13歳未満のう蝕に罹患している患者であっ

て、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

９・10　（略）

11　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12　（略）

Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　100点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同

て、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

９・10　（略）

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12　（略）

Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　100点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２・３　（略）

Ｂ０００－４－３～Ｂ００４－１－２　（略）

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１　（略）

２　歯科医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

３　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２・３　（略）

Ｂ０００－４－３～Ｂ００４－１－２　（略）

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１　（略）

２　歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

３　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師、その指示に基づき看護師又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３・４　（略）

５　３について、区分番号Ｂ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注５に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４～Ｂ００４－１－７　（略）

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３・４　（略）

５　３について、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注５に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４～Ｂ００４－１－７　（略）

（新設）

外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注５、注７及び注８に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注３、注５及び注６に規定する加算を除く。）又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料の３は、別に算定できない。

２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。

３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。

４　退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

５　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行っ

た場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）

Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－３　（略）

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。

３　（略）

Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）

Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２、Ｉ０１０及びＩ０１１－３に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－３　（略）

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号Ｂ０１１－２に掲げる診療情報提供料⑶の費用は、所定点数に含まれる。

３　（略）

Ｂ００６－３－３　（略）	Ｂ００６－３－３　（略）
Ｂ００６－３－４　療養・就労両立支援指導料	Ｂ００６－３－４　療養・就労両立支援指導料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法12条の２に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。
４　（略）	４　（略）
Ｂ００６－３－５　こころの連携指導料(Ⅰ)　350点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	

いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｂ００７～Ｂ０１１　（略）

Ｂ０１１－２　連携強化診療情報提供料　150点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

２　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める

Ｂ００７～Ｂ０１１　（略）

Ｂ０１１－２　診療情報提供料Ⅲ　150点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

（新設）

外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

３　注１及び注２に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注１の規定にかかわらず、月１回に限り算定する。

医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月１回）に限り算定する。 ４　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 Ｂ０１１－３・Ｂ０１１－４　（略） Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、医科点数表の区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。 Ｂ０１２～Ｂ０１８　（略） 第２部　在宅医療 区分 Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき） １～３　（略） 注１～３　（略） ４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯	３　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 Ｂ０１１－３・Ｂ０１１－４　（略） （新設） Ｂ０１２～Ｂ０１８　（略） 第２部　在宅医療 区分 Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき） １～３　（略） 注１～３　（略） ４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する

科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。	点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
５・６　（略）	５・６　（略）
７　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	７　別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。
イ　緊急歯科訪問診療加算	（新設）
⑴　歯科訪問診療１を算定する場合　425点	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　140点	
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　70点	
ロ　夜間歯科訪問診療加算	（新設）
⑴　歯科訪問診療１を算定する場合　850点	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　280点	
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　140点	
ハ　深夜歯科訪問診療加算	（新設）
⑴　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　560点	
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　280点	
８～12　（略）	８～12　（略）
13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診	13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診

療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　264点 ロ　再診時　56点 14・15　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　261点 ロ　再診時　53点 14・15　（略） （新設）
Ｃ００１・Ｃ００１－２　（略）	Ｃ００１・Ｃ００１－２　（略）
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料 １　在宅療養支援歯科診療所１の場合　340点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　230点 ３　（略） 注１～３　（略） ４　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理	Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料 １　在宅療養支援歯科診療所１の場合　320点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　250点 ３　（略） 注１～３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文

加算として50点を所定点数に加算する。

５～７　（略）

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで又はＭ００３－３に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

１　10歯未満　400点

２　10歯以上20歯未満　500点

３　20歯以上　600点

注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合

書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

５～７　（略）

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２、Ｉ０１０及びＩ０１１－３に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで又はＭ００３－３に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

１　10歯未満　350点

２　10歯以上20歯未満　450点

３　20歯以上　550点

注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算

に、月４回に限り算定する。 ２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ３・４　（略） ５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 ６・７　（略）	定する。 ２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療⑴、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療⑵、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。 ３・４　（略） ５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 ６・７　（略）
Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　600点 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該	Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　450点 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理

患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。	を行った場合に、月４回に限り算定する。
２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。	２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。
３・４　（略）	３・４　（略）
５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
６・７　（略）	６・７　（略）
Ｃ００２　救急搬送診療料　1,300点	Ｃ００２　救急搬送診療料　1,300点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　注１に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点	（新設）

数に加算する。	
Ｃ００３～Ｃ００８　（略）	Ｃ００３～Ｃ００８　（略）
第３部　検査	第３部　検査
通則	通則
（略）	（略）
第１節　検査料	第１節　検査料
区分	区分
（歯科一般検査）	（歯科一般検査）
Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）	Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）
Ｄ００２－６　口腔細菌定量検査（１回につき）　130点	（新設）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。	
２　同一の患者につき１月以内に口腔細菌定量検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
３　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査又は区分番号Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。	
Ｄ００３からＤ００８まで・Ｄ００９　（略）	Ｄ００３からＤ００８まで・Ｄ００９　（略）
Ｄ０１０　歯冠補綴時色調採得検査（１枚につき）　10点	Ｄ０１０　歯冠補綴時色調採得検査（１枚につき）　10点
注　前歯部に対し、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、区分番号Ｍ０１５の２に掲げる硬質レジンジャケット冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。	注　前歯部に対し、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号Ｍ０１５の２に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

Ｄ０１１～Ｄ０１４　（略）

第２節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～４　（略）

５　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第１号から第３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ　（略）

ニ　歯科部分パノラマ断層撮影の場合（１口腔（くう）１回につき）　10点

ホ　その他の場合　60点

６　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ、２のロ及び３に係るものを除く。）及び区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算１として月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。

７　（略）

８　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ、２のロ及び３に係るものを除く。）又は区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第６号の届出を行った保

Ｄ０１１～Ｄ０１４　（略）

第２節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～４　（略）

５　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第１号から第３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ　（略）

（新設）

ニ　その他の場合　60点

６　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）及び区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算１として月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。

７　（略）

８　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）又は区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第６号の届出を行った保険医療

険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り歯科画像診断管理加算１を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合は、この限りでない。

９～11　（略）

第１節　診断料

区分

Ｅ０００　写真診断

１　（略）

２　特殊撮影

イ　（略）

ロ　歯科部分パノラマ断層撮影（１口腔１回につき）　20点

ハ　イ及びロ以外の場合（一連につき）　96点

３・４　（略）

注１　一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における２枚目以降の撮影に係る写真診断（２のイ及びハ並びに３に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

２　（略）

第２節　撮影料

区分

Ｅ１００　歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

１　（略）

２　特殊撮影

イ　（略）

ロ　歯科部分パノラマ断層撮影の場合（１口腔１

機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り歯科画像診断管理加算１を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合は、この限りでない。

９～11　（略）

第１節　診断料

区分

Ｅ０００　写真診断

１　（略）

２　特殊撮影

イ　（略）

（新設）

ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）　96点

３・４　（略）

注１　一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における２枚目以降の撮影に係る写真診断（２及び３に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

２　（略）

第２節　撮影料

区分

Ｅ１００　歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

１　（略）

２　特殊撮影

イ　（略）

（新設）

回につき）　28点

ハ　イ及びロ以外の場合（一連につき）

⑴・⑵　（略）

３・４　（略）

注１～４　（略）

Ｅ１０１　（略）

第３節・第４節　（略）

第５部　（略）

第６部　注射

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ　外来化学療法加算１

⑴　15歳未満の患者の場合　670点

（削る）

（削る）

⑵　15歳以上の患者の場合　450点

（削る）

（削る）

ロ　外来化学療法加算２

ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）

⑴・⑵　（略）

３・４　（略）

注１～４　（略）

Ｅ１０１　（略）

第３節・第４節　（略）

第５部　（略）

第６部　注射

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ　外来化学療法加算１

⑴　抗悪性腫瘍剤を注射した場合

①　15歳未満　820点

②　15歳以上　600点

⑵　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

①　15歳未満　670点

②　15歳以上　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　15歳未満の患者の場合　640点	⑴　抗悪性腫瘍剤を注射した場合
（削る）	①　15歳未満　740点
（削る）	②　15歳以上　470点
⑵　15歳以上の患者の場合　370点	⑵　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
（削る）	①　15歳未満　640点
（削る）	②　15歳以上　370点
（削る）	７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの⑴を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
	（新設）
７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。	
８・９　（略）	８・９　（略）
第１節　注射料	第１節　注射料
通則	通則
（略）	（略）
第１款　注射実施料	第１款　注射実施料
区分	区分
Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点	Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　20点
注　（略）	注　（略）
Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点	Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　32点
注１　（略）	注１　（略）
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。	２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）
Ｇ００４　点滴注射（１日につき）
１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100ｍＬ以上の場合）　101点
２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500ｍＬ以上の場合）　99点
３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点
注１　（略）
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。
３・４　（略）
Ｇ００５～Ｇ００８　（略）
第２款　（略）
第２節・第３節　（略）
第７部　リハビリテーション
通則
（略）
第１節　リハビリテーション料
区分
Ｈ０００～Ｈ０００－３　（略）
Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）
１・２　（略）
注１・２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定している

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）
Ｇ００４　点滴注射（１日につき）
１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100ｍＬ以上の場合）　99点
２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500ｍＬ以上の場合）　98点
３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点
注１　（略）
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
３・４　（略）
Ｇ００５～Ｇ００８　（略）
第２款　（略）
第２節・第３節　（略）
第７部　リハビリテーション
通則
（略）
第１節　リハビリテーション料
区分
Ｈ０００～Ｈ０００－３　（略）
Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）
１・２　（略）
注１・２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週１回に限り200点を所定点数に

ものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。	加算する。
イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点	（新設）
ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点	（新設）
ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点	（新設）
４　（略）	４　（略）
Ｈ００１－２～Ｈ００８　（略）	Ｈ００１－２～Ｈ００８　（略）
第２節　（略）	第２節　（略）
第８部　処置	第８部　処置
通則	通則
（略）	（略）
第１節　処置料	第１節　処置料
区分	区分
（歯の疾患の処置）	（歯の疾患の処置）
Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）	Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）
Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）	Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）
１　歯髄温存療法　190点	１　歯髄温存療法　188点
２　直接歯髄保護処置　152点	２　直接歯髄保護処置　150点
３　間接歯髄保護処置　36点	３　間接歯髄保護処置　34点
注１　（略）	注１　（略）
２　特定薬剤の費用及び特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	２　特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。
Ｉ００１－２～Ｉ００４　（略）	Ｉ００１－２～Ｉ００４　（略）
Ｉ００５　抜髄（１歯につき）	Ｉ００５　抜髄（１歯につき）
１　単根管　232点	１　単根管　230点
２　２根管　424点	２　２根管　422点
３　３根管以上　598点	３　３根管以上　596点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）	Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）
１　単根管　158点	１　単根管　156点
２　２根管　308点	２　２根管　306点

３　３根管以上　448点	３　３根管以上　446点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）	Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）
１　単根管　32点	１　単根管　30点
２　２根管　40点	２　２根管　38点
３　３根管以上　56点	３　３根管以上　54点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００８　（略）	Ｉ００８　（略）
Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）	Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）
１　単根管　138点	１　単根管　136点
２　２根管　166点	２　２根管　164点
３　３根管以上　210点	３　３根管以上　208点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　注３に規定する場合であって、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。	（新設）
（外科後処置）	（外科後処置）
Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）	Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）
（歯周組織の処置）	（歯周組織の処置）
Ｉ０１０　歯周病処置（１口腔１回につき）　14点	Ｉ０１０　歯周疾患処置（１口腔１回につき）　14点
注　（略）	注　（略）
Ｉ０１１　歯周基本治療	Ｉ０１１　歯周基本治療
１・２　（略）	１・２　（略）
（削る）	３　歯周ポケット掻爬（１歯につき）
	イ　前歯　60点
	ロ　小臼歯　64点
	ハ　大臼歯　72点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療又は区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯	３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療[1]、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯

周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。	周病安定期治療(Ⅱ)又は区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。
４・５　（略）	４・５　（略）
６　区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。	（新設）
Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療	Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療(Ⅰ)
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。	注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅰ)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。
２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	２　２回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。	（新設）
４　歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精	３　歯周病安定期治療(Ⅰ)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周

密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。

5　歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

6　歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

Ｉ０１１－２－２　削除

精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(Ⅰ)は算定できない。

4　歯周病安定期治療(Ⅰ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

5　歯周病安定期治療(Ⅱ)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

Ｉ０１１－２－２　歯周病安定期治療(Ⅱ)

1	１歯以上10歯未満	380点
2	10歯以上20歯未満	550点
3	20歯以上	830点

注１　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真撮影、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅱ)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月１回に限り算定する。

2　歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(Ⅱ)に係る費用は算定できない。

3　歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

4　歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病重症化予防治

Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　歯周病安定期治療を算定した月は算定できない。
Ｉ０１１－３　削除

（その他の処置）
Ｉ０１４～Ｉ０１８　（略）
Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去（１歯につき）
１　（略）
２　困難なもの　48点
３　著しく困難なもの　80点
Ｉ０２０～Ｉ０２６　（略）
Ｉ０２７　人工呼吸
１・２　（略）
３　５時間を超えた場合（１日につき）
イ　14日目まで　950点
ロ　15日目以降　815点
注１　（略）
２　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加療を算定した月は算定できない。

Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した月は算定できない。
Ｉ０１１－３　歯周基本治療処置（１口腔につき）　10点
注１　区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置（区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周疾患処置を除く。）を行った場合は、月１回に限り算定する。
２　区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周疾患処置を算定した月は、歯周基本治療処置は別に算定できない。
３　薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。
（その他の処置）
Ｉ０１４～Ｉ０１８　（略）
Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去（１歯につき）
１　（略）
２　困難なもの　42点
３　著しく困難なもの　70点
Ｉ０２０～Ｉ０２６　（略）
Ｉ０２７　人工呼吸
１・２　（略）
３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点
（新設）
（新設）
注　（略）
（新設）

算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。 ３　注２の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ｉ０２８　（略）	Ｉ０２８　（略）
Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき） １　周術期等専門的口腔衛生処置１　100点 ２　周術期等専門的口腔衛生処置２　110点 注１～５　（略）	Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき） １　周術期等専門的口腔衛生処置１　92点 ２　周術期等専門的口腔衛生処置２　100点 注１～５　（略）
Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　130点 注１～３　（略）	Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　120点 注１～３　（略）
Ｉ０２９－３　（略）	Ｉ０２９－３　（略）
Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　72点 注１　（略） ２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。	Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　70点 注１　（略） ２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。
Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）　110点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月に	Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）　100点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月に

おいて、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点

３　（略）

注１　（略）

２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

３　（略）

おいて、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周疾患処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療⑴、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療⑵、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　在宅等療養患者の場合　110点

３　（略）

注１　（略）

２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

３　（略）

第２節～第４節　（略）

第９部　手術

通則

１～16　（略）

17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、医科点数表の区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、当該加算は医科点数表の第２章第10部の通則第20号の例により算定する。

第１節　手術料

区分

Ｊ０００　抜歯手術（１歯につき）

１　（略）

２　前歯　160点

３　臼歯　270点

４　埋伏歯　1,080点

注１　２又は３については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。

２　（略）

３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。

４　（略）

Ｊ０００－２～Ｊ０１７　（略）

Ｊ０１７－２　甲状舌管嚢（のう）胞摘出術　10,050点

Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術

第２節～第４節　（略）

第９部　手術

通則

１～16　（略）

（新設）

第１節　手術料

区分

Ｊ０００　抜歯手術（１歯につき）

１　（略）

２　前歯　155点

３　臼歯　265点

４　埋伏歯　1,054点

注１　２又は３については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

２　（略）

３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。

４　（略）

Ｊ０００－２～Ｊ０１７　（略）

Ｊ０１７－２　甲状舌管嚢（のう）胞摘出術　8,970点

Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術

１　（略）	
２　亜全摘	84,080点
Ｊ０１９～Ｊ０２６　（略）	
Ｊ０２７　頬（きょう）、口唇、舌小帯形成術	630点
Ｊ０２８・Ｊ０２９　（略）	
Ｊ０３０　口唇腫瘍摘出術	
１　粘液嚢（のう）胞摘出術	1,020点
２　（略）	
Ｊ０３１　（略）	
Ｊ０３２　口腔（くう）、顎、顔面悪性腫瘍切除	121,740点
Ｊ０３３～Ｊ０５２　（略）	
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）	
１　表在性のもの	720点
２・３　（略）	
注　（略）	
Ｊ０５４～Ｊ０６２　（略）	
Ｊ０６３　歯周外科手術	
１～５　（略）	
６　歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ　歯肉弁根尖（せん）側移動術	770点
ロ　歯肉弁歯冠側移動術	770点
ハ～ホ　（略）	
注１・２　（略）	
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。	
４～６　（略）	
Ｊ０６３－２～Ｊ０７４　（略）	
Ｊ０７５　下顎骨形成術	

１　（略）	
２　亜全摘	75,070点
Ｊ０１９～Ｊ０２６　（略）	
Ｊ０２７　頬（きょう）、口唇、舌小帯形成術	560点
Ｊ０２８・Ｊ０２９　（略）	
Ｊ０３０　口唇腫瘍摘出術	
１　粘液嚢（のう）胞摘出術	910点
２　（略）	
Ｊ０３１　（略）	
Ｊ０３２　口腔（くう）、顎、顔面悪性腫瘍切除	108,700点
Ｊ０３３～Ｊ０５２　（略）	
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）	
１　表在性のもの	640点
２・３　（略）	
注　（略）	
Ｊ０５４～Ｊ０６２　（略）	
Ｊ０６３　歯周外科手術	
１～５　（略）	
６　歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ　歯肉弁根尖（せん）側移動術	600点
ロ　歯肉弁歯冠側移動術	600点
ハ～ホ　（略）	
注１・２　（略）	
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)又は区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。	
４～６　（略）	
Ｊ０６３－２～Ｊ０７４　（略）	
Ｊ０７５　下顎骨形成術	

１　おとがい形成の場合	8,710点
２～４　（略）	
注１・２　（略）	
Ｊ０７５－２～Ｊ０８３　（略）	
Ｊ０８４　創傷処理	
１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）	1,400点
２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	1,880点
３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	
イ　頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）	9,630点
ロ　その他のもの	2,690点
４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）	530点
５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	950点
６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,480点
注１～３　（略）	
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）	
１　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,400点
２　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）	1,540点
３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	2,490点
４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	3,840点
５　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメ	

１　おとがい形成の場合	7,780点
２～４　（略）	
注１・２　（略）	
Ｊ０７５－２～Ｊ０８３　（略）	
Ｊ０８４　創傷処理	
１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）	1,250点
２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680点
３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	
イ　頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）	8,600点
ロ　その他のもの	2,400点
４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）	470点
５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	850点
６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320点
注１～３　（略）	
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）	
１　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,250点
２　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）	1,400点
３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）	2,220点
４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	3,430点
５　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメ	

ートル未満）　500点
６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）　560点
７　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,060点
８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,950点
注１～３　（略）
Ｊ０８５　デブリードマン
１　100平方センチメートル未満　1,410点
２　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　4,820点
注１・２　（略）
Ｊ０８６～Ｊ０９２　（略）
Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　105,800点
Ｊ０９４～Ｊ０９９－２　（略）
Ｊ１００　血管移植術、バイパス移植術
１　頭、頸部動脈　61,660点
２　（略）
Ｊ１００－２～Ｊ１０５　（略）
Ｊ１０６　気管切開術　3,450点
Ｊ１０７～Ｊ１１０　（略）
第２節　（略）
第３節　手術医療機器等加算
区分
Ｊ２００－３～Ｊ２００－４－４　（略）
Ｊ２００－５　画像等手術支援加算
１・２　（略）
３　患者適合型手術支援ガイドによるもの　2,000点

ートル未満）　450点
６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）　500点
７　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　950点
８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,740点
注１～３　（略）
Ｊ０８５　デブリードマン
１　100平方センチメートル未満　1,260点
２　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　4,300点
注１・２　（略）
Ｊ０８６～Ｊ０９２　（略）
Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　94,460点
Ｊ０９４～Ｊ０９９－２　（略）
Ｊ１００　血管移植術、バイパス移植術
１　頭、頸部動脈　55,050点
２　（略）
Ｊ１００－２～Ｊ１０５　（略）
Ｊ１０６　気管切開術　3,080点
Ｊ１０７～Ｊ１１０　（略）
第２節　（略）
第３節　手術医療機器等加算
区分
Ｊ２００－３～Ｊ２００－４－４　（略）
Ｊ２００－５　画像等手術支援加算
１・２　（略）
（新設）

注１　１については、区分番号Ｊ０８６からＪ０８７－２まで及びＪ１０９に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	注１　１については、区分番号Ｊ０８６からＪ０８７－２までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
２　２については、区分番号Ｊ０１９の２、Ｊ０３８からＪ０４３まで、Ｊ０６８からＪ０７０－２まで、Ｊ０７２及びＪ０７５からＪ０７６までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	２　２については、区分番号Ｊ０１９の２、Ｊ０３８からＪ０４３まで、Ｊ０６８からＪ０７０－２まで、Ｊ０７２、Ｊ０７５及びＪ０７６に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
３　３については、区分番号Ｊ０４０からＪ０４２まで及び区分番号Ｊ０７５に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。	（新設）
Ｊ２００－６　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算　5,190点	（新設）
第４節～第６節　（略）	第４節～第６節　（略）
第10部　麻酔	第10部　麻酔
通則	通則
（略）	（略）
第１節　麻酔料	第１節　麻酔料
区分	区分
Ｋ０００～Ｋ００３　（略）	Ｋ０００～Ｋ００３　（略）
Ｋ００４　歯科麻酔管理料　750点	Ｋ００４　歯科麻酔管理料　750点
注１　（略）	注　（略）
２　区分番号Ｊ０１８の２、Ｊ０９３及びＪ０９６に掲げる手術に当たって、医科点数表の区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、5,500点を所定点数に加算する。	（新設）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保	（新設）

険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第２節　（略）

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｋ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部　放射線治療

通則

（略）

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｌ０００～Ｌ００１－２　（略）

Ｌ００１－３　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）　187,500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

２　ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

第２節　（略）

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｋ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第11部　放射線治療

通則

（略）

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｌ０００～Ｌ００１－２　（略）

（新設）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する歯科医師又は医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

４　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００２～Ｌ００４　（略）

第２節　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～３　（略）

４　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第６号又は第７号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ　（略）

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０からＭ０１０－３まで、Ｍ０１０－４（１に限る。）、Ｍ０１１、Ｍ０１１－２、Ｍ０１５からＭ０１５－３まで、Ｍ０１７からＭ０２１－２まで、Ｍ０２１－３（２に限る。）、Ｍ０２２、Ｍ０２３、Ｍ０２５からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

Ｌ００２～Ｌ００４　（略）

第２節　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～３　（略）

４　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第６号又は第７号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ　（略）

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、区分番号Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１５、Ｍ０１５－２、Ｍ０１７からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

５　（略）

６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　区分番号Ｍ０２１－３（１に限る。）及び区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

７　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０からＭ０１０－３まで、Ｍ０１０－４（１に限る。）、Ｍ０１１、Ｍ０１１－２、Ｍ０１５からＭ０１５－３まで、Ｍ０１７からＭ０２１－２まで、Ｍ０２１－３（２に限る。）、Ｍ０２２、Ｍ０２３、Ｍ０２５からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００～Ｍ０００－３　（略）

Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）

５　（略）

６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

７　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１５、Ｍ０１５－２、Ｍ０１７からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００～Ｍ０００－３　（略）

Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）

１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　１のイについて、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠及びレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。	２　１のイについて、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　１のイについて、接着冠のための支台歯の歯冠形成は、接着冠形成加算として、490点を所定点数に加算する。	（新設）
５　（略）	４　（略）
６　２のイについて、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠又はレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。	５　２のイについて、前歯の４分の３冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。
７　（略）	６　（略）
（削る）	７　２のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。
（削る）	８　２のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。
８～10　（略）	９～11　（略）
Ｍ００１－２・Ｍ００１－３　（略）	Ｍ００１－２・Ｍ００１－３　（略）
Ｍ００２　支台築造（１歯につき）	Ｍ００２　支台築造（１歯につき）
１　間接法	１　間接法
イ　（略）	イ　（略）
ロ　ファイバーポストを用いた場合	ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　196点	⑴　大臼歯　176点
⑵　小臼歯及び前歯　170点	⑵　小臼歯及び前歯　150点
２　直接法	２　直接法

イ　ファイバーポストを用いた場合	イ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　174点	⑴　大臼歯　154点
⑵　小臼歯及び前歯　148点	⑵　小臼歯及び前歯　128点
ロ　（略）	ロ　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
Ｍ００２－２　支台築造印象（１歯につき）　50点	Ｍ００２－２　支台築造印象（１歯につき）　34点
注　（略）	注　（略）
Ｍ００３　（略）	Ｍ００３　（略）
Ｍ００３－２　テンポラリークラウン（１歯につき）　34点	Ｍ００３－２　テンポラリークラウン（１歯につき）　34点
注１　テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、硬質レジンジャケット冠若しくはＣＡＤ／ＣＡＭ冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、硬質レジンジャケット冠若しくはＣＡＤ／ＣＡＭ冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、１歯につき１回に限り算定する。	注１　テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、１歯につき１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
Ｍ００３－３　（略）	Ｍ００３－３　（略）
Ｍ００４　リテイナー	Ｍ００４　リテイナー
１・２　（略）	１・２　（略）
３　広範囲顎骨支持型補綴（ブリッジ形態のもの）の場合　300点	（新設）
注　３については、保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。	（新設）
Ｍ００５　装着	Ｍ００５　装着
１～３　（略）	１～３　（略）

注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算１として、それぞれについて45点、45点又は90点を所定点数に加算する。	注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算１として、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。
２　接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算２として、区分番号Ｍ０１０－３に掲げる接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。	２　接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算２として、接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
Ｍ００５－２～Ｍ００９　（略）	Ｍ００５－２～Ｍ００９　（略）
Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）	Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）
１～４　（略）	１～４　（略）
（削る）	注１　２について、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。
注　（略）	２　（略）
（削る）	３　３について、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。
Ｍ０１０－２　チタン冠（１歯につき）　1,200点	（新設）
Ｍ０１０－３　接着冠（１歯につき）	（新設）
１　前歯　370点	
２　臼歯　310点	
注　接着ブリッジのための接着冠に用いる場合に算定する。	
Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）	（新設）
１　根面板によるもの　190点	
２　レジン充塡によるもの　106点	

Ｍ０１１　（略）	Ｍ０１１　（略）
Ｍ０１１－２　レジン前装チタン冠（１歯につき）　1,800点	（新設）
Ｍ０１２からＭ０１４まで　（略）	Ｍ０１２からＭ０１４まで　（略）
Ｍ０１５　非金属歯冠修復（１個につき）	Ｍ０１５　非金属歯冠修復（１個につき）
１　レジンインレー	１　レジンインレー
イ　単純なもの　128点	イ　単純なもの　124点
ロ　複雑なもの　180点	ロ　複雑なもの　176点
２　（略）	２　（略）
Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）　1,200点	Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）　1,200点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
Ｍ０１５－３　ＣＡＤ／ＣＡＭインレー（１歯につき）　750点	（新設）
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、臼歯に対して歯冠修復物（全部被覆冠を除く。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
Ｍ０１６～Ｍ０１７　（略）	Ｍ０１６～Ｍ０１７　（略）
Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,600点	Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,500点
注　（略）	注　（略）
Ｍ０１８　有床義歯	Ｍ０１８　有床義歯
１　局部義歯（１床につき）	１　局部義歯（１床につき）
イ　１歯から４歯まで　594点	イ　１歯から４歯まで　588点

ロ　５歯から８歯まで　732点	ロ　５歯から８歯まで　724点
ハ　９歯から11歯まで　972点	ハ　９歯から11歯まで　962点
ニ　12歯から14歯まで　1,402点	ニ　12歯から14歯まで　1,391点
２　総義歯（１顎につき）　2,184点	２　総義歯（１顎につき）　2,172点
Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯	Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯
１　局部義歯（１床につき）	１　局部義歯（１床につき）
イ　１歯から４歯まで　630点	イ　１歯から４歯まで　642点
ロ　５歯から８歯まで　852点	ロ　５歯から８歯まで　866点
ハ　９歯から11歯まで　1,064点	ハ　９歯から11歯まで　1,080点
ニ　12歯から14歯まで　1,678点	ニ　12歯から14歯まで　1,696点
２　総義歯（１顎につき）　2,682点	２　総義歯（１顎につき）　2,704点
Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）	Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）
１　双子鉤　255点	１　双子鉤　251点
２　二腕鉤　235点	２　二腕鉤　231点
Ｍ０２１　線鉤（１個につき）	Ｍ０２１　線鉤（１個につき）
１　双子鉤　224点	１　双子鉤　220点
２　二腕鉤（レストつき）　156点	２　二腕鉤（レストつき）　152点
３　（略）	３　（略）
Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　236点	Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　232点
Ｍ０２１－３　磁性アタッチメント（１個につき）	（新設）
１　磁石構造体を用いる場合　260点	
２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点	
注　有床義歯（区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯又は区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号Ｍ０３０の２に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。	
Ｍ０２２　間接支台装置（１個につき）　111点	Ｍ０２２　間接支台装置（１個につき）　109点
注　（略）	注　（略）

Ｍ０２３　バー（１個につき） １　鋳造バー　458点 ２　屈曲バー　268点 注　鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、62点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 Ｍ０２４～Ｍ０２７及びＭ０２８　（略） （修理） Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　260点 注１～４　（略） Ｍ０３０～Ｍ０４１　（略） 第２節・第３節　（略） 第13部　（略） 第14部　病理診断 通則 （略） 区分 Ｏ０００　口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） １　組織診断料　520点 ２　（略） 注１～５　（略） Ｏ００１　口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 130点 注１・２　（略） 第３章　経過措置 第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ０００の注12のただし書の規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	Ｍ０２３　バー（１個につき） １　鋳造バー　454点 ２　屈曲バー　264点 注　鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、60点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 Ｍ０２４～Ｍ０２７及びＭ０２８　（略） （修理） Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　252点 注１～４　（略） Ｍ０３０～Ｍ０４１　（略） 第２節・第３節　（略） 第13部　（略） 第14部　病理診断 通則 （略） 区分 Ｏ０００　口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） １　組織診断料　450点 ２　（略） 注１～５　（略） Ｏ００１　口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 150点 注１・２　（略） （新設）

別紙１－３　調剤報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第三 調剤報酬点数表 ［目次］ （略） 通則 １　（略） ２　第１節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 ３　（略） 第１節　調剤技術料 区分 ００　調剤基本料（処方箋の受付１回につき） １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　21点 ロ　16点 ハ　32点 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算	別表第三 調剤報酬点数表 ［目次］ （略） 通則 １　（略） ２　第１節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 ３　（略） 第１節　調剤技術料 区分 ００　調剤基本料（処方箋の受付１回につき） １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数３万５千回を超え40万回以下の場合　21点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　16点 （新設） 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき９点を算

定する。	定する。
３・４　（略）	３・４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。
イ　地域支援体制加算１　39点	（新設）
ロ　地域支援体制加算２　47点	（新設）
ハ　地域支援体制加算３　17点	（新設）
ニ　地域支援体制加算４　39点	（新設）
６　注５に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。	（新設）
７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。	６　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点	イ　後発医薬品調剤体制加算１　15点
ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点	ロ　後発医薬品調剤体制加算２　22点

ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点	ハ　後発医薬品調剤体制加算３　28点
８　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から５点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。	７　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。
９　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	８　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料は算定しない。
10　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	９　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
11　医師の分割指示に係る処方箋受付（注９及び注10に該当する場合を除く。）において、１回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、２回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「	10　医師の分割指示に係る処方箋受付（注８及び注９に該当する場合を除く。）において、１回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、２回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「

処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号００に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号０１に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第２節に掲げる薬学管理料（区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を１分割調剤につき算定する。

０１　薬剤調製料

１　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点

（削る）

（削る）

（削る）

（削る）

（削る）

注１・２　（略）

（削る）

２～６　（略）

注１～５　（略）

６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの⑴に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端

処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号００に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号０１に掲げる調剤料及びその加算並びに第２節に掲げる薬学管理料（区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を１分割調剤につき算定する。

０１　調剤料

１　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））

イ　７日分以下の場合　28点

ロ　８日分以上14日分以下の場合　55点

ハ　15日分以上21日分以下の場合　64点

ニ　22日分以上30日分以下の場合　77点

ホ　31日分以上の場合　86点

注１・２　（略）

３　２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ　43日分以上の場合　240点

２～６　（略）

注１～５　（略）

６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの⑴に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端

数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ・ロ　（略）

７・８　（略）

第２節　薬学管理料

区分

１０　削除

数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ・ロ　（略）

７・８　（略）

第２節　薬学管理料

区分

１０　薬剤服用歴管理指導料

１　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合　43点

２　１の患者以外の患者に対して行った場合　57点

３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　43点

４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点

注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。

イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ　処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る

薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ　必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

３　４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算は算定できない。

４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

５　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれ

ぞれ所定点数に加算する。

イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点

ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

６　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

８　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

９　喘（ぜん）息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、

吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

12　薬剤服用歴管理指導料の３に係る業務に要し

	た交通費は、患家の負担とする。 13　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注１、注２又は注３に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１、注２及び注３の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、13点を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算は算定できない。
１０の２　調剤管理料 １　内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき） イ　７日分以下の場合　４点 ロ　８日分以上14日分以下の場合　28点 ハ　15日分以上28日分以下の場合　50点 ニ　29日分以上の場合　60点 ２　１以外の場合　４点 注１　処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　１については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤分以上の部分については算定しない。 ３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算とし	（新設）

て、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点

ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

４　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点

ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあっては、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。

１０の３　服薬管理指導料

（新設）

１　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合　45点
２　１の患者以外の患者に対して行った場合　59点
３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　45点
４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合　45点
ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合　59点
注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。
イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬して

いないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

ホ　必要に応じて薬剤情報提供文書により、投

薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。

４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得

て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

７　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

８　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注７に規定する加算は算定できない。

９　喘（ぜん）息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分

番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

12　服薬管理指導料の３に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。

13　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注１、注２又は注３に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１、注２及び注３の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、13点を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算及び区分番号１０の２に掲げる調剤管理料の注

３から注５までに規定する加算は算定できない。	
14　当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注１に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、59点を算定する。	
１１から１３まで　（略）	１１から１３まで　（略）
１３の２　かかりつけ薬剤師指導料　76点	１３の２　かかりつけ薬剤師指導料　76点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
（削る）	３　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　30点
３～５　（略）	４～６　（略）
６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算とし	（新設）

て、350点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。

７　区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　291点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号０１に掲げる薬剤調製料の注４、注５及び注８に規定する加算、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号１５の７に

７　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　291点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号０１に掲げる調剤料の注４、注５及び注８に規定する加算、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号１５の７に掲げ

掲げる経管投薬支援料、区分番号２０に掲げる使用薬剤料及び区分番号３０に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。	る経管投薬支援料、区分番号２０に掲げる使用薬剤料及び区分番号３０に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。
２　区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料又は区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。	２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。
１４　（略）	１４　（略）
１４の２　外来服薬支援料	１４の２　外来服薬支援料　185点
１　外来服薬支援料１　185点	（新設）
２　外来服薬支援料２	（新設）
イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数	
ロ　43日分以上の場合　240点	
注１　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	注１　自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。
２　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。	２　患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
３　２については、多種類の薬剤を投与されてい	３　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理

る患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

１４の３　服用薬剤調整支援料

１　（略）

２　服用薬剤調整支援料２

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　110点

ロ　イ以外の場合　90点

注１・２　（略）

１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１～３　（略）

注１　（略）

２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。

指導料を算定している患者については、算定しない。

１４の３　服用薬剤調整支援料

１　（略）

２　服用薬剤調整支援料２　100点

（新設）

（新設）

注１・２　（略）

１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１～３　（略）

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月１回に限り57点を算定する。この場合において、注３及び注４に規定する加算並びに区分番号１５の６に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

	は算定できない。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注２に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算は算定できない。	（新設）
５　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。	４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。
６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な	（新設）

薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。	
７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注２に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。	（新設）
８・９　（略）	５・６　（略）
１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。	注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。
２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻	２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻

薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する加算は算定できない。	（新設）
４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。	３　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。
５　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理	（新設）

指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注４に規定する加算は算定できない。	
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。	（新設）
７・８　（略）	４・５　（略）
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料　700点	１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料　700点
注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。	注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保	（新設）

険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する加算は算定できない。	
４　（略）	３　（略）
５　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注４に規定する加算は算定できない。	（新設）
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。	（新設）
７・８　（略）	４・５　（略）
１５の４　退院時共同指導料　600点 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護	１５の４　退院時共同指導料　600点 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護

師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。	師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。
１５の５　服薬情報等提供料	１５の５　服薬情報等提供料
１・２　（略）	１・２　（略）
３　服薬情報等提供料３　50点	（新設）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	（新設）
４　（略）	３　（略）
５　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。	（新設）
１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　区分番号１０の２に掲げる調剤管理料の注３に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料	２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者につい

又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。 １５の７・１６から１９まで　（略） 第３節　薬剤料 区分 ２０　使用薬剤料 １　使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合　１点 ２　使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算　10円又はその端数を増すごとに１点 注　（略） 第４節　（略） 第５節　経過措置 １　平成24年３月31日以前に区分番号１５の注１に規定する医師の指示があった患者については、区分番号１５の注８、区分番号１５の２の注７及び区分番号１５の３の注７の規定は適用しない。 ２　区分番号１０の２の注５のただし書の規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。	ては、算定しない。 １５の７・１６から１９まで　（略） 第３節　薬剤料 区分 ２０　使用薬剤料 １　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合　１点 ２　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算　10円又はその端数を増すごとに１点 注　（略） 第４節　（略） 第５節　経過措置 １　平成24年３月31日以前に区分番号１５の注１に規定する医師の指示があった患者については、区分番号１５の注５、区分番号１５の２の注４及び区分番号１５の３の注４の規定は適用しない。 （新設）

別紙２　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則 １・２　（略） ３　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注３まで及び注10、区分番号０２の注１から注３まで、注10及び注12並びに区分番号０５の注４における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。 区分 ０１　訪問看護基本療養費（１日につき） １～３　（略） 注１～６　（略） ７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 ⑴　同一建物内１人又は２人　4,500円 （削る） ⑵　同一建物内３人以上　4,000円	別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則 １・２　（略） ３　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注３まで及び注10並びに区分番号０２の注１から注３まで及び注10における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。 区分 ０１　訪問看護基本療養費（１日につき） １～３　（略） 注１～６　（略） ７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 ⑴　同一建物内１人　4,500円 ⑵　同一建物内２人　4,500円 ⑶　同一建物内３人以上　4,000円

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　8,000円

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　7,200円

８～11　（略）

12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　同一建物内１人又は２人　4,500円

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　4,000円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　同一建物内１人又は２人　3,800円

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　3,400円

ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人　8,000円

⑵　同一建物内２人　8,000円

⑶　同一建物内３人以上　7,200円

８～11　（略）

12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　同一建物内１人　4,500円

⑵　同一建物内２人　4,500円

⑶　同一建物内３人以上　4,000円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　同一建物内１人　3,800円

⑵　同一建物内２人　3,800円

⑶　同一建物内３人以上　3,400円

ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（

別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

⑴　同一建物内１人又は２人　3,000円

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　2,700円

ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　3,000円

（削る）

②　同一建物内３人以上　2,700円

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人又は２人　6,000円

（削る）

②　同一建物内３人以上　5,400円

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人又は２人　10,000円

（削る）

②　同一建物内３人以上　9,000円

13　（略）

14　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ　（略）

ロ　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ　（略）

０１－２　精神科訪問看護基本療養費（１日につき）

１～４　（略）

注１～７　（略）

別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

⑴　同一建物内１人　3,000円

⑵　同一建物内２人　3,000円

⑶　同一建物内３人以上　2,700円

ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人　3,000円

②　同一建物内２人　3,000円

③　同一建物内３人以上　2,700円

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人　6,000円

②　同一建物内２人　6,000円

③　同一建物内３人以上　5,400円

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人　10,000円

②　同一建物内２人　10,000円

③　同一建物内３人以上　9,000円

13　（略）

14　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ　（略）

ロ　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ　（略）

０１－２　精神科訪問看護基本療養費（１日につき）

１～４　（略）

注１～７　（略）

８　１及び３（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　4,500円

（削る）

②　同一建物内３人以上　4,000円

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人又は２人　9,000円

（削る）

②　同一建物内３人以上　8,100円

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人又は２人　14,500円

（削る）

②　同一建物内３人以上　13,000円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　3,800円

（削る）

８　１及び３（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人　4,500円

②　同一建物内２人　4,500円

③　同一建物内３人以上　4,000円

⑵　１日に２回の場合

①　同一建物内１人　9,000円

②　同一建物内２人　9,000円

③　同一建物内３人以上　8,100円

⑶　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人　14,500円

②　同一建物内２人　14,500円

③　同一建物内３人以上　13,000円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴　１日に１回の場合

①　同一建物内１人　3,800円

②　同一建物内２人　3,800円

② 同一建物内３人以上 3,400円

⑵ １日に２回の場合

① 同一建物内１人又は２人 7,600円

（削る）

② 同一建物内３人以上 6,800円

⑶ １日に３回以上の場合

① 同一建物内１人又は２人 12,400円

（削る）

② 同一建物内３人以上 11,200円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴ 同一建物内１人又は２人 3,000円

（削る）

⑵ 同一建物内３人以上 2,700円

９ （略）

10 １及び３については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ １日に２回の場合

⑴ 同一建物内１人又は２人 4,500円

（削る）

⑵ 同一建物内３人以上 4,000円

ロ １日に３回以上の場合

⑴ 同一建物内１人又は２人 8,000円

③ 同一建物内３人以上 3,400円

⑵ １日に２回の場合

① 同一建物内１人 7,600円

② 同一建物内２人 7,600円

③ 同一建物内３人以上 6,800円

⑶ １日に３回以上の場合

① 同一建物内１人 12,400円

② 同一建物内２人 12,400円

③ 同一建物内３人以上 11,200円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合

⑴ 同一建物内１人 3,000円

⑵ 同一建物内２人 3,000円

⑶ 同一建物内３人以上 2,700円

９ （略）

10 １及び３については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料（１のハを除く。）を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ １日に２回の場合

⑴ 同一建物内１人 4,500円

⑵ 同一建物内２人 4,500円

⑶ 同一建物内３人以上 4,000円

ロ １日に３回以上の場合

⑴ 同一建物内１人 8,000円

（削る）

⑵　同一建物内３人以上　7,200円

11　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ　（略）

ロ　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ　（略）

０２　訪問看護管理療養費

１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円

ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円

ハ・ニ　（略）

２　（略）

注１～６　（略）

７　指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円（区分番号０１の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することとなったときに

⑵　同一建物内２人　8,000円

⑶　同一建物内３人以上　7,200円

11　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ　（略）

ロ　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ　（略）

０２　訪問看護管理療養費

１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,530円

ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,500円

ハ・ニ　（略）

２　（略）

注１～６　（略）

７　指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することとなったときに算定する。

算定する。

８～10　（略）

11　別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第27条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り2,500円を所定額に加算する。

12　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分

８～10　（略）

11　別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り2,500円を所定額に加算する。

（新設）

番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。）　2,500円

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号Ｃ００７の注３又は区分番号Ｉ０１２－２の注３に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）　2,500円

０３　訪問看護情報提供療養費

１～３　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない

０３　訪問看護情報提供療養費

１～３　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない。

。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。

３　（略）

０４　（略）

０５　訪問看護ターミナルケア療養費

１・２　（略）

注１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡し

２　２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第39条第１項に規定する保育所等、学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。

３　（略）

０４　（略）

０５　訪問看護ターミナルケア療養費

１・２　（略）

注１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡し

た利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	た利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。
２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステー	（新設）

ションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第４の４の３の３に規定する地域に居住している利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。	

別紙３　厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
１　（略） 一～三　（略） 四　医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ～ヘ　（略） ト　Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 チ　Ａ４００　短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１に限る。） 五　（略） ２～４　（略） ５　第一項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一　（略） 二　医科点数表区分番号Ａ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 三～五　（略） 別表 １　（略） ２　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ　（略） ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用 ⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４、注５及び注12、Ａ１０４の注５及び注10から注12まで並びにＡ１０５の注３、注４及び注９に掲げる費用 ⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２００－２、Ａ２	１　（略） 一～三　（略） 四　医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ～ヘ　（略） （新設） ト　Ａ４００　短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１に限る。） 五　（略） ２～４　（略） ５　第一項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一　（略） 二　医科点数表に掲げる区分番号Ａ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 三～五　（略） 別表 １　（略） ２　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ　（略） ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用 ⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４、注５及び注12、Ａ１０４の注５及び注10並びにＡ１０５の注３、注４及び注９に掲げる費用 ⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２０５からＡ２０

０４－２、Ａ２０５からＡ２０６まで、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１９からＡ２３３－２まで、Ａ２３４－３からＡ２４２－２まで、Ａ２４４（２に限る。）及びＡ２４６からＡ２５１までに掲げる費用

⑶　（略）

⑷　医学管理等の費用のうち、区分番号Ｂ０００からＢ００１－３－２まで、Ｂ００１－６からＢ０１５まで及びＢ１００に掲げる費用

⑸～⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３、Ｊ００３－３、Ｊ００３－４、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７、Ｊ０３４－３、Ｊ０３８からＪ０４２まで、Ｊ０４３－６、Ｊ０４３－７、Ｊ０４５－２、Ｊ０４７、Ｊ０４７－２、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１１６－５、Ｊ１１８－４、Ｊ１２２（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２９（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ１２９－２（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１から３までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴及び⑸に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分０５１から区分０５３までに掲げる材料に限る。

６まで、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１９からＡ２３３－２まで、Ａ２３４－３からＡ２４２まで、Ａ２４４（２に限る。）及びＡ２４６からＡ２５１までに掲げる費用

⑶　（略）

⑷　医学管理等の費用のうち、区分番号Ｂ０００からＢ００１－３－２まで及びＢ００１－６からＢ０１５までに掲げる費用

⑸～⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３、Ｊ００３－３、Ｊ００３－４、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７、Ｊ０３４－３、Ｊ０３８からＪ０４２まで、Ｊ０４３－６、Ｊ０４３－７、Ｊ０４５－２、Ｊ０４７、Ｊ０４７－２、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１１６－５、Ｊ１２２（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２９（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ１２９－２（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１から３までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴及び⑸に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分０５１から区分０５３までに掲げる材料に限る。）に係る費用

）に係る費用

⑼・⑽　（略）

⑾　血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤及び遺伝子組換えヒトvon　Willebrand因子製剤に係る費用

３　（略）

４　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「４に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 救命救急入院料２ （略） （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略）

⑼・⑽　（略）

⑾　血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）及び乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤に係る費用

３　（略）

４　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「４に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （新設） （新設） 救命救急入院料２ （略） （新設） （新設） 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略）

		（15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第１項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第九の二の⑤に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において行った場合　7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点			（新設） （新設） ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第１項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。 （新設） （新設）	

		2　基本診療料の施設基準等第九の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） 3　基本診療料の施設基準等第九の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 4　（略） 5　基本診療料の施設基準等第九の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。 6　基本診療料の施設基準等第九の二の⑼に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算し			2　基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第九の二の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） 3　基本診療料の施設基準等第九の二の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 4　（略） 5　基本診療料の施設基準等第九の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。 （新設）	

		て14日を限度として500点を所定点数に加算する。				
		7　基本診療料の施設基準等第九の二の㈩に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。			（新設）	
		8　注１のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。			（新設）	
		9　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二の㈩に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点			（新設）	

	ハ　８日以上14日以内の期間　300点			
区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略） （15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点 ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略） （新設） （新設） 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （新設） （新設） 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

		。 イ　７日以内の期間　2,000点 ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開			（７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算	

	始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。 ４　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点		する。 （新設）
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の四の⑶に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の四の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度とし	区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） （新設） （新設）

	て250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （略） （新設） （新設）
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上55日以内の期間）　12,829点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入	区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上35日以内の期間）　12,829点 （新設）

	室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		（新設）
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上110日以内の期間）　7,052点	区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上90日以内の期間）　7,052点
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 注１　基本診療料の施設基準等第九の六の二の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であ	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 （新設）

	ると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。			
区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （略） （31日以上140日以内の期間）　4,315点		区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （略） （31日以上120日以内の期間）　4,315点
（略）	（略）		（略）	（略）
区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） （削る） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき600点を所定点数に加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の		区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） 小児入院医療管理料５ （14日以内の期間）　112点 （15日以上30日以内の期間）　617点 （31日以上の期間）　824点 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき所定点数に600点を加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の

		⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３又は小児入院医療管理料４を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 ４　当該病棟に入院している児童福祉法（昭和22年法律第164号）第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該病院の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 ５　患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。			⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき所定点数に200点を加算する。 （新設） （新設）	

	６　当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九の㈢に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点

５　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「５に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 救命救急入院料２ （略）

	（新設）

５　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表第１章第２部第１節入院基本料区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「５に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （新設） （新設） 救命救急入院料２ （略）

		（15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略） （15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　基本診療料の施設基準等第九の二の⑤に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において行った場合　7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点 ２　基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているもの			（新設） （新設） 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。 （新設） （新設） ２　基本診療料の施設基準等第九の二の⑷に規定する基準に適合しているもの

		として地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 ４　（略） ５　基本診療料の施設基準等第九の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。 ６　基本診療料の施設基準等第九の二の⑼に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ７　基本診療料の施設基準等第九の二の⑽に規定する基準に適合しているもの			として地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の二の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 ４　（略） ５　基本診療料の施設基準等第九の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。 （新設） （新設）	

		として地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。 ８　注１のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。 ９　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二の⑪に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点			（新設） （新設）
区分番号Ａ３０１に掲げる特定集	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略）		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略）	

	中治療室管理料	（15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点 ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　７日以内の期間　2,000点 ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の		中治療室管理料	（新設） （新設） 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （新設） （新設） 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の

		⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。 ４　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑻に			⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。 （新設）	

	規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点		
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の四の⑶に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の四の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） （新設） （新設）
区分番号Ａ	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	区分番号Ａ	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	（略） （新設） （新設）
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上55日以内の期間）　12,829点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起	区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上35日以内の期間）　12,829点 （新設）

	算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		（新設）
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上110日以内の期間）　7,052点	区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上90日以内の期間）　7,052点
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 注１　基本診療料の施設基準等第九の六の二の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 （新設）

	護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。		
区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （略） （31日以上140日以内の期間）　4,315点	区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （略） （31日以上120日以内の期間）　4,315点
（略）	（略）	（略）	（略）
区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき600点を所定点数に加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体	区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき所定点数に600点を加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体

		制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 ４　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該病院の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 ５　患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の㈩に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 ６　当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九の㈪に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長			制加算として、１日につき所定点数に200点を加算する。 （新設） （新設） （新設）	

	等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点

６　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（４に規定する病院及び５に規定する病院を除く。以下「６に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,323点 （31日以上の期間）　6,515点 救命救急入院料２ （略） （15日以上30日以内の期間）　7,797点 （31日以上の期間）　7,989点 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略） （15日以上30日以内の期間）　6,323点 （31日以上の期間）　6,515点

６　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（４に規定する病院及び５に規定する病院を除く。以下「６に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （略） （新設） （新設） 救命救急入院料２ （略） （新設） （新設） 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （略） （新設） （新設）

		ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （15日以上30日以内の期間）　7,797点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　基本診療料の施設基準等第九の二の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において行った場合　7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点 ２　基本診療料の施設基準等第九の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の二の			ロ　（略） 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。 （新設） （新設） ２　基本診療料の施設基準等第九の二の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の二の	

		⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 ４　（略） ５　基本診療料の施設基準等第九の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。 ６　基本診療料の施設基準等第九の二の⑼に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ７　基本診療料の施設基準等第九の二の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点			⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 ４　（略） ５　基本診療料の施設基準等第九の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。 （新設） （新設）	

		）を所定点数に加算する。 ８　注１のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。 ９　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二の㈢に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点			（新設） （新設）
区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略） （15日以上30日以内の期間）　11,059点 （31日以上の期間）　11,251点 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間） 11,059点		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （略） （新設） （新設） 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設）	

		（31日以上の期間）　11,251点 ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （15日以上30日以内の期間）　6,544点 （31日以上の期間）　6,736点 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （15日以上30日以内の期間）　6,544点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　７日以内の期間　2,000点 ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に			（新設） ロ　（略） 特定集中治療室管理料３ （略） （新設） （新設） 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （略） （新設） （新設） ロ　（略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点 ２　基本診療料の施設基準等第九の三の⑸に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に

		加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。 ４　重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点			加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ３　基本診療料の施設基準等第九の三の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。 （新設）	

	ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点		
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の四の⑶に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の四の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 （略） （新設） （新設）
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った	区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （略） （新設）

	場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		（新設）
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上55日以内の期間）　12,829点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入	区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （略） （31日以上35日以内の期間）　12,829点 （新設） （新設）

	室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上110日以内の期間）　7,052点	区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （略） （31日以上90日以内の期間）　7,052点
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上110日以内の期間）　9,157点 注１　基本診療料の施設基準等第九の六の二の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 （略） 新生児集中治療室管理料 （略） （31日以上90日以内の期間）　9,157点 （新設）
区分番号Ａ３０３－２	新生児治療回復室入院医療管理料 （略）	区分番号Ａ３０３－２	新生児治療回復室入院医療管理料 （略）

に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	（31日以上140日以内の期間）　4,315点		に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	（31日以上120日以内の期間）　4,315点
（略）	（略）		（略）	（略）
区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき600点を所定点数に加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 ４　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該病院の		区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 （略） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき所定点数に100点を加算する。 ２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき所定点数に600点を加算する。 ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき所定点数に200点を加算する。 （新設）

		医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 ５　患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 ６　当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。			（新設） （新設）	

	イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点

７・８　（略）

９　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑹に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑺に規定する患者に該当する者（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	（略） （削る） （削る） （削る） 急性期一般入院料６　111点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　94点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　77点 （略）

10・11　（略）

12　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑻に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑼に規定する日（６の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

７・８　（略）

９　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑹に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑺に規定する患者に該当する者（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	（略） 急性期一般入院料６　113点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　96点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　79点 急性期一般入院料７　111点 急性期一般入院料７（月平均夜勤時間超過減算）　94点 急性期一般入院料７（夜勤時間特別入院基本料）　77点 （略）

10・11　（略）

12　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑻に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑼に規定する日（６の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	（略） （削る） （削る） （削る） 急性期一般入院料６　111点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　94点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　77点 （略）

13　（略）

14　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の⑷に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑸に規定する日（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ・ロ　（略）

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本	（略） （削る） （削る）

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	（略） 急性期一般入院料６　113点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　96点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　79点 急性期一般入院料７　111点 急性期一般入院料７（月平均夜勤時間超過減算）　94点 急性期一般入院料７（夜勤時間特別入院基本料）　77点 （略）

13　（略）

14　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の⑷に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑸に規定する日（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ・ロ　（略）

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本	（略） 急性期一般入院料６　70点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　60点

料	（削る） 急性期一般入院料６　69点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　59点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　48点 （略）

15　19の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数（本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料１から４までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。）を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、１から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第２項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第２項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。

16～20　（略）

料	急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　49点 急性期一般入院料７　69点 急性期一般入院料７（月平均夜勤時間超過減算）　59点 急性期一般入院料７（夜勤時間特別入院基本料）　48点 （略）

15　19の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数（本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表に掲げる区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料１から４までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。）を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、１から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第２項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第２項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。

16～20　（略）

別紙４

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和四年四月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一　（略） 二　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 三　処方箋の交付 イ　（略） ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。 ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用によ	（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一　（略） 二　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 三　処方箋の交付 イ　（略） （新設） ロ　前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

る投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四～七　（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一　（略）

二　投薬

イ～ホ　（略）

へ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三　処方箋の交付

イ　（略）

ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四・五　（略）

六　歯冠修復及び欠損補綴（てつ）

歯冠修復及び欠損補綴（てつ）は、次に掲げる基準によつて行う。

四～七　（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一　（略）

二　投薬

イ～ホ　（略）

へ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三　処方箋の交付

イ　（略）

（新設）

ロ　前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五　（略）

六　歯冠修復及び欠損補綴（てつ）

歯冠修復及び欠損補綴（てつ）は、次に掲げる基準によつて行う。

イ　（略）
ロ　欠損補綴（てつ）
(1)　（略）
(2)　ブリッジ
(イ)　（略）
(ロ)　ブリッジは、代用合金を使用する。
(3)　（略）
七～九　（略）

（処方箋の交付）
第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
2　保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。
3　（略）

イ　（略）
ロ　欠損補綴（てつ）
(1)　（略）
(2)　ブリッジ
(イ)　（略）
(ロ)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞（か）又はポンティックに限つて使用する。
(3)　（略）
七～九　（略）

（処方箋の交付）
第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
（新設）
2　（略）

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）

患者	氏　名		
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女
	区　分	被保険者	被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

保 険 医 氏 名　㊞

都道府県番号			点数表番号		医療機関コード							

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局に提出すること。）

処方	変更不可	（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。） リフィル可　□　（　　回）
備考	保険医署名	（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考　１．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
２．この用紙は、Ａ列５番を標準とすること。
３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

【令和四年十月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（一部負担金等の受領） 第五条　（略） ２　（略） ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること（厚生労働大臣の定める場合を除く。）。	（一部負担金等の受領） 第五条　（略） ２　（略） ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

別紙5

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）

【令和四年四月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（業務継続計画の策定等） 第二十二条の二　指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。 2　指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。 3　指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。	（新設）

別紙６

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和四年四月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） へ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 四　処方箋の交付 イ　（略） ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。 ハ　（略） ニ　イからハまでによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処	（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） へ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 四　処方箋の交付 イ　（略） （新設） ロ　（略） ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

五～八　（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二　（略）

三　投薬

イ～ホ　（略）

ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四　処方箋の交付

イ　（略）

ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

五・六　（略）

五～八　（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二　（略）

三　投薬

イ～ホ　（略）

ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四　処方箋の交付

イ　（略）

（新設）

ロ　イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五・六　（略）

七　歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

(ｲ)　（略）

(ﾛ)　ブリッジは、代用合金を使用する。

(3)　（略）

八～九　（略）

（処方箋の交付）

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2　保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3　（略）

七　歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

(ｲ)　（略）

(ﾛ)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(3)　（略）

八～九　（略）

（処方箋の交付）

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

（新設）

2　（略）

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準

【令和四年十月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（一部負担金の受領等） 第五条　（略） ２　（略） ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること（厚生労働大臣の定める場合を除く。）。 ４　（略）	（一部負担金の受領等） 第五条　（略） ２　（略） ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。） ４　（略）

別紙７

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【令和四年十月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別表第二 病床数が二百以上の病院における初診（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条第三項第二号又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条第三項第二号の規定に基づき厚生労働大臣の定める金額以上の支払いを求めた患者に対するものに限る。） 上欄の初診に係る所定点数から、二百点を控除した点数	別表第二 （新設） （新設）
病床数が二百以上の病院における再診（療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号の規定に基づき厚生労働大臣の定める金額以上の支払いを求めた患者に対するものに限る。） 上欄の再診に係る所定点数から、医師である保険医による再診にあっては五十点を、歯科医師である保険医による再診にあっては四十点を、それぞれ控除した点数	（新設） （新設）

（略）	（略）
入院期間が百八十日を超えた日以後の入院に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する点数であって別に厚生労働大臣が定めるものに百分の十五を乗じた点数を控除した点数

中医協　総－３－１
４　．　２　．　９

薬価算定の基準について（案）

目次

第１章　定義
第２章　新規収載品の薬価算定
第１部　新薬の薬価算定
第１節　類似薬がある新薬の場合
第２節　類似薬がない新薬の場合
第２部　新規後発品の薬価算定
第３部　新規収載品の薬価算定の特例
第３章　既収載品の薬価の改定
第１節　市場実勢価格加重平均値調整幅方式
第２節　新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い
第３節　長期収載品の薬価の改定
第４節　既収載品の薬価改定時の加算
第５節　再算定
第６節　条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例
第７節　後発品等の価格帯
第８節　低薬価品の特例
第９節　新薬創出・適応外薬解消等促進加算
第 10 節　既収載品の外国平均価格調整
第 11 節　費用対効果評価
第４章　実施時期等
別表

第１章　定義

１　薬価

薬価とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）が薬剤の支給に要する単位（以下「薬価算定単位」という。）あたりの平均的な費用の額として銘柄毎に定める額をいう。

ただし、複数の薬剤について、次のいずれかに該当する場合には、別の銘柄として薬価算定は行わない。

（１）組成（有効成分又は有効成分の組合せ及びその配合割合をいう。以下同じ。）、剤形、規格及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 14 条第１項又は第 19 条の２第１項の規定に基づく承認（以下単に

「承認」という。）を受けた者（以下「製造販売業者」という。）の全てが同一である場合

（２）組成、剤形及び規格が同一であって、製造販売業者が異なる薬剤のうち、当該製造販売業者の関係が次のいずれかの要件を満たす場合

イ　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第１号）第69条（同規則第111条において準用する場合を含む。）の規定における承認取得者と承認取得者の地位を承継する者の関係であったこと。

ロ　「医薬品等の製造（輸入）承認の取扱いについて」（昭和61年薬発第238号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

ハ　「医薬品等の製造承認、輸入承認及び外国製造承認の取扱いについて」（昭和62年薬発第821号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

（３）組成、剤形及び規格が同一の日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、生薬その他の薬剤であって、当該薬剤の保険医療機関等における使用状況、購入状況その他の状況からみて、製造販売業者の違いに応じ別に薬価を定める必要性が乏しいと認められる場合

２　一日薬価

一日薬価とは、承認された用法及び用量（以下単に「用法及び用量」という。）に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

３　一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日平均の数量をいう。

４　投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

５　剤形区分

剤形区分とは、別表１に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

６　薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

7　薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

8　新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

9　新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

イ　医薬品医療機器等法第 14 条の４第１項（同法第 19 条の４において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとされた新規収載品

ロ　組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のものとみなす。）の既収載品（イの新規収載品として薬価収載されたもの（薬価収載された後、薬価基準から削除されたものを含む。）に限る。）がある新規収載品

10　新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品（バイオ後続品を含む。）をいう。

11　汎用新規収載品

汎用新規収載品とは、次の新規収載品のうち、有効成分量を基に計算した年間販売量（以下単に「年間販売量」という。）が、規格別にみて最も多くなると見込まれる規格のものをいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一であって、規格が異なる類似薬（15 に定義する類似薬をいう。）がない新規収載品

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者がイの新規収載品と同一であって、規格が異なる新規収載品（効能及び効果が類似するものに限る。）

12　非汎用新規収載品

非汎用新規収載品とは、汎用新規収載品以外の新規収載品をいう。

13　既収載品

既収載品とは、既に薬価収載されている銘柄をいう。

14　汎用規格

汎用規格とは、組成及び剤形が同一の類似薬（15 に定義する類似薬をいう。）の年間販売量を、規格別にみて、最もその合計量が多い規格をいう。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

15　類似薬

類似薬とは、次の既収載品をいう。

イ　既収載品のうち、次に掲げる事項からみて類似性があると認められるもの。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

（イ）効能及び効果

（ロ）薬理作用

（ハ）組成及び化学構造式

（ニ）投与形態、剤形区分、剤形及び用法

ロ　新薬の薬価算定においては、イの既収載品のうち、新薬として薬価収載されたものに限るものとする。ただし、既収載品に類似性があると認められる新薬がない場合であって、必要と認められる場合は、イの既収載品のうち、新規後発品として薬価収載されたもの以外の既収載品を含むものとする。

16　最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項（新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められるときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

17　薬理作用類似薬

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ　同一の効能及び効果を有するものであって、当該効能及び効果に係る薬理作用が類似しているものであること。

ロ　投与形態が同一であること。

18　比較薬

比較薬とは、新規収載品の薬価算定上の基準となる既収載品（新薬の薬価算定においては、第３章第３節２（２）に規定するＧ１品目又はＧ２品目を除く。）をいう。

19　剤形間比

剤形間比とは、剤形が新規収載品と同一の汎用規格の既収載品及び剤形が比較薬と同一の汎用規格の既収載品（剤形が新規収載品と同一の当該既収載品と組成及び製造販売業者が同一であるものに限る。）との、有効成分の含有量あたりの薬価の比をいう。

20　類似薬効比較方式（Ⅰ）

類似薬効比較方式（Ⅰ）とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新規収載品の薬価とする算定方式をいう。

イ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が同一である場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が異なる場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額に、類似薬の剤形間比（剤形間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の剤形間比とし、類似薬に剤形間比がない場合には１（必要があると認められる場合は、剤形区分間比（19 中「剤形」とあるのを「剤形区分」と読み替えたものをいう。））とする。）を乗じて得た額

21　類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、新規性に乏しい新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（汎用規格のものに限る。この号において同じ。）を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額（新規収載品が新薬創出等加算（第３章第９節１（１）に規定する新薬創出等加算をいう。以下同じ。）の対象外である場合であって、当該額の算出の対象となった医薬品が新薬創出等加算を受けている場合又は第３章第２節に規定する品目である場合（控除が行われた場合を除く。）は、新薬創出等加算の累積額に相当する額又は第３章第２節の規定により当該額の算出の対象となった医薬品が控除すべき額に相当する額を控除した額により求めた額）を新薬の薬価とする算定方式をいう。

なお、次の各号に規定する期間については、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して計算する。

（１）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬がある場合

イ　当該新薬の一日薬価と次のいずれか低い額とが同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去６年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

（２）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬がない場合

イ　当該新薬の一日薬価と、直近に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価とが、同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 20 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

22　原価計算方式

原価計算方式とは、薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価に、販売費及び一般管理費、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を薬価とする算定方式をいう。

この場合において、当該算定について、日本以外の国への輸出価格の状況等の資料の提出があった場合は、日本を含む各国（原則として、アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスとする。）への輸出価格のうち最低の価格を日本への輸出価格とみなす。ただし、合理的な理由がある場合には、各国への輸出価格の平均価格又は２番目に低い価格等を日本への輸出価格とみなすことができる。

また、営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性の程度に応じて、平均的な営業利益率の－50％～０％の範囲内の値を用いることとする。

なお、平均的な営業利益率等の係数については、前年度末時点で得られる直近３か年の平均値を用いることとする。ただし、販売費及び一般管理費の係数については、希少疾病用医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）等について、平均的な係数を超えて計算することが妥当とされる場合を除き、次のいずれにも該当する新薬につ

いては、販売費及び一般管理費の上限を 70%とする。

イ　原価計算において、製品総原価に対する薬価算定組織での開示が可能な額の割合（開示度）が 80%以上であり、その妥当性が確認できること

ロ　バイオ医薬品でないこと。または、バイオ医薬品であって、販売費及び一般管理費のうち研究開発費のみで平均的な係数を超えるものであること（ピーク時予測売上高が 50 億円未満の場合に限る。）。

また、再生医療等製品（医薬品の例により取り扱うものに限る。以下同じ。）の流通経費は、実費を勘案し計算された額とし、平均的な係数により計算された額を超えないこととする。

23　補正加算

補正加算とは、次に掲げる画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、特定用途加算、小児加算及び先駆加算をいう。

24　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ　類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

25　有用性加算（Ⅰ）

有用性加算（Ⅰ）とは、画期性加算の３つの要件のうち２つの要件を満たす新規収載品（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

26　有用性加算（Ⅱ）

有用性加算（Ⅱ）とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品（画期性加算又は有用性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ　類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

ニ　製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

27　市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　希少疾病用医薬品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能及び効果が当該新規収載品の主たる効能及び効果であること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと。

28　市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）、特定用途加算又は小児加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　当該新規収載品の主たる効能及び効果が、日本標準商品分類に定められている薬効分類のうち、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと。

29　特定用途加算

特定用途加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　特定用途医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）であること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が特定用途加算の適用を受けていないこと。

30　小児加算

小児加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）又は特定用途加算の対象となるもの及び国内で小児効能に係る臨床試験を実施しておらず、かつ、小児用製剤など、小児に対して臨床使用上適切な製剤が供給されないものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　当該新規収載品の主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれていること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が特定用途加算（小児の疾病の治療等に係る指定を受けた特定用途医薬品について当該加算の対象となった場合に限る）又は小児加算の適用を受けていないこと。

31　先駆加算

先駆加算とは、先駆的医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により指定されたものをいい、先駆け審査指定制度の対象品目として厚生労働省に指定された品目を含む。以下同じ。）である新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、本加算の適用を受け算定された既収載品を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される場合には、本加算額を控除した額を比較薬の薬価とみなす。

32　外国平均価格

組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。以下同じ。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格（アメリカ合衆国についてはメディケア又はメディケイドにおける価格表に収載されている価格。いずれにも収載されている場合は、それらの平均価格）をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。ただし、外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の２分の５倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額（外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国のみある場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格）を、また、外国の薬剤の国別の価格が３ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の２倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の２倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

33　外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格がある場合（32 のただし書により、外国平均価格調整に当たって外国平均価格とみなすこととした場合は、当該外国平均価格）において、次の各号に掲げる区分に従い、別表３に定めるところにより調整する方式をいう。

（１）類似薬効比較方式（Ⅰ）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の４分の５に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次の全ての要件に該当するものを除く。

イ　医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（以下「未承認薬等検討会議」という。）における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要

請又は公募した新規収載品であること。

ロ　外国（外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国以上ある場合は、承認日が直近のもの）での承認後 10 年を経過したものであること。

ハ　算定値が外国平均価格の３倍を上回ること（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）。

（２）類似薬効比較方式（Ｉ）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の４分の３に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次のいずれかに該当する場合を除く。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

（イ）汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ロ）汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を下回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を上回る場合

（ハ）一の非汎用新規収載品（以下「特定非汎用新規収載品」という。）の算定値が特定非汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、特定非汎用新規収載品以外の非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ニ）非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額を下回り、かつ、汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額以上である場合

ロ　外国平均価格が１ヶ国のみの価格に基づき算出されることとなる場合

34　規格間調整

規格間調整とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する薬価及び有効成分の含有量の関係と、非汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係とが、別表４に定める当該非汎用新規収載品の類似薬の規格間比と同じとなるように非汎用新規収載品の薬価を算定する調整方式をいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がない場合　汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似

薬がある場合　最類似薬の薬価及び有効成分の含有量の関係

35　市場実勢価格加重平均値調整幅方式

市場実勢価格加重平均値調整幅方式とは、薬剤の市場実勢価格、消費税率及び薬剤流通の安定性を考慮した別表５に定める算式により行う原則的な薬価の改定方式をいう。

第２章　新規収載品の薬価算定

第１部　新薬の薬価算定

第１節　類似薬がある新薬の場合

１　新薬が補正加算の対象となる場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬（以下「新薬算定最類似薬」という。）を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ただし、新薬算定最類似薬が、当該新薬と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の場合を除く。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

２　新薬が補正加算の対象にならない場合

（１）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が３以上である場合には、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ハ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ニ　規格間調整

イ又はロ及びハに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ又はロ及びハにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

（２）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

①　組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がな

い場合

イ　薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

（イ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額

（ロ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

②　組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

第２節　類似薬がない新薬の場合

イ　薬価算定の原則

原価計算方式によって算定される額（補正加算の対象となる場合は、当該補正加算を行った額）を新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

第２部　新規後発品の薬価算定

１　新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100 分の 50 を乗じて得た額を当該新規後発品の薬価とする。ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が 10 を超える場合は、100 分の 40 を乗じて得た額を当該新規後発品

の薬価とする。

ロ　バイオ後続品等に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、イのうち「100 分の 50 を乗じて得た額」及び「100 分の 40 を乗じて得た額」をそれぞれ、「100 分の 70 を乗じて得た額」及び「100 分の 60 を乗じて得た額」に読み替えて算定される額に、当該バイオ後続品の製造販売業者が承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100 分の 10 を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

また、当該新規収載品が、先発品と組成及び剤形区分が同一のバイオ医薬品（バイオ後続品を除く。）である後発品の場合は、イのうち「100 分の 50 を乗じて得た額」及び「100 分の 40 を乗じて得た額」をそれぞれ、「100 分の 70 を乗じて得た額」及び「100 分の 60 を乗じて得た額」に読み替えて算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ　規格間調整

イからハまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ホ　薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100 分の 50（イのただし書に該当する場合は、100 分の 40）を乗じて得た額（当該新規後発品がバイオ後続品等に係る特例又は有用性加算（Ⅱ）の適用を受ける場合には、適用後の額）を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ヘ　最類似薬が新薬創出等加算を受けたことがあり、新薬創出等加算の累積額

の控除を受けていない場合又は最類似薬が第３章第２節に規定する品目であり、同規定に基づく控除を受けていない場合は、最類似薬の薬価から、新薬創出等加算の累積額又は第３章第２節の規定により控除すべき額を控除した額を当該最類似薬の薬価とみなして、イからホまでの規定を適用する。

２　新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がある場合

（１）新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該類似薬が複数となる場合には、薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ　薬価算定の特例

次の（イ）から（ハ）に掲げる内用薬について合計した銘柄数が初めて10 を超える場合には、次の（ロ）に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、１のイのただし書に該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とする。

（イ）当該新規後発品

（ロ）組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品

（ハ）当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

（２）新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

当該新規後発品の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該最類似薬が複数となる場合には一日薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

第３部　新規収載品の薬価算定の特例

１　キット製品である新規収載品の薬価算定

イ　キット製品に係る特例

第１部及び前部の規定に関わらず、キット製品（「注射剤に溶解液等を組み合わせたキット製品等の取扱いについて」（昭和 61 年薬審２第 98 号）に規定するキット製品をいう。以下同じ。）である新規収載品の薬価は、当該キット製品に含まれる薬剤について第１部又は前部の規定により算定される額に、薬剤以外の部分のうちキット製品としての特徴をもたらしている部分の製造販売に要する原材料費を加えた額とする。

ロ　有用性の高いキット製品の薬価算定の特例

当該キット製品が次のいずれかの要件を満たす場合（既収載品のキット製品と比較して、キットの構造、機能に新規性が認められる場合に限る。）には、イにより算定される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を当該キット製品の薬価とする。

（イ）既収載品（キット製品である既収載品を除く。以下この号において同じ。）を患者に投与する場合に比して、感染の危険を軽減すること

（ロ）既収載品を患者に投与する場合に比して、調剤時の過誤の危険を軽減すること

（ハ）既収載品を患者に投与する場合に比して、救急時の迅速な対応が可能となること

（ニ）既収載品を患者に投与する場合に比して、治療の質を高めること

２　類似処方医療用配合剤の薬価算定

イ　類似処方医療用配合剤の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものに限る。）である新規収載品の薬価は、新薬又は類似処方医療用配合剤として薬価収載された最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（処方の類似性が同様である最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定され

る額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該類似処方医療用配合剤の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該類似処方医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ハ　最類似薬がイに規定する類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものを除く。）に該当する医療用配合剤については、第１部及び前部の規定に関わらず、類似薬効比較方式（Ⅰ）により算定される額に 100 分の 70 を乗じて得た額を当該医療用配合剤の薬価とする。

３　規格間調整のみによる新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部第１節２（２）②の規定の適用を受けたもののうち、当該新薬が次の（イ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を、当該新薬が次の（ロ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める小児加算の算式を準用して算定される額を加えた額を当該新薬の薬価とする。

（イ）類似薬に比して、投与回数の減少等高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

（ロ）第１章 29 の特定用途加算又は 30 の小児加算の要件。

４　不採算品再算定の要件に該当する既収載品について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品の薬価算定

イ　算定の特例

第３章第８節２の不採算品再算定の要件に該当する既収載品（製造販売業者が同一のものに限る。）について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品であって、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

５　新医療用配合剤の薬価算定

（１）特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するものとする。ただし、抗HIV薬並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかな注射用配合剤及び外用配合剤を除く。

イ　当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品（配合剤（単剤が薬価収載されていない有効成分を含有する配合剤に限る。）を含む。以下「単剤等」という。）があること（ただし、薬価基準に収載されていない有効成分のうち、一般用医薬品の有効成分等新規性がないと判断される有効成分が配合されている場合には、当該有効成分についてはこの限りでない）。

ロ　効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤等の効能及び効果の組合せと同様であると認められること（薬価基準に収載されていない有効成分に係る効能及び効果を除く。）。

ハ　当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全ての単剤等の投与形態が同一であること。

（２）新医療用配合剤の特例

①　新医療用配合剤に係る全ての単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ　単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イにより算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該

有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

② 新医療用配合剤に係る単剤等の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

（イ）新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤等を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤等を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（ロ）次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（い）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がある有効成分について、当該単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額

（ろ）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額

ロ 単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

③　新医療用配合剤に係る単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ　単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

④　有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ　算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

⑤　薬価基準に収載されていない有効成分が配合された新医療用配合剤であって、当該有効成分に新規性が認められない場合

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、薬価基準に収載されていない有効成分が配合されていない新医療用配合剤とみなして、①～④のいずれかにより算定する。

6　臨床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤の薬価算定

第１部及び前部の規定に関わらず、臨床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤（抗HIV薬を除く。）については、第１部第１節の規定により算定される額が当該比較薬の単剤等ごとの一日薬価の合計額を超える場合には、当該合計額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

7　組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬（未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要請又は公募した医薬品等及び主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を超える場合には、当該類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

8　ラセミ体又は先行品が存在する新薬の薬価算定
（1）特例の対象となる新薬
本号の対象となる新薬は、次のいずれかの要件に該当するものとする。
イ　光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能及び効果等に大きな違いがないもの。
ただし、光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている場合を除く。
ロ　製造販売業者、主たる効能及び効果、薬理作用、投与形態並びに臨床上の位置付けが同一、又は同一とみなせる既収載品（以下「先行品」という。）があり、当該先行品の薬価収載の日から５年を経過した後に薬価収載されるもの。
ただし、補正加算に該当する場合又は開発の経緯や臨床試験等から臨床的意義が認められる場合を除く。

（2）ラセミ体又は先行品が存在する新薬の特例
イ　算定の特例
第１部の規定に関わらず、当該ラセミ体の既収載品又は当該先行品を比較薬とした類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新薬の薬価とする。ただし、類似薬効比較方式（Ⅱ）の要件にも該当し、当該算定額がより低い場合は、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　規格間調整
イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。
（イ）当該新薬の有効成分の含有量
（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

9　最低薬価を下回る新規収載品の薬価算定の特例
第１部、第２部又は前号の規定によって算定される額が、別表９の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、同部の規定に関わらず、原則として、最低薬価を当該新規

収載品の薬価とする。

第３章　既収載品の薬価の改定

薬価改定においては、改定前の薬価に対して、次の第１節から第 11 節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

第１節　市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式（別表５）により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第２節　新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い

新規に薬価収載された際に新薬創出等加算の対象外であった場合であって、以下のいずれかを比較薬として算定された品目（類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定された品目を除く。）は、薬価収載の日から４年を経過した後の最初の薬価改定の際、薬価収載された時点における比較薬の新薬創出等加算の累積額に相当する額又は本規定により比較薬が控除すべき額に相当する額を控除する。ただし、現に新薬創出等加算の対象となっている場合又は薬価改定に際し、新薬創出等加算の対象となる場合はこの限りでない。

（イ）新薬創出等加算を受けたことのある既収載品（第９節２の控除が行われたものを除く。）

（ロ）本節に規定する品目（本規定による控除が行われたものを除く。）

第３節　長期収載品の薬価の改定

１　後発品への置換えが進まない既収載品の薬価の改定

（１）対象品目

本規定の対象品目は、医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 10 月１日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。以下「先発品」という。）であって、当該先発品に係る最初の後発品（当該先発品と組成及び剤形区分が同一のもので最も早く薬価収載された類似薬をいう。以下同じ。）の新規収載後５年を経過し、10 年を経過しないもののうち、後発品置換え率（組成及び剤形区分が同一である類似薬のうち後発品であるものへの数量ベースでの置換え率をいう。以下同じ。）が 80％未満であって、次のいずれにも該当しないものとする。

イ　日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ　生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ　漢方製剤及び生薬

ニ　希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品
ホ　第８節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品
ヘ　後発品価格（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬のうち後発品であるものの価格をいう。以下同じ。）のうち最も低いものを下回る医薬品

（２）薬価の改定方式
（１）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に対して、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を引き下げる。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。
イ　後発品置換え率が 60%未満　100 分の２
ロ　後発品置換え率が 60%以上 80%未満　100 分の 1.75

２　後発品収載後 10 年を経過した長期収載品の後発品価格への引下げ
（１）対象品目
本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。
①　先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過したもののうち、次のいずれにも該当しないもの。
イ　日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）
ロ　生物学的製剤（血液製剤を含む。）
ハ　漢方製剤及び生薬
ニ　希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品
ホ　第８節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品
ヘ　後発品価格のうち最も低いものを下回る医薬品
②　先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過していないもののうち、令和２年度薬価改定以降の薬価改定において後発品置換え率が 80%以上であったもので、それ以降の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）において改めて後発品置換え率が 80%以上であることが確認され、かつ、①のイからヘまでのいずれにも該当しないもの。

（２）薬価の改定方式
①　後発品への置換えが進んでいるもの（Ｇ１）
（１）①に該当する品目のうち、最初の後発品の収載後 10 年が経過した以降に後発品置換え率が 80%以上になったもの又は（１）②に該当する品目（先発品と後発品の効能又は効果が同一でないものを除く。以下「Ｇ１品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に引き下げる。
ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価

格のうち最も高いものを引下げの下限とする。また、下記②に規定するＧ２品目に該当したことのある品目については、次に掲げる各倍率については、②のイからへまでの適用されたことのある倍率のうち最も低い倍率を上限とする。

イ　Ｇ１品目に該当してから初めて薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。以下、この（２）において同じ。）を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 2.5 倍

ロ　Ｇ１品目に該当してから２年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の２倍

ハ　Ｇ１品目に該当してから４年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 1.5 倍

ニ　Ｇ１品目に該当してから６年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値

②　後発品への置換えが困難なもの（Ｇ２）

（１）に該当する品目のうち、Ｇ１品目以外のもの（以下「Ｇ２品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

イ　Ｇ２品目に該当してから初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 2.5 倍

ロ　Ｇ２品目に該当してから２年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 2.3 倍

ハ　Ｇ２品目に該当してから４年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 2.1 倍

ニ　Ｇ２品目に該当してから６年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 1.9 倍

ホ　Ｇ２品目に該当してから８年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 1.7 倍

へ　Ｇ２品目に該当してから 10 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の 1.5 倍

（３）補完的な引下げ（C）

（２）の規定により算定される額が、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額を上回る品目については、（２）の規定に関わらず、当該各号に掲げる額に改定する。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

また、バイオ医薬品については、（２）の規定は適用せず、本規定を適用することとする。ただし、第２章第２部１ロに該当する後発品が収載されたバイオ医薬品については、（２）の規定及び本規定のいずれも適用する。

イ　後発品置換え率が60%未満　本規定の適用前の価格から、当該額に100分の２を乗じて得た額を控除した額

ロ　後発品置換え率が 60%以上 80%未満　本規定の適用前の価格から、当該額に 100 分の 1.75 を乗じて得た額を控除した額

３　既収載の内用配合剤の薬価の改定の特例

（１）対象品目

本規定の対象品目は、第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる内用配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤等（当該既収載配合剤の比較薬に限る。）が第３節１又は２に該当するものとする。

（２）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

イ　当該内用配合剤の収載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤等について薬価改定後の額を反映し、算定した額

ロ　本規定を適用しなかった場合の薬価改定後の額

４　円滑実施措置

本節２の規定の適用について次に掲げる措置を講じる。

（１）品目ごとに、本規定の適用による引下げ率（本規定の適用前の価格からの本規定の適用後の価格への変化率をいう。以下同じ。）が 50%を超えるものについては、50%を上限として本規定を適用する。

（２）企業ごとに、本規定の適用による影響率（当該企業の医療用医薬品の総売上に対する、本規定の適用により減少すると見込まれる売上の割合をいう。）が５%を超える企業については、当該企業の本規定の適用を受ける全ての品目については、本規定の適用による引下げ率が、次の円滑実施係数を乗じた率となるように本規定を適用する。

$$\text{円滑実施係数} = \frac{\text{影響率} \times 0.5 + 2.5\%}{\text{影響率}}$$

第４節　既収載品の薬価改定時の加算

（１）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

①　小児に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第９項（同法第 19 条の２第５項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき小児に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能又は効果等の追加の

承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

② 希少疾病に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第９項の規定に基づき希少疾病に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの（希少疾病用医薬品又はそれに相当すると認められるものに限る。）とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

③ 先駆的な効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第９項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された先駆的医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

④ 特定用途に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第９項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された特定用途医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

⑤ 市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品

市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたものとする。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

（２）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に、別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。ただし、（１）の①から④までの複数に該当する場合は、それらのうち補正加算率が最も大きなものを用いる。

第５節　再算定

次に掲げる再算定のいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

１　市場拡大再算定

（１）市場拡大再算定対象品

次の要件の全てに該当する品目（以下「市場拡大再算定対象品」という。）については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額となる場合は、当該額に改定する。

イ　次のいずれかに該当する既収載品

（イ）薬価収載される際、原価計算方式により薬価算定された既収載品

（ロ）薬価収載される際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたものであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ　薬価収載の日（医薬品医療機器等法第 14 条第９項の規定に基づき効能又は効果の変更（以下「効能変更等」という。）が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品

ハ　次のいずれかに該当する既収載品

（イ）年間販売額（組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬（以下「同一組成既収載品群」という。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額をいう。以下同じ。）が 150 億円を超え、基準年間販売額の２倍以上となるもの

（ロ）年間販売額が 100 億円を超え、基準年間販売額の 10 倍以上となるもの（（イ）を除き、原価計算方式により算定された既収載品に限る。）

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

①　薬価収載の日から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大再算定（（３）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は３に規定する用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額とする。

② 効能変更等の承認があった場合であって、薬価収載の日から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）後の場合

基準年間販売額は、効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更等の承認後に限る。）に市場拡大再算定（（３）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額とする。

（２）市場拡大再算定の特例

次の全ての要件に該当する既収載品（以下「特例拡大再算定対象品」という。）については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改定する。また、（１）に該当する既収載品については、（１）又は（２）のいずれか低い額とする。

イ 薬価収載の日（効能変更等が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品

ロ 次のいずれかに該当する既収載品

（イ）年間販売額が 1,500 億円を超え、基準年間販売額の 1.3 倍以上となるもの

（ロ）年間販売額が 1,000 億円を超え、基準年間販売額の 1.5 倍以上となるもの（（イ）を除く。）

（３）類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改

定される場合は、当該額に改定することとし、（１）又は（２）に該当する既収載品については、（１）又は（２）により算定される額とする。

①　市場拡大再算定の場合

次のいずれかに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定類似品」という。）

イ　当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ　市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

②　市場拡大再算定の特例の場合

特例拡大再算定対象品の薬理作用類似薬であって、次のいずれかに該当する既収載品（以下「特例拡大再算定類似品」という。）

イ　薬価収載の際の比較薬が当該特例拡大再算定対象品である既収載品

ロ　薬価収載の際の比較薬が特例拡大再算定類似品である既収載品

ハ　特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、特例拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

ただし、特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品として改定を受けた品目は、当該改定の適用日の翌日から起算して４年を経過する日までの間、一回に限り、①又は②に該当した場合であっても、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わないものとする。

２　効能変化再算定

（１）主たる効能変化品の再算定

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表７に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表７の１（１）に該当する場合は本規定を適用しない。

イ　効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品

ロ　当該変更後の主たる効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がある既収載品

（２）主たる効能変化品の再算定の特例

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（以下「特例効能変化再算定対象品」という。）については、別表７に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表７に定めるところにより算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合は本規定を適用しない。

イ　効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品

ロ　当該変更後の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がない既収載品

ハ　当該変更後の主たる効能及び効果と同一又は類似する効能及び効果を有する既収載品であって、治療上の位置づけ等が類似するもの（以下「参照薬」という。）があり、当該変更後の主たる効能及び効果に係る一日薬価が、参照薬の一日薬価の 10 倍以上となるもの

ニ　参照薬の年間販売額が 150 億円以上である既収載品

ホ　主たる効能及び効果の変更に伴い適用対象患者が現に使用されている患者数から最大で 10 倍以上に拡大すると認められる既収載品であって、適用対象患者が最大で５万人以上と認められる既収載品

ヘ　当該変更後の主たる効能及び効果が根治的治療法に該当する既収載品、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗 HIV の効能及び効果を追加した既収載品でないこと。

（３）主たる効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表７に定める算式より算定される額に改定する。

イ　主たる効能変化品（特例効能変化再算定対象品を含む。以下、本節において同じ。）と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品（主たる効能変化品と同様の効能変更等があったものに限る。）

ロ　（１）又は（２）の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更等があった既収載品

３　用法用量変化再算定

（１）用法用量変化再算定の原則

医薬品医療機器等法第 14 条第９項の規定に基づき、主たる効能又は効果に係る用法及び用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品については、市場規模が100億円を超え、かつ、市場規模が効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和３年度薬価改定を除く。）の時点における年間販売額（同一組成既収載品群の年間販売額をいう。）から 10 倍以上となった場合に、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

これらの規定は、当該規定の対象となった医薬品（類似品を含む。）が薬価収載の際の比較薬である医薬品（用法及び用量の変更後に比較薬とした場合に限る。）についても、類似品として適用する。

（２）用法用量変化再算定の特例

薬価収載時又は効能又は効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表８に定める算式により算定される額に改定する。ただし、（１）に該当する既収載品については、（１）により算定される額に改定する。

４　薬価改定の際以外の再算定

（１）効能変更等又は主たる効能若しくは効果に係る用法及び用量の変更が承認された既収載品及び薬価収載時に２年度目の予想販売額が、原価計算方式により算定された品目にあっては100億円以上、それ以外の品目にあっては150億円以上であるもののうち、本節１又は３に定める要件に該当する既収載品について、薬価改定の際に限らず、年４回、薬価を改定する。ただし、１に該当する品目については、１（１）ハの 150 億円及び 100 億円とあるのは、いずれも350億円と読み替えて適用する。

（２）効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品のうち、本節２に定める要件に該当する既収載品について、当該効能変更等の前の年間販売額が 350 億円を超える場合は、薬価改定の際に限らず、年４回、薬価を改定する。

（３）薬価改定の際の再算定（市場拡大再算定、効能変化再算定又は用法用量変化再算定をいう。以下同じ。）又は薬価改定の際以外の再算定を連続して行う場合は、これらの改定が施行される前の年間販売額に基づく再算定は、行わないこととする。ただし、次のとおりとする。

イ　薬価改定の際以外の再算定が施行される前に実施された薬価調査に基づき薬価改定を行う場合は、当該再算定が施行される前の薬価を改定前薬価とする薬価改定後の額が当該再算定後の額より低い場合は、当該薬価改定後の額に改定する。

ロ　薬価改定（再算定が行われたものを除く。）が施行される前の年間販売額に基づき薬価改定の際以外の再算定を行う場合は、当該薬価改定が施行

される前の薬価を再算定前薬価とする再算定後の額が当該薬価改定後の額より低い場合は、当該再算定後の額に改定する。

第６節　条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例

１　対象品目

医薬品医療機器等法第 23 条の 26 第１項の規定により条件及び期限を付して承認（以下「条件・期限付承認」という。）を受けた再生医療等製品であって、同条第５項に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたもの。

２　改めて評価を行う場合の取扱い

対象品目の条件・期限付承認を受けた効能及び効果について、条件・期限付承認を受けた時点では明らかでなかった医療上の有用性が改めて承認を受けた際に客観的に示された場合は、改めて補正加算の該当性を決定し、薬価改定の際に限らず、年４回、価格調整を行う。その際、補正加算額は別表２に定める算式により算定する。

第７節　後発品等の価格帯

１　組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯

次の（１）から（３）までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

ただし、改定前の薬価が、各号に掲げる品目の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る品目については、各号ごとに、本規定の適用前の当該品目の価格を別途加重平均する（（１）に掲げる品目を除く。）。

（１）組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 50 を乗じて得た額以上の算定額となる既収載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既収載品であって、前回の薬価改定において（２）又は（３）に該当したものを除く。

（２）次のいずれかに該当するもの。

イ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 30 を乗じて得た額以上かつ 100 分の 50 を乗じて得た額を下回る算定額となる既収載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既収載品であって、前回の薬価改定において（３）に該当したものを除く。

ロ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 50 を乗じて得た額以上の算定額となる既収載品のうち、改定前の薬価が（１）に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回るものであって、前回の薬価改定

において本号に該当したもの。

（３）次のいずれかに該当するもの。

イ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 30 を乗じて得た額を下回る算定額となる既収載品。

ロ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、（１）及び（２）に該当しない既収載の後発品。

ただし、第２章第２部１イの規定により比較薬の薬価に 100 分の 50 を乗じて算定された後発品の額が、同部２（１）ロの規定により比較薬の薬価に 100 分の 40 を乗じて算定された後発品（薬価調査により市場実勢価格が把握できないものに限る。）のみからなる価格帯に入る場合、前者の額は、後者の本規定の適用前の価格に集約する。

２　Ｇ１品目又はＧ２品目に係る後発品の価格帯

（１）Ｇ１品目に係る後発品の価格帯

１の規定に関わらず、Ｇ１品目のうち、市場から撤退する予定の先発品に係る後発品については、当該Ｇ１品目が撤退を決めた後の最初の薬価改定（当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定に限る。）の際、次に掲げる各号の区分に該当する企業が製造販売する後発品ごとに加重平均により価格を集約する。

ただし、ロの企業が製造販売する後発品については、改定前の薬価が加重平均値（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬ごとに本規定の適用前の価格を加重平均した値。以下本節において同じ。）以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。また、ロの企業が製造販売する後発品の価格はイの企業が製造販売する後発品の価格を超えないこととする。

イ　当該Ｇ１品目に係る後発品について増産対応する企業であって、合算して後発品生産量が全後発品の 50%を超える単一又は複数の企業

ロ　イ以外の企業

（２）Ｇ２品目に係る後発品等の価格帯

１の規定に関わらず、Ｇ１品目のうち、市場から撤退しない予定の先発品に係る後発品及びＧ２品目に係る後発品については、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定において、改定前の薬価が加重平均値以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、

当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。

第８節　低薬価品の特例

１　基礎的医薬品

（１）対象品目の要件

本規定の対象品目は、次の①又は②のいずれかに該当する既収載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。）とする。

①　次の全ての要件に該当する既収載品

イ　過去に不採算品再算定が適用された有効成分を含有する既収載品、病原生物に対する医薬品、医療用麻薬、生薬、軟膏基剤又は歯科用局所麻酔剤のいずれかに該当すること。

ロ　医療上の位置付けが確立し、広く臨床現場で使用されていることが明らかであること。

ハ　当該既収載品並びに組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から 25 年を経過しているものがあること。

ニ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

②　次の全ての要件に該当する安定確保医薬品のカテゴリＡ（令和３年３月 26 日付け厚生労働省医政局経済課公表）に位置付けられた既収載品

イ　長期収載品の薬価改定の規定に係る次のいずれにも該当しないこと。

（イ）先発品（当該先発品に係る後発品が収載されているものに限る。）であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過していないもの

（ロ）（イ）に該当する先発品と組成、剤形区分が同一である類似薬

（ハ）Ｇ１品目であって、Ｇ１品目に該当してから６年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

（ニ）Ｇ２品目であって、Ｇ２品目に該当してから 10 年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

ロ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から 25 年を経過しているものがあること。

ハ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬（イを満たすものに限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

（２）薬価の改定方式

①　（１）の要件に該当する既収載品について、当該既収載品並びに当該既収載品と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一である類似薬（（１）の要件に該当する品目に限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない場合は、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。

イ　前回の薬価改定において（１）の要件に該当した既収載品

薬価改定前の薬価（本規定適用前の額が薬価改定前の薬価を上回る場合には、当該額。以下この（２）において同じ。）

ロ　前回の薬価改定において（１）の要件に該当しなかった既収載品

薬価改定前の薬価（ただし、当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合は、薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額が最も大きい銘柄の薬価改定前の薬価（以下「汎用銘柄薬価」という。））

②　①以外の場合には、（１）の対象となった既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一の類似薬であって、①に該当しない全ての当該類似薬の本規定の適用前の価格の加重平均値に改定する。ただし、改定前薬価を超える場合は当該額とする。

③　①の規定に関わらず、前回の薬価改定において②に該当した既収載品が①に該当する場合は、当該既収載品については、当該既収載品の薬価改定前の薬価と汎用銘柄薬価の相加平均値に改定する。ただし、当該相加平均値が、当該既収載品の改定前薬価を下回る場合には、当該薬価とする。また、これまでに本規定の対象となったことがある品目について、本規定適用後の額がその際の改定後の薬価を上回る場合には、当該薬価とする。

２　不採算品再算定

１（１）の要件に該当しない既収載品又は１（１）の要件に該当する既収載品のうち、製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等について、次のいずれかの要件に該当する場合は、原価計算方式によって算定される額（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額）を当該既収載品の薬価とする。

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100 分の５を上限とする。

イ　保険医療上の必要性が高いものであると認められる既収載品であって、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）

ロ　新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であ

るため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

なお、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行ったものであって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。

３　最低薬価

薬価改定の際、１又は２の要件に該当しない既収載品について、本規定の適用前の価格が、別表９の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、最低薬価に改定する。

なお、本規定の適用前に価格帯集約を受けた医薬品であって、価格帯のうちいずれかの品目が最低薬価を下回る場合は、同一の価格帯に含まれる既収載品の中で最も高額な最低薬価を当該価格帯に含まれる全ての医薬品の最低薬価とする。

第９節　新薬創出・適応外薬解消等促進加算

１　加算

（１）対象品目

新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）の対象品目は、次に掲げる全ての要件に該当する既収載品とする。

イ　新薬として薬価収載され、当該品目に係る後発品が薬価収載されていないこと（薬価収載の日から 15 年を経過していないものに限る。）

ロ　次のいずれかの要件に該当すること

①　希少疾病用医薬品として指定された効能又は効果について承認を受けている医薬品

②　未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を公募した医薬品

③　薬価収載の際、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）若しくは営業利益率のプラスの補正の対象となった医薬品（第３章第６節の規定により画期性加算、有用性加算（Ⅰ）若しくは有用性加算（Ⅱ）の対象となった再生医療等製品を含む。）、薬価改定までに、これらの加算（有用性加算（Ⅱ）の要件ニのみに該当する場合を除く。）に相当すると認められる効能又は効果が追加されたもの（既存の効能又は効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）又は薬価改定の際、市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例を受けた医薬品（以下「加算適用品」という。）

④　新規作用機序医薬品（薬価収載時に薬理作用類似薬がなしとされた医薬品をいう。）又は新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能若しくは効果が追加されたもの（既存の効能又は効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）であって、別表 10 の基準に該当する医薬品

⑤　薬価収載時に薬理作用類似薬が１又は２であり、かつ最も早く収載された薬理作用類似薬の収載から３年以内に収載された医薬品であって、薬理作用類似薬のうち最も早く収載された医薬品が加算適用品又は別表 10 の基準に該当するもの

⑥　先駆的医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの

⑦　特定用途医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの

⑧　薬剤耐性菌の治療に用いる医薬品

ハ　第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものでないこと

ニ　第５節の再算定（薬価改定の際の再算定に限る。）のいずれにも該当しないこと

（２）対象企業

新薬創出等加算の対象企業は、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省から開発を要請された品目について、開発の拒否、合理的な理由のない開発の遅延等、適切に対応を行わなかった企業以外の企業とする。

（３）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、（２）に掲げる企業が製造販売するものに限り、本規定の適用前の価格に、別表 11 に定める額を加えた額に改定する。

２　控除

これまで新薬創出等加算を受けたことのある既収載品について、初めて次の要件のいずれかに該当した場合は、これまで受けた新薬創出等加算の累積額を本規定の適用前の価格から控除する。

イ　当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていること

ロ　薬価収載の日から 15 年を経過していること

ハ　第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、

薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものであること

ニ　未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省から開発を要請された品目について、開発の拒否、合理的な理由のない開発の遅延等、適切に対応を行わなかった企業が製造販売するものであること

第 10 節　既収載品の外国平均価格調整

次の全ての要件に該当する品目（平成 30 年３月以前に薬価収載された品目については、再算定の対象となったものに限る。）については、本規定の適用前の価格に外国平均価格調整（引上げ調整を除く。）を行う。

イ　原薬・製剤を輸入していること

ロ　薬価収載の際、原価計算方式により算定されたこと

ハ　薬価収載の際、参照できる外国価格がなかったこと

ニ　薬価収載の後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたこと

第 11 節　費用対効果評価

１　対象品目

費用対効果評価に基づく価格調整の対象品目は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和４年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用対効果評価の対象品目に指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された医薬品とする。

２　価格調整方法

対象品目について、費用対効果評価の結果及び別表 12 に定める算式により、薬価改定の際に限らず、年４回、価格調整を行う。なお、薬価改定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該医薬品及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第４章　実施時期等

１　実施時期

（１）新規収載品に係る薬価算定基準は、平成 12 年４月に承認を受けた薬剤に係る通常の薬価収載時から適用する。

（２）効能変化再算定、用法用量変化再算定は、平成 12 年４月以降に医薬品医療機器等法の承認を受けたものその他の当該各号に定める要件を満たしたものについて適用し、当該要件を満たした時期に応じ、平成 12 年度薬価改定以降

の最初の薬価改定又は当該薬価改定後の薬価改定の際に実施する。

（３）第３章第２節の規定は、令和２年度薬価改定以降に薬価収載されたものに適用する。第３章第３節２（１）②の規定は令和２年度薬価改定以降の薬価改定より施行する。また、第３章第９節１（１）ロの④の新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能又は効果が追加されたものに関する規定並びに⑥及び⑧の規定は、令和２年度薬価改定以降に薬価収載又は効能追加等されたものに適用する。

（４）第３章第９節１（１）ロの③の効能又は効果が追加されたものに係る規定は、令和４年４月以降に追加された効能又は効果に係る医薬品医療機器等法の承認を受けたものに適用する。

２　改正手続

薬価算定基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

３　経過措置

（１）薬価算定基準の実施にあたっては、平成 12 年３月 31 日において薬価収載されているものについては、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新薬の定義に該当すると認められる場合には、新薬として薬価収載された既収載品とみなし、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新規後発品の定義に該当すると認められる場合には、新規後発品として薬価収載された既収載品とみなす。

（２）前回の薬価改定において最低薬価とみなして最低薬価に係る規定を適用することとされた既収載品及び令和４年３月 31 日における薬価が最低薬価を下回る既収載品の薬価については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、最低薬価に係る規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

（３）令和４年度薬価改定においては、第３章第８節１（２）中、「前回の薬価改定において（１）の要件に該当」とあるのは、「前回の薬価改定において「薬価算定の基準について」（令和３年２月 10 日付け保発 0210 第３号厚生労働省保険局長通知別添）第３章第８節１（１）イ、ロ及びハのすべての要件に該当」と、「前回の薬価改定において②に該当した」とあるのは、「前回の薬価改定において「薬価算定の基準について」（令和３年２月 10 日付け保発 0210 第３号厚生労働省保険局長通知別添）第３章第８節１（２）の適用を受けた」と読み替えるものとする。

別表１

剤　形　区　分

内用薬

内－１　錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
内－２　散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
内－３　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（成人用）
内－４　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（小児用）
内－５　チュアブル、バッカル、舌下錠

注射薬

注－１　注射剤（キット製品でないもの）
注－２　注射剤（キット製品）

外用薬

外－１　軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、スプレー剤、ゼリー剤、パウダー剤、ゲル剤
外－２　吸入剤（吸入粉末剤、吸入液剤、吸入エアゾール剤）
外－３　眼科用剤（点眼剤、眼軟膏）
外－４　耳鼻科用剤（点鼻剤、点耳剤、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤）
外－５　パップ剤、貼付剤、テープ剤、硬膏剤
外－６　坐剤、膣剤
外－７　注腸剤
外－８　口嗽剤、トローチ剤（口腔内に適用するものを含む。）
外－９　外－１から外－８までのそれぞれの区分のキット製品

（注）ただし、上記で同一の剤形区分とされる薬剤であっても、組成及び規格が同一であって、製剤の工夫により効能、効果、用法又は用量が明らかに異なる場合は、別の剤形区分とみなす。

別表２

補正加算の計算方法

１　基本的考え方

（１）一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

（２）複数の補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α_1＋α_2＋・・・）

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち薬価算定組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

加算係数　＝　1.0（開示度≧80%）
加算係数　＝　0.6（50%≦開示度＜80%）
加算係数　＝　0（開示度＜50%）

２　各補正加算率の計算方法

（１）補正加算における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100}$$

（注）Ａ：当該新規収載品目に対して適用される率（%）

ただし、Ａの範囲は次のとおり。

・画期性加算	70≦Ａ≦120
・有用性加算（Ⅰ）	35≦Ａ≦60
・有用性加算（Ⅱ）	５≦Ａ≦30
・市場性加算（Ⅰ）	10≦Ａ≦20
・市場性加算（Ⅱ）	Ａ＝５
・特定用途加算	５≦Ａ≦20
・小児加算	５≦Ａ≦20
・先駆加算	10≦Ａ≦20

（２）補正加算前の価格が 1,000 万円を超える再生医療等製品（年間販売額（収載時にあっては本規定適用前のピーク時予測売上高）が 50 億円を超えるものに限る。）における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{10,000,000}\right)/\log\left(\frac{5,000,000}{10,000,000}\right)}$$

（ただし、P>10,000,000）

（注）Ａ：当該再生医療等製品に対して適用される率（%）（２（３）に該当する再生医療等製品の場合は、２（３）により算出されたαに 100 を乗じた値。）
Ｐ：補正加算前の価格

（３）第３章第６節に定める条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、0.5A/100≦α≦1.5A/100）

（注）α：補正加算率
Ａ：当該再生医療等製品に対して適用される率（%）
Ｘ：億円単位で示した当該再生医療等製品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

（４）別表６において有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{50}\right)/\log\left(\frac{25}{50}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該市場拡大再算定対象品、当該特例拡大再算定対象品又は当該類似品に対して適用される率（%）
Ｘ：億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品又は当該特例拡大再算定対象品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額
ただし、0.5A／100≦α≦1.5A／100 とする。

（５）第３章第４節に定める既収載品の薬価改定時の加算において、有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{50}\right)/\log\left(\frac{25}{50}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該既収載品に対して適用される率（%）

Ｘ：億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群（当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、0.5A／100≦α≦1.5A／100 とする。

別表３

外国平均価格調整の計算方法

１　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の４分の５に相当する額を超える場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を上回る場合を除く。）

次の算式により算定される額

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{5}{6}\right) \times \text{外国平均価格}$$

２　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の４分の３に相当する額未満の場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を下回る場合を除く。）

次の算式により算定される額（ただし、算定値の２倍に相当する額を超える場合には、当該額とする。）

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{1}{2}\right) \times \text{外国平均価格}$$

３　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が、同時に薬価収載される場合

当該新規収載品のうち、上記１又は２の場合に該当するものについて、下記の算式により算定された変化率を、全ての新規収載品の数で相加平均した数値を用いて、薬価を求める算式により算定される額

＜変化率を求める算式＞

$$\text{変化率} = \frac{\text{１又は２の算式により算定される額}}{\text{算定値}} - 1$$

＜薬価を求める算式＞

$$\text{算定値} \times (1 + \text{変化率の相加平均値})$$

別表４

規格間調整の計算方法

１　類似薬の規格間比を求める算式

log（Q2/Q1）／log（Y2/Y1）

Q1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の薬価
Q2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの薬価
Y1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の有効成分の含有量
Y2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの有効成分の含有量

（注）組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合であって、当該最類似薬に別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）があるときは、当該最類似薬と、当該類似薬のうち最類似薬に次いで２番目の年間販売量のもの（剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）とで規格間比を計算する。

２　非汎用新規収載品の薬価（P2）を求める関係式

log（P2/P1）／log（X2/X1）＝類似薬の規格間比

P1＝汎用新規収載品又は最類似薬の薬価
P2＝当該非汎用新規収載品の薬価
X1＝汎用新規収載品又は最類似薬の有効成分の含有量
X2＝当該非汎用新規収載品の有効成分の含有量

（注）　類似薬の規格間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の規格間比とし、規格間比が１を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は１とする。ただし、内用薬については、X2＞X1（X2 が通常最大用量を超える用量に対応するものである場合に限る。）であって、最も類似性が高い類似薬の規格間比が 0.5850 を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は 0.5850 とする。

　また、製剤上の工夫をすることなく、投与期間の延長のみを目的として含有量が増加した製剤に対し、規格間調整が適用される場合は、規格間比の上限を 0.5850 とする。

別表５

市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

（当該既収載品の保険医療機関等における薬価算定単位あたりの平均的購入価格（税抜き市場実勢価格の加重平均値））×｛１＋（１＋地方消費税率）×消費税率｝＋調整幅

消　費　税　率：消費税法（昭和 63 年法律第 108 号）第 29 条に定める率
地方消費税率：地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 72 条の 83 に定める率
調　　整　　幅：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の 2／100 に相当する額

別表６

市場拡大再算定対象品等の計算方法

１　市場拡大再算定対象品及び市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額の合計額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \}$$

（注）上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 85／100 を下回る場合には、当該額とする。

第３章第２節の新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い及び第９節２の新薬創出等加算の控除の対象となる品目については、薬価改定前の薬価については、当該規定に基づく控除を行った後の額とする。以下同じ。

２　特例拡大再算定対象品及び特例拡大再算定類似品に係る計算方法

（１）年間販売額の合計額が 1,000 億円を超え 1,500 億円以下、かつ基準年間販売額の 1.5 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.5} + \alpha \}$$

（２）年間販売額の合計額が 1,500 億円を超え、かつ基準年間販売額の 1.3 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.3} + \alpha \}$$

（注）上記算式による算定値が、（1）については薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合、（2）については薬価改定前の薬価の 50／100 に相当する額を下回る場合には、当該額とする。

$$X（市場規模拡大率）= \frac{\left(\begin{array}{c}市場拡大再算定対象品又は特例拡大再算定対象品\\の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に\\計算した年間販売額の合計額\end{array}\right)}{当該同一組成既収載品群の基準年間販売額}$$

３　過去に市場拡大再算定を受けた品目の特例

直近に市場拡大再算定を行った際、上記１又は２の算式による算定値が下表の下限値を下回った場合、改めて再算定を行う際の計算方法において用いる市場規模拡大率は以下の算式により得た値とする。

$$\left[\text{再算定後薬価の計算方法で用いる市場規模拡大率(X)}\right] = \text{年間販売額の合計額／基準年間販売額} \times \text{調整係数}$$

直近の再算定	下限値	調整係数
年間販売額の合計額が 150 億円を超え、かつ基準年間販売額の 2 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式以外の方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 85/100 に相当する額	$0.85 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 150 億円を超え、かつ基準年間販売額の 2 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 10} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 1,000 億円を超え 1,500 億円以下、かつ基準年間販売額の 1.5 倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 1.5} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 1,500 億円を超え、かつ基準年間販売額の 1.3 倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の 50/100 に相当する額	$0.50 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 1.3} + \alpha_p\}$

（X_p：前回の市場拡大再算定の際の市場規模拡大率）

（α_p：前回の市場拡大再算定の際の補正加算率）

α（補正加算率）：個別の市場拡大再算定対象品、特例拡大再算定対象品又は当該類似品について、第３章第４節（１）①から④までに定めるいずれかの要件に該当する場合に有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率のうち最も大きな率及び市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合に有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率。ただし、それぞれ５≦Ａ≦10とする。

別表７

効能変化再算定の計算方法

１　主たる効能変化品に係る計算方法

（１）次のいずれかに該当する場合には、効能変化再算定を適用しない。

（イ）ＡがＢより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合

（ロ）ＡがＢより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を下回る場合

（２）（１）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

Ａ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価（効能変化再算定の適用前の額を基に計算）

Ｂ＝当該既収載品の効能変更等の後の最類似薬の当該効能及び効果に係る一日薬価（最類似薬の薬価改定後の薬価を基に計算）

（注）効能変更等の後の最類似薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額とする。

Ｐ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｑ＝当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｘ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

Ｙ＝当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

（注）この場合、年間販売額は薬価改定後の薬価を基に計算する。

２　効能変化再算定の特例に係る計算方法

下記の算式により算定される額

$$\frac{C \times \frac{M}{M+N} + D \times \frac{N}{M+N}}{P \times \frac{M}{M+N} + Q \times \frac{N}{M+N}}$$

Ｃ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価

Ｄ＝参照薬の一日薬価

Ｐ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｑ＝当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｍ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）及び当該既収載品（直近の薬価調査後に当該効能変更等が行われた場合に限る。組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品を含む。）の年間販売額の合計額

Ｎ＝参照薬の年間販売額の合計額

（注）参照薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該参照薬の年間販売量で加重平均した額とする。

３　主たる効能変化品の類似薬の価格調整の計算方法

（１）主たる効能変化品が、１（１）に該当した場合には、効能変化再算定を適用しない

（２）（１）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\begin{pmatrix}\text{当該既収載品の}\\\text{薬価改定前の薬価}\end{pmatrix} \times \frac{\begin{pmatrix}\text{当該主たる効能変化品の１又は２の}\\\text{算式により算定される額}\end{pmatrix}}{\begin{pmatrix}\text{当該主たる効能変化品の}\\\text{薬価改定前の薬価}\end{pmatrix}}$$

別表８

用法用量変化再算定の計算方法

１　用法用量変化再算定の原則の場合

$$\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品に係る}\\ \text{本規定の適用前の価格}\end{array}\right)\times\frac{\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品の従前の一日通常最大単位数量}\\ \text{（主たる効能又は効果に係るもの）}\end{array}\right)}{\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品の変更後の一日通常最大単位数量}\\ \text{（主たる効能又は効果に係るもの）}\end{array}\right)}$$

２　用法用量変化再算定の特例の場合

$$\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品に係る}\\ \text{本規定の適用前の価格}\end{array}\right)\times\text{当該既収載品の使用量変化率}$$

（注）上記算定式による算定値が、薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

$$\text{当該既収載品の使用量変化率}=\frac{A\times B}{C\times D}$$

Ａ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の投与期間
Ｂ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の推計患者数
Ｃ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の投与期間
Ｄ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の推計患者数

別表９

最 低 薬 価

区　　分		最低薬価
日本薬局方収載品		
錠剤	１錠	10.10 円
カプセル剤	１カプセル	10.10 円
丸剤	１個	10.10 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※１	7.50 円
顆粒剤	1g※１	7.50 円
末剤	1g※１	7.50 円
注射剤	100mL 未満　１管又は１瓶	97 円
	100mL 以上 500mL 未満　１管又は１瓶	115 円
	500mL 以上　１管又は１瓶	152 円
坐剤	１個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	89.60 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	１日薬価	9.80 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※２	10.20 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※１	10.00 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上　１枚	17.10 円
	その他１枚	12.30 円
その他の医薬品		
錠剤	１錠	5.90 円
カプセル剤	１カプセル	5.90 円
丸剤	１個	5.90 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※１	6.50 円
顆粒剤	1g※１	6.50 円
末剤	1g※１	6.50 円
注射剤	100mL 未満　１管又は１瓶	59 円
	100mL 以上 500mL 未満　１管又は１瓶	70 円
	500mL 以上　１管又は１瓶	93 円
坐剤	１個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	88.80 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	１日薬価	6.70 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※２	6.70 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※１	6.60 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上　１枚	17.10 円
	その他１枚	12.30 円

※１　規格単位が 10g の場合は 10g と読み替える。
※２　規格単位が 10mL の場合は 10mL と読み替える。

別表 10

新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準

1　新規作用機序により既存治療で効果不十分な疾患に有効性を示したものであること

当該疾患に対する標準療法で効果不十分又は不耐容の患者を含む臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、効果不十分又は不耐容の患者の目標症例数が事前に設定された企業治験に限る。）において有効性が示されることなどにより、添付文書の効能・効果、使用上の注意、臨床成績の項において、これらの患者に対して投与可能であることが明示的になっているものであること。

2　新規作用機序により既存治療に対して比較試験により優越性を示したものであること

対象疾患に対する既存治療（本邦における治療方法として妥当性があるものに限る。）を対照群（プラセボ除く）に設定した臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された企業治験に限る。）を実施し、主要評価項目において既存治療に対する本剤の優越性が示されていること。

また、製造販売後において、当初の承認時の疾患を対象とした製造販売後臨床試験も同様に取り扱うものとする。

注）既存治療を対照群とし、既存治療に本剤を上乗せした比較試験によって優越性が検証された場合は除く。

用法・用量を変更した群を対照とした場合や、同一有効成分の医薬品を対照としたものは除く。

製剤改良など、活性本体に明確な変更がない新薬は除く。

製造販売後臨床試験の場合においても、既存治療は本邦における治療方法として妥当性があるものに限り、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された試験に限る。

3　新規作用機序により認められた効能を有する他の医薬品が存在しないこと

薬事承認時点において、本剤と効能・効果が一致するものがなく、対象疾患に対して初めての治療選択肢を提供するもの、又は類似の効能・効果を有する既存薬と比べて、治療対象となる患者の範囲が拡大することが明らかであるもの。

別表 11

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の計算方法

1　平均乖離率以内の品目の場合

対象品目の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないものの場合、次の算式により算定される額（ただし、加算後の薬価が改定前の薬価を超えないようになる額を上限とし、下限は０とする。）に加算係数を乗じた額

$$\begin{pmatrix}\text{新薬創出等加算の}\\ \text{適用前の価格}\end{pmatrix}\times\left(\text{全ての既収載品の平均乖離率}-\frac{2}{100}\right)\times\frac{80}{100}$$

2　平均乖離率を超える品目の場合

対象品目の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えるものの場合、次の算式により算定される額（ただし、加算後の薬価が改定前の薬価を超えないようになる額を上限とし、下限は０とする。）に加算係数を乗じた額

$$\begin{pmatrix}\text{新薬創出等加算の}\\ \text{適用前の価格}\end{pmatrix}\times\left(\text{全ての既収載品の平均乖離率}-\frac{2}{100}\right)\times\frac{50}{100}$$

3　加算係数

１及び２における加算係数は、次に掲げる企業指標及びこれに基づく分類方法に従って定める。

（１）企業指標

次の表の各項目ごとに、右欄に掲げるポイントを合計したポイントを企業指標に基づくポイントとする。

	指標の内容	
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む）（実施数）（PhaseⅡ以降）	上位 25%　４ポイント 中位 50%　２ポイント
A-2	新薬収載実績（収載成分数）（過去５年）	上位 25%　４ポイント 中位 50%　２ポイント
A-3	革新性のある新薬の収載実績（過去５年）	実績あり　２ポイント

A-4	薬剤耐性菌の治療に用いる医薬品 （過去５年）	１品目について２ポイント
A-5	新型コロナウイルスの治療等に用いる医薬品 （過去５年）	１品目について４ポイント
B-1	開発公募品（開発着手数） （過去５年）（B-2 分を除く）	１品目について２ポイント
B-2	開発公募品（承認取得数） （過去５年）	１品目について２ポイント
C-1	世界に先駆けた新薬の開発（品目数） （過去５年）	１品目について２ポイント
C-2	特定の用途に係る医薬品の開発（品目数） （過去５年）（A-4 分を除く）	１品目について２ポイント

※　A-1 については、令和３年９月末時点の数値とし、それ以外の指標については、令和３年９月末時点までの数値とする。
※　A-1 については、成分数単位とし、効能追加を含む。（一の成分について、複数の効能に係る試験を実施している場合であっても、「１」と計上する。）
※　A-1 については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の対面助言の相談記録により、海外試験の試験成績のみをもって承認申請して差し支えない旨が確認できる場合には、当該海外試験を計上する。
※　A-2 については、新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品を１成分相当、それ以外の新薬を 2/3 成分相当として計上する。
※　A-3 については、新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品の収載実績とする。
※　A-4 については、薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。
※　A-5 については、新型コロナウイルスによる感染症の治療又は予防に用いるもので、薬事審査において新型コロナウイルスによる感染症に対する治療又は予防効果が明確になったものに限り、ワクチンを含む。
※　B-1 については、治験を実施していることを開発着手とみなす。
※　C-1 については、先駆的医薬品の指定数とする。
※　C-2 については、特定用途医薬品の指定数とする。

（２）分類方法

新薬創出等加算の対象品目を有する企業について、（１）のポイントの合計が次の表の中欄に掲げる範囲に該当する企業について、下欄に掲げる値を加算係数とする。

区分	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
範囲	上位 25%※	Ⅰ、Ⅲ以外	2pt 以下
加算係数	1.0	0.9	0.8

※　上位 25 パーセンタイルの企業指標点数の企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の 30%を超えないことを限度として、当該点数の企業は区分Ⅰとして取り扱う。

ただし、次の全ての要件に該当する企業については、区分Ⅲに分類された場合であっても、区分Ⅱとみなす。

① 中小企業であること（従業員数 300 人以下又は資本金３億円以下）

② 他の法人が株式総数又は出資総額の 1/2 以上の株式又は出資金を有していないこと

③ 複数の法人が株式総数又は出資総額の 2/3 以上の株式又は出資金を有していないこと

④ 新薬創出等加算の対象となる成分が１つのみであって、当該品目の承認のあった年の前事業年度（過去５年間に限る）において、当期利益が計上されていない又は当期利益は計上されているが事業収益がないこと

別表 12

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

1　価格調整の対象範囲

（１）類似薬効比較方式により算定された医薬品

類似薬効比較方式により算定された医薬品については、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）又は有用性加算（Ⅱ）（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額（以下「有用性系加算部分」という。）を価格調整対象とする。

加算部分割合は、薬価収載時における算定薬価（外国平均価格調整を受けた品目については、当該価格調整前の価格をいう。）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

（２）原価計算方式により算定された医薬品

原価計算方式により算定された医薬品については、次のいずれかを価格調整対象とする。

①　開示度が 50％以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。

②　開示度が 50％未満の品目については、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。ただし、令和４年３月 31 日以前に薬価収載された品目のうち、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

③　平成 30 年３月 31 日以前に薬価収載された品目であって、営業利益率のプラスの補正の対象になったものについては、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合（以下「補正割合」という。）を乗じて得た額を価格調整対象とする。

薬価収載時から価格調整までの間に行われた薬価改定時の加算の対象となった品目については、当該加算を受けた際の、当該加算額及び当該加算を除いた額に薬価収載時における補正割合を乗じて得た額の合計額を新たな加算額とし、価格調整前の価格に当該加算を受けた直後の価格に対する当該新たな加算額の割合を乗じて得た額を価格調整対

象とする。

2　価格調整の計算方法

（1）類似薬効比較方式等により算定された医薬品

①　費用対効果評価による価格の算式

1（1）並びに1（2）①及び③に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数（β）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格－価格調整対象×（1－β）

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整係数（β）を用いて分析対象集団ごとの価格（②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の5％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者1人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の2分の1に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

②　価格調整係数（β）

ア　対象となる医薬品の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ　ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの　1.25

（一）対象品目に係るメタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

（ア）対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor（Clarivate analytics 社の“InCites Journal Citation Reports”により提供されているimpact factorをいう。）の平均値（当該論文の受理又は論文掲載時から過去5年

間の平均値）が 15.0 を超える学術誌に原著論文として受理されていること。

（イ）当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊 10 年以内の学術誌でないこと。

（ウ）当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること。

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

ⅱ　ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの　1.0

ⅲ　ICER が 200 万円/QALY 以上 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 200 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目　1.0

ⅳ　ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満の品目　0.7

ⅴ　ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目　0.4

ⅵ　ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目　0.1

イ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ⅰ　価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目　1.5

（一）対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床試験により示されていること。

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

ⅱ　価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しない品目又はいずれにも該当しない品目　1.0

ウ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

エ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）

は 0.1 とする。

（２）原価計算方式により算定された医薬品（開示率が低いものに限る。）

①　費用対効果評価による価格の算式

１（２）②に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、対象品目の有用性系加算部分に係る価格調整係数（γ）及び価格調整対象のうち営業利益率を乗じて得た額の部分（以下「営業利益部分」という。）に係る価格調整係数（θ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格
＝　価格調整前の価格　－　有用性系加算部分×(１－γ)
　　－　営業利益部分×(１－θ)

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数（γ及びθ）を用いて分析対象集団ごとの価格（（１）②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、（１）②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10％を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

②　価格調整係数（γ）

価格調整係数（γ）は、（１）②アからエまでに掲げる品目ごとに、それぞれ（１）②アからエまでに定める係数とする。

③　価格調整係数（θ）

ア　対象となる医薬品の費用及び効果が比較対照技術より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（θ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ　ICER が 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 未満の品目　1.0

ⅱ　ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円

/QALY 未満の品目　0.83

ⅲ　ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目　0.67

ⅳ　ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目　0.5

イ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は 1.0 とする。

ウ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

エ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

（３）　価格調整後の価格の下限

（１）又は（２）により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出した ICER が 500 万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、１（２）③に該当する品目については、薬価収載時における補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

①　有用性系加算の加算対象とならない品目又は有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表２に規定する加算係数を乗じる前でかつ別表２の２（２）の算式を適用する前の加算率をいう。以下同じ。）が 25%以下のもの

価格調整前の価格を 10%引き下げた額

②　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%未満のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$=10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率（\%）} - 25}{15} \quad (\%)$$

③　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 100%以上のもの

価格調整前の価格を 15%引き下げた額

（４）費用対効果評価通知に規定するＨ５区分に該当する品目の価格調整

Ｈ５区分に該当する品目の価格調整については、対象品目の薬価収載時における比較薬に係る費用対効果評価に基づく価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。配合剤については、各成分の価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を各成分の１日薬価相当額で加重平均した値を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。

医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて（案）

１　新医薬品の薬価基準収載手続

新医薬品の薬価基準収載の手続は、次のとおりであること。

なお、「薬価算定の基準について」（令和４年●月●日保発●●第●号）第２章第３部４の新規収載品の薬価基準収載の手続並びに第３章第６節の条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例の手続及び第８節２本文なお書の薬価改定の手続についても、これに準じて行うこと。

（１）新医薬品の薬価基準収載希望書

①　新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 14 条の４第１項に掲げる新医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「新薬収載希望者」という。）が、別紙様式１又は２に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新医薬品について、承認後１週間を経過した日又は承認前の直近の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会（以下「医薬品部会」という。）終了後から３週間を経過した日のいずれか早い日（薬事・食品衛生審議会薬事分科会において審議される医療用医薬品又は緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内）までに提出すること。

ただし、当該新医薬品の迅速な供給が困難であることその他新薬収載希望者に特別の事情がある場合には、この限りでない。この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

②　①（又は③）により薬価基準収載希望書を提出する場合であって、「薬価算定の基準について」第１章 22 に規定する原価計算方式による算定を希望する場合及び原価計算方式による算定が妥当と判断される可能性が否定できない場合（厚生労働省より原価計算方式による算定を検討する必要があるとの指摘を受けた場合に限る。）には、当該新薬収載希望者が希望する係数を用いた薬価基準収載希望書及び当該算定に必要な資料を提出すること。なお、当該新医薬品が輸入医薬品である場合、新薬収載希望者は、薬価算定組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、輸入先国における価格（当該輸入医薬品が原体である場合の当該原体の輸入先国における価格を含む。）の状況、日本以外の国への輸出価格の状況等の輸入原価設定の根拠となる資料を提出すること。

なお、薬価算定組織が日本への輸入価格・製造原価を確認する必要があると認める場合には、薬価収載後も輸入価格・製造原価を証明する資料を提出すること。

③　新薬収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

（２）新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として 60 日以内、遅くとも 90 日以内とする。

ただし、（１）による新医薬品の薬価基準収載希望書が指定された期限内に提出されない場合、（４）⑤又は（５）によって決定された薬価算定案等に不服がある場合、（１）①のただし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合、必要な資料が指定された期限内に提出されない場合には、この限りでない。

（３）新薬収載希望者からの意見聴取等

①　新医薬品の薬価基準への収載に係る事務を円滑に進めるため、薬価基準収載希望書の提出期限前に、薬価基準収載希望書に添付して提出すべき書類について、別に定めるところにより事前提出を求めることができるものとする。

当該書類の事前提出があった場合においては、別に日時を定め、当該新薬収載希望者の意見を事前に聴取することができるものとする。

②　新薬収載希望者から新医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該新薬収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に通知するものとする。

ただし、①による意見聴取が行われた場合においては、新薬収載希望者との合意により、薬価基準収載希望書の提出後の意見聴取を行わないことができるものとする。

（４）薬価算定組織の関与と中医協の承認

薬価基準収載希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、薬価基準への収載における取扱いを決定する。

①　薬価基準収載希望書の提出のあった新医薬品の薬価算定に関し、次の事項について薬価算定組織の専門的見地からの検討を経て薬価算定案等を策定する。

なお、薬価算定組織の検討にあたっては別に定める基本方針による。

ア　類似薬の有無（算定方式の妥当性）

イ　類似薬・最類似薬選定の妥当性

ウ　補正加算適用の妥当性（加算要件への適否、加算適用が妥当とする場合の加算率）

エ　製品製造原価及び係数（新薬収載希望者が希望する係数を含む。）の妥当性（原価計算方式の場合に限る。）

オ　新薬創出・適応外薬解消等促進加算の該当性

カ　費用対効果評価の指定基準の該当性

キ　薬価算定案等に対する新薬収載希望者の不服の妥当性

②　薬価基準収載希望書を提出した新薬収載希望者であって、薬価算定組織における意見陳述を希望するものは、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

③　薬価算定組織の検討を経た薬価算定案等を、中医協総会での審議の前に、その理由を付して新薬収載希望者に通知する。

④　通知した薬価算定案等について不服がある新薬収載希望者は、１回に限り、別紙様式３に定める薬価算定案等不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された薬価算定案等が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。

⑤　薬価算定案等不服意見書を提出した新薬収載希望者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価算定案等を決定する。この薬価算定案等を予め新薬収載希望者に通知し、さらに不服がないことを確認する。

⑥　新薬収載希望者の不服がないことが確認された新医薬品の薬価算定案等について中医協総会で審議し、その了承を求める。

（５）中医協総会の審議結果の通知

中医協総会の審議結果について、その了承の有無及び了承され薬価収載が決定された新医薬品については、次の事項を新薬収載希望者に対し通知する。

①　品名、規格単位、決定された薬価

②　薬価収載予定日

③　保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

なお、中医協総会の審議において、当該新医薬品について薬価収載を行わないこととされた場合には、新薬収載希望者は、根拠となる資料を添えて書面で不服意見を提出することができる。

（６）薬価基準収載品目の供給について

①　新薬収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

②　新薬収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

２　報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載手続

（１）報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載希望書

①　報告品目

報告品目（医薬品部会の報告品目及び審議品目であって新医薬品以外のもの（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、報告品目の収載を希望する製造販売業者（以下「報告品目収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該報告品目について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

②　新キット製品

新キット製品（既存のキット製品がない医薬品について新たにキット製品として承認されたもの又は既承認のキット製品と機能・形態あるいは組み合わされた医薬品の組成が異なるものとして承認された医薬品（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新キット製品の収載を希望する製造販売業者（以下「新キット収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新キット製品について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

③　後発医薬品

後発医薬品（新医薬品、報告品目及び新キット製品以外の医療用医薬品を

いう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、後発医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「後発医薬品収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、原則として、２月 15 日及び８月 15 日（当該日が土曜日又は日曜日に該当するときは、その日後においてその日に最も近い平日とする。）までに医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該後発医薬品について、それぞれ当該年の３月 10 日及び９月 10 日までの指定する日までに提出すること。

④　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

（２）薬価基準収載の時期等

①　報告品目及び新キット製品

５月及び 11 月を標準とする。

②　後発医薬品

６月及び 12 月を標準とする。

（３）報告品目収載希望者、新キット製品収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの意見聴取

①　報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者からそれぞれ報告品目又は新キット製品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に通知するものとすること。

②　後発医薬品収載希望者から後発医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、必要に応じ当該収載希望者から意見を聴取する機会を設けることができる。

（４）薬価収載の決定の通知

薬価基準収載希望書の提出があった場合には、当該希望書の内容を審査のうえ、薬価基準収載日から３ヶ月以内の供給開始及びその後の継続した安定供給に支障がないことが確認された場合に限り、予め次の事項を報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者に対し通知したうえで、薬価基準に収載する。

①　品名、規格単位、決定された薬価

②　薬価収載予定日

③　保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

（５）　薬価基準収載品目の供給について

①　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

②　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

３　再算定手続

薬価基準既収載品のうち、薬価改定の際に、「薬価算定の基準について」に規定する市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定により薬価を改定することとなる品目については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し、再算定品目を決定する。

（１）薬価改定年の前年の薬価調査月の末日時点において市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定の要件に該当すると考えられる品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式５に定める再算定候補品目要件該当性検討資料（以下「再算定要件該当性資料」という。）の提出を求める。

（２）提出された再算定要件該当性資料に基づき、薬価算定組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定品目として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（３）通知された再算定品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式６に定める再算定品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された再算定品目案が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。

（４）再算定品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該再算定候補品目の臨床試験に関与した者が当該製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度再算定品目案を決定する。この再算定品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有

無について確認する。

（５）通知された再算定品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても算定組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（６）中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

（７）中医協総会で了承された再算定品目については、当該品目の製造販売業者にその旨を通知した上で、その直後の薬価改定時に再算定により薬価を改定する。

なお、市場拡大再算定の対象候補品目として再算定要件該当性資料の提出が求められた日以降に市場規模の拡大、効能変化又は用法用量変化があった品目については、当該薬価改定時以降の薬価改定時に再算定対象品目の該当性を検討する。

（８）薬価改定の際以外の再算定に該当する品目については、上記の手順に準じて再算定手続を行う。

４　既収載品の費用対効果評価の手続

薬価基準既収載品のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和４年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により指定基準の該当性を検討する。なお、厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ薬価算定組織の意見を聴くことができる。

（１）　費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式７に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。

（２）　当該資料に基づき、指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（３）通知された費用対効果評価の対象品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式８に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づい

て説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。

（４）費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

当該意見を踏まえ厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（５）通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（６）中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

別紙様式１

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	－ － －			収載区分	新医薬品 ・ 報告品目 新キット製品 ・ 後発医薬品
薬効分類					
成分名					
会社名				販売会社名	
販売名					
規格単位					
効能・効果					
用法・用量					
薬事・食品衛生審議会審議日					
承認年月日					
算定希望内容	算定方式				
	比較薬	成分名			
		会社名			
		販売名			
		規格単位			
		薬価 （一日薬価）			
	補正加算				
	算定薬価 （一日薬価）				
外国価格					
市場規模予測	初年度 億円（患者数 人） ２年度 億円（患者数 人） ３年度 億円（患者数 人） ４年度 億円（患者数 人） ５年度 億円（患者数 人） ６年度 億円（患者数 人） ７年度 億円（患者数 人） ８年度 億円（患者数 人） ９年度 億円（患者数 人） １０年度 億円（患者数 人） （最大） 年度 億円（患者数 人）				
包装単位					
担当者連絡先	氏名 TEL FAX ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				
備考	最初に承認された国（年月）				

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

別紙様式２

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	－　－　－		
薬効分類			
成分名			
会社名		販売会社名	
販売名			
規格単位			
効能・効果			
用法・用量			
薬事・食品衛生審議会審議日			
承認年月日			
算定希望内容	算定方式	原価計算方式	
	原価計算	製品総原価	
		営業利益	
		流通経費	
		消費税相当額	
	補正加算		
	算定薬価		
外国価格			
市場規模予測	初年度　億円（患者数　人） ２年度　億円（患者数　人） ３年度　億円（患者数　人） ４年度　億円（患者数　人） ５年度　億円（患者数　人） ６年度　億円（患者数　人） ７年度　億円（患者数　人） ８年度　億円（患者数　人） ９年度　億円（患者数　人） １０年度　億円（患者数　人） （最大）　年度　億円（患者数　人）		
包装単位			
担当者連絡先	氏名　TEL　FAX　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
備考	最初に承認された国（年月）		

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年　月　日

住　所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏　名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　殿

別紙様式３

薬価算定案等不服意見書

成分名　　品目名

通知された算定案等 　算定方式: 　比較薬　: 　補正加算: 　算定式　: 　新薬創出等加算の該当性: 　費用対効果評価の指定基準の該当性:
算定案に対する意見及びその根拠

上記により通知された薬価算定案等に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式４

薬価基準収載医薬品に関する供給開始報告書

年　　月　　日

厚生労働省医政局長　殿

所在地
会社名
代表者

		報　告　事　項
１．薬価基準収載医薬品コード(12桁ｺｰﾄﾞ)		
２．収　載　名　（　販　売　名　）		
３．規格単位		
４．承認番号及び承認年月日		
５．製造販売業者名		
６．薬価基準収載年月日		
７．供給開始年月		
８．供給開始を証明する書面 (医療機関等に対する販売伝票の写)		別添
９．薬価基準収載後３ヵ月以内に供給することができなかった場合はその理由		
10．ＧＳ１コード	包 装 単 位	Ｇ　Ｓ　１　コ　ー　ド

（注）本報告書は、規格単位別に作成すること。

別紙様式５

再算定候補品目要件該当性検討資料
（再算定要件該当性資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="2">１ 市場拡大再算定、２ 効能変化再算定、３ 用法用量変化再算定</td></tr>
<tr><td rowspan="2">名
称
等</td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>販売名
規格単位</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">成分及び分量又は本質</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">用法及び用量</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">効能又は効果</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの再算定</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場拡大再算定の場合は薬価収載時又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額を添付
なお、令和３年 11 月以降に小児、希少疾病、先駆的医薬品又は特定用途医薬品に係る効能・効果又は用法・用量が追加された場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付。また、市販後に集積された調査成績により真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合は当該調査成績の概要を添付
２）効能変化再算定又は用法用量変化再算定の場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付</td></tr>
</table>

上記により再算定候補品目の要件該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式６

再算定品目案不服意見書

区分	１ 市場拡大再算定、２ 効能変化再算定、３ 用法用量変化再算定
通知された再算定品目の概要 販売名 汎用規格 主たる効能 主たる効能の一日用量 予想年間販売額 販売額の推移	
再算定品目案に対する意見及びその根拠	

上記により通知された再算定品目案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式７

費用対効果評価指定基準該当性検討資料

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="2">H1、　H2、　H4、　H5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">名
称
等</td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>販売名
規格単位</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">成分及び分量又は本質</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">用法及び用量
（用法及び用量ごとに承認日を併記）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">効能又は効果（効能又は効果ごとに承認日を併記）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">収載時ピーク時予測売上高</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準（H1 区分の場合は年間販売額 100 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1,000 億円以上）に該当することとなった場合には収載後から直近までの年間販売額を添付
２）指定難病の効能・効果を有する場合には、根拠となる関連資料を添付</td></tr>
</table>

上記により費用対効果評価の指定基準該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式８

費用対効果評価の対象品目案不服意見書

区分	H1、　H2、　H3、　H4、　H5
通知された費用対効果評価品目の概要 　販売名 　汎用規格 　効能及び効果 　効能及び効果の一日用量 　予想年間販売額 　販売額の推移	
費用対効果評価の対象品目案に対する不服意見及びその根拠	

上記により通知された費用対効果評価の対象品目案に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所
　法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名
　法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について

第１章　定義

１　特定保険医療材料

特定保険医療材料とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）における医療材料の支給に要する平均的な費用の額が、診療報酬とは別に定められる医療材料をいう。

２　機能区分

機能区分とは、構造、使用目的、医療上の効能及び効果等からみて類似していると認められる特定保険医療材料の一群として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める区分をいう。

３　基準材料価格

基準材料価格とは、特定保険医療材料の保険償還価格として、機能区分毎に定められる価格をいう。

４　基準材料価格改定

基準材料価格改定とは、厚生労働省が実施する材料価格調査の結果に基づき、基準材料価格に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

５　新規収載品

新規収載品とは、新たに保険適用の対象とされた医療材料の銘柄をいう。

６　既収載品

既収載品とは、既に保険適用の対象である医療材料の銘柄をいう。

７　新規機能区分

新規機能区分とは、新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）と明らかに異なるものと認められ、新規収載品が属する機能区分として新たに設定された機能区分をいう。

８　既存機能区分

既存機能区分とは、既収載品が属している機能区分をいう。

９　暫定機能区分

暫定機能区分とは、期限付改良加算（別表１に別に定める算式により算定される額を当該材料が新規収載されてから２回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまでに限り加算することができる改良加算をいう。以下同じ。）が付与された特定保険医療材料が属する機能区分として、当該加算が加算される間に限り設定される機能区分をいう。

10　類似機能区分

類似機能区分とは、当該新規機能区分と類似性が最も高い既存機能区分をいう。

11　類似機能区分比較方式

類似機能区分比較方式とは、類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。なお、既存機能区分を組み合わせる又は機能区分同士の差分を用いることにより、類似機能区分としてみなせる場合、既存機能区分の基準材料価格の和や差分を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

また、新規機能区分の基準材料価格を設定するに当たり、長さや面積、体積等が異なるものの、基本的な構成素材等が同一である既収載品が属する既存機能区分がある場合には、当該既存機能区分を類似機能区分として、製品の長さや面積、体積等により類似機能区分の基準材料価格を按分した額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

12　原価計算方式

原価計算方式とは、新規収載品の製造又は輸入に要する原価に、販売費及び一般管理費（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 68 条の５第１項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた特定医療機器に係る対策費用を含む。）、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

13　開示度

開示度とは、原価計算において、製品総原価に対する保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合のことをいい、開示度に応じて別表１に定める算式により加算係数を決定する。

14　補正加算

補正加算とは、類似機能区分比較方式又は原価計算方式で算定される新規機能区分に対して行われる画期性加算、有用性加算、改良加算、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、先駆加算及び特定用途加算をいう。

15　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。

イ　臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品（原価計算方式の場合は、臨床現場で使用されている既収載品）に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

16　有用性加算

有用性加算とは、画期性加算の３つの要件のうちいずれかを満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

17　改良加算

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。以下同じ。）に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であっても、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、別表１に別に定める算式により算定される額を加算する。

また、新規機能区分の設定により既収載品と区別して評価する場合には該当しないが、既収載品から一定程度の臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、期限付改良加算を加算することができる。

イ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療

が可能となることや合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ　小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。

ホ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

ヘ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること。

ト　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養を安全かつ容易とすることが、客観的に示されていること。

チ　人その他生物（植物を除く。）に由来するものを原料又は材料（以下「生物由来原料等」という。）として用いた類似機能区分に属する既収載品に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有することが客観的に示されていること。

18　市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

19　市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

20　先駆加算

先駆加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により、先駆的医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定された医療材料についても、同様の取扱いとする。

21　特定用途加算

特定用途加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により、特定用途医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

22　外国平均価格に基づく価格調整

外国平均価格に基づく価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。以下同じ。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（２ヵ国以上４ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の 1.5 倍又は 1.25 倍に相当する額を上回る場合に、別表２に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

ただし、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ　外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2.5 倍を上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を外国平均価格とみなす。

ロ　外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が３ヵ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の 1.6 倍を上回る場合、

当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

23　市場実勢価格加重平均値一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式とは、当該機能区分に属する全ての既収載品（材料価格調査時以降に保険適用されたことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既収載品及び第３章第４節に該当する新規収載品を除く。）の市場実勢価格、消費税率その他を考慮した別表３に定める算式により行う原則的な基準材料価格の改定方式をいう。

24　外国平均価格に基づく再算定

外国平均価格に基づく再算定とは、基準材料価格の改定において、市場実勢価格加重平均値一定幅方式に代えて、別表４に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

25　市場拡大再算定

市場拡大再算定とは、適応追加等により年間販売額が基準年間販売額の一定倍数を超えた既存機能区分に適用する別表５に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

26　医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会に係る評価を行う場合の要件

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会（以下「ニーズ検討会」という。）における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたものについて評価を行う場合に必要な要件とは、以下の全ての要件を満たす場合をいう。

イ　医療ニーズの高い医療機器として選定されてから３年以内に薬事承認申請（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認を得るために申請することをいう。以下同じ。）がなされたものであること。

ロ　総審査期間（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認を得るまでの期間をいう。以下同じ。）について、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合は 120 日以内、新医療機器の通常品目の場合は 210 日以内であること。

ハ　承認（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認のことをいう。以下同じ。）又は認証（医薬品医療機器等法第 23 条の２の 23 第１項に規定する製造販売の認証のことをいう。以下同じ。）を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が 120 日以内であること。

27　再製造単回使用医療機器

再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）とは、単回使用の医療機器（一回限り使用できることとされている医療機器をいう。以下同じ。）のうち、再製造（単回使用の医療機器が使用された後、新たに製造販売をすることを目的として、これに検査、分解、洗浄、滅菌その他必要な処理を行うことをいう。以下同じ。）をされたもので、原型医療機器（再製造の用に供される単回使用の医療機器であって、未だ再製造されていないものをいう。以下同じ。）と同等の品質、有効性及び安全性を有し、原型医療機器と使用目的又は効果が同様の医療機器をいう。

第２章　特定保険医療材料の保険償還価格

第１節　保険償還価格の原則

特定保険医療材料の保険償還価格は、当該特定保険医療材料が属する機能区分（「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）●（●）に基づき、当該機能区分の基準の見直しが行われる場合を含む。）の基準材料価格とする。

第３章　新規機能区分の基準材料価格の算定

第１節　類似機能区分がある場合

１　基準材料価格算定の原則

類似機能区分比較方式により、当該新規機能区分の類似機能区分の基準材料価格、既存機能区分の基準材料価格の和若しくは差の額、又は類似機能区分の基準材料価格を製品の長さや面積、体積等により按分した額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　補正加算

１にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、１により算定された額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

３　基準材料価格からの減額

１にかかわらず、当該新規収載品が既収載品よりも単純化した製品である場合には、１により算定された額から、既収載品よりも単純化した内容に応じて減額することができる。

４　外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ただし、輸入原価の内訳に関する資料が提出されている場合であって、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格が、ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）については外国平均価格の0.8倍以下である場合、それ以外のものについては外国平均価格の0.5倍以下である場合は、原価計算方式によって算定される額をもって基準材料価格とすることができる。なお、この場合において、基準材料価格が外国平均価格を上回る場合は、外国平均価格を基準材料価格とする。

第２節　類似機能区分がない場合

１　基準材料価格算定の原則

原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　補正加算

１にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、１により算定された額に、補正加算を加算した額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

３　外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第３節　再製造品の場合

再製造品における基準材料価格算定については、第１節及び第２節の規定にかかわらず、当該新規収載品の原型医療機器が属する機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第４章により算定された額とする。）に、再製造係数を乗じて得た額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

なお、再製造係数は、0.7を原則とするが、当該再製造品の製造工程等を勘案し、決定する。

第４節　新規収載品に係る特例（暫定価格）

暫定価格で保険償還が認められた新規収載品については、当該新規収載品に係る機能区分が明確化されるまでの間、材料の定義通知からみて当該新規収載品と最も類似すると認められる既存の特定保険医療材料が属する機能区分の基準材料価格により保険償還を行う。

第５節　新規収載品に係る特例（迅速な保険導入に係る評価）

１　対象とする医療材料

類似機能区分比較方式又は原価計算方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で補正加算の要件を満たしたものを対象とする。

２　評価の対象となる要件

迅速な保険導入に係る評価の対象とするのは、１の医療材料のうち、次のいずれの要件も満たすものとし、当該要件への適合が確認できる資料をそれぞれ保険適用希望書に添付すること。

イ　日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法（Federal Food, Drug, and Cosmetic Act、FFDCA、FDCA、FD&C）に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日から180日以内又は日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日と比較して早いこと。（アメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出前を含む。）

ロ　総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目の場合には 90 日以内、新医療機器の通常品目の場合には 180 日以内、改良医療機器の臨床ありの場合には 105 日以内であること。

３　評価

迅速な保険導入に係る評価は、新規機能区分の価格に追加して、２年間に限り、当該医療機器に対して、補正加算額の 50／100 を算定できることとする。

第６節　機能区分の特例

１　対象とする医療材料

次のいずれかの要件を満たし、新たに機能区分を設定した医療材料を対象とする。

イ　画期性加算又は有用性加算（10％以上の補正加算を受けた医療材料に限る。）を受け、新たに機能区分を設定した医療材料であること。

ロ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された医療材料であること。

ハ　ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）であること。

ニ　ハに該当する医療機器について中央社会保険医療協議会総会で保険適用の了承を得た製造販売業者から、当該公募品目の次に保険適用希望書が提出されたものであって、以下の全ての要件を満たすものであること。

ⅰ　ハに該当する医療機器の保険適用が中央社会保険医療協議会総会で了承された時点で、承認申請が既になされていたものであること。

ⅱ　総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合には 120 日以内、新医療機器の通常品目の場合には 210 日以内であること。

ⅲ　承認又は認証を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が 120 日以内であること。

ホ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により、先駆的医療機器として指定された医療材料であること。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定され承認された医療材料についても、同様の取扱いとする。

ヘ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により、特定用途医療機器として指定された医療材料であること。

２　基準材料価格改定及び再算定における取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料については、当該材料が新規収載されてから２回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまで、当該機能区分に属する他の既収載品とは別に基準材料価格改定及び再算定を行う。

３　新たに当該機能区分に該当する製品の基準材料価格の取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料が属する機能区分で、２により異なる基準材料価格が設定されている場合において、新たに当該機能区分に該当すると判断された製品の基準材料価格は、機能区分の特例の対象となる製品以外の基準材料価格を、当該新規収載品の基準材料価格とする。

第７節　使用成績を踏まえた再評価を行う場合の特例

１　対象とする医療材料

新規保険適用までの間に真の臨床的有用性が検証されなかったものであって、再評価を行うことの妥当性について、新規収載時に別に定める方法により認められたもの又は医薬品医療機器等法第 23 条の 26 第１項の規定により条件及び期限を付して承認を与えられた再生医療等製品であって、同条第５項の規定に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたものを対象とする。

２　当該評価により基準材料価格を再評価する場合の基準材料価格の取扱い

イ　再評価により真の臨床的有用性が検証された医療材料

新規機能区分の設定妥当性、補正加算の該当性を決定する。その際、現に当該製品が属する既存機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第４章により算定された額とする。）に補正加算を加算した額を、当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ロ　再評価により真の臨床的有用性が保険収載時の評価よりも下回るとされた医療材料

当該医療材料の属する機能区分の見直しを検討する。

第４章　既存機能区分の基準材料価格の改定

基準材料価格の改定においては、次の第１節から第３節までのいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

第１節　基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表６に定める方式により改定する。

第２節　外国平均価格に基づく再算定

当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（平成 24 年３月までに基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限り、平成 24 年４月以降に基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）における国別の価格が計算できる場合（３ヵ国又は４ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格」という。）の 1.25 倍以上である場合については、別表４に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。ただし、小児又は希少疾病のみを対象とする機能区分については、原則として、上記の取扱いの対象外とする。

さらに、直近２回の材料価格改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を通じて保険償還価格の下落率が 15%以内である場合であって、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ　外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2.5 倍

を上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を既存品外国平均価格とみなす。

ロ　外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が３ヵ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍を上回る場合、当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、既存品外国平均価格とみなす。

なお、外国における価格が把握できない機能区分については、当該機能区分が属する分野の各機能区分の市場実勢価格加重平均値と既存品外国平均価格の比率の指数その他の方法により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

第３節　市場拡大再算定

次の１から３までの全てに該当する機能区分（以下「市場拡大再算定対象機能区分」という。）については、別表５に定める算式により算定される額に改定する。

１　次のいずれかに該当する既存機能区分

イ　機能区分が設定される際、原価計算方式により算定された既存機能区分

ロ　機能区分が設定される際、原価計算方式以外の方式により算定されたものであって、機能区分の設定後に、当該機能区分に属する既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既存機能区分に属する既収載品の使用実態が著しく変化した既存機能区分

２　機能区分が設定された日又は機能区分の定義若しくは算定に係る留意事項の変更がされた日から10年を経過した後の最初の材料価格改定を受けていない既存機能区分

３　次のいずれかに該当する既存機能区分

イ　年間販売額（当該機能区分の材料価格改定前の基準材料価格に年間算定回数を乗じて得た、当該機能区分に属する全ての既収載品の年間販売額の合計額をいう。以下同じ。）が150億円を超え、基準年間販売額の２倍以上となるもの

ロ　年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上となるもの（イを除き、原価計算方式により算定された既存機能区分に限る。）

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

ⅰ　機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合

基準年間販売額は、当該機能区分が設定された時点における当該機能区分全体の予想年間販売額（機能区分が設定された時点において当該機能区分に属する全ての医療機器の推定適用対象患者数を基に計算した予想年間販売額をいう。）とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

ⅱ　機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更があった場合であって、当該機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定後の場合

基準年間販売額は、機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた日の直前の材料価格改定の時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前（機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた日以降に限る。）に市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

第４節　迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器の特例

第３章第５節の評価を受けた医療機器については、第１節による基準材料価格改定を行う際は、当該評価を医療機器の市場実勢価格から除外する。

また、当該医療機器については、第１節及び第２節による基準材料価格改定後の当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第５節　暫定機能区分に属する医療機器の特例

暫定機能区分に属するとされた医療機器については、第１節による基準材料価格改定を行う際は、期限付改良加算額を医療機器の市場実勢価格から除外した上で、暫定機能区分を新設する際に類似機能区分とした機能区分に属する医療機器として取り扱う。

また、当該暫定機能区分については、第１節及び第２節による基準材料価格改定後の当該類似機能区分の基準材料価格に当該加算を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第６節　歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例

診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）の別表第二第２章第 12 部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表７に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、第１節の規定にかかわらず、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して３月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

第７節　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第１節又は第２節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第５章　機能区分の見直しに伴う基準材料価格の算定

第１節　当該機能区分に既収載品が属する場合

既存機能区分の見直しが行われ、当該機能区分に既収載品（第３章第４節に該当する新規収載品を除く。）が属するものに係る基準材料価格については、市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額とする。ただし、当該機能区分に属する全ての既収載品の基準材料価格改定前の保険償還価格を、当該既収載品の年間販売量で加重平均した額を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

第２節　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第１節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第６章　保険上の算定制限の見直しに伴う基準材料価格の再評価

特定保険医療材料の保険上の算定制限の見直しが行われた場合は、必要に応じて、保険適用時の保険償還価格設定の状況及び保険上の算定制限の見直しに伴う状況の変化を踏まえ、再評価を行う。

第７章　費用対効果評価に基づく価格調整

第１節　対象とする医療材料

費用対効果評価に基づく価格調整の対象となる特定保険医療材料は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●第●号、保発●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用効果評価の対象品目に

指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された特定保険医療材料とする。

第２節　基準材料価格の調整方法

対象品目が属する機能区分の基準材料価格について、費用対効果評価の結果及び別表９に定める算式により、第４章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定に限らず、価格調整を行う。なお、第４章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該特定保険医療材料及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第８章　実施時期等

第１節　実施時期等

１　本基準は、令和４年４月１日から適用する。ただし、材料価格基準において、当該機能区分の基準材料価格が保険医療機関等における購入価格によるものとされているものについては、保険医療機関等における実購入価格を当該特定保険医療材料の保険償還価格とする。

２　１により、保険医療機関等における実購入価格が保険償還価格とされている特定保険医療材料の基準材料価格を新たに設定する場合については、第５章の規定にかかわらず、当該機能区分に属する既収載品の税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税相当額を加えた額とする。

第２節　改正手続等

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の見直し等、特定保険医療材料の基準材料価格算定の基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

別表１

補正加算の計算方法

１　基本的考え方

(1) 一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

(2) 複数の補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α１＋α２＋・・・）

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち保険医療材料等専門組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

加算係数　＝　1.0（開示度≧80%）
加算係数　＝　0.6（50%≦開示度＜80%）
加算係数　＝　0.2（開示度＜50%）

２　各補正加算率の計算方法

(1)　(2) 以外の場合

補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B)/\log(0.5\times B/B)}$$

A：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)
B：当該新規機能区分の類似機能区分が属する分野の基準材料価格を相加平均した額
X：算定値

ただし、α の値は次の各区分に定める範囲内とする。

画期性加算　：25／100≦α≦150／100
有用性加算　：2.5／100≦α≦45／100
改良加算　：2.5／100≦α≦30／100
市場性加算（Ⅰ）：５／100≦α≦15／100
市場性加算（Ⅱ）：1.5／100≦α≦4.5／100
先駆加算　：５／100≦α≦15／100
特定用途加算　：５／100≦α≦15／100

また、0.5A／100≦α≦1.5A／100 であり、Aの範囲は次のとおり。
（改良加算について、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合及び期限付改良加算の場合は、１≦A≦10 とする。）

画期性加算　50≦A≦100
有用性加算　５≦A≦30
改良加算　１≦A≦20
市場性加算（Ⅰ）　A＝10

市場性加算（Ⅱ）　　１≦Ａ≦５
先駆加算　　Ａ＝10
特定用途加算　　Ａ＝10

(2)　補正加算前の額が 1,000 万円を超える医療機器（年間販売額（収載時にあっては(1)の補正加算率（α）に基づき算出したピーク時予測売上高）が 50 億円を超えるものに限る。）の場合

以下の算式により算出された補正加算率（β）に 100 を乗じた数を、（１）のＡに置き換え、補正加算率（α）を算出する。

補正加算率（β）の算式

$$\beta = \frac{C}{100} \times 1.5^{\log(D/10,000,000)/\log(5,000,000/10,000,000)}$$

Ｃ：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)
Ｄ：当該新規機能区分の補正加算を行う前の額

別表２

外国平均価格に基づく価格調整の計算方法

１　２以外の場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の１．25 倍に相当する額を超える場合

外国平均価格　×　1.25

２　当該新規収載品が以下のいずれかを満たす場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の 1.5 倍に相当する額を超える場合

イ　ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）

ロ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたもの

ハ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定に基づき、先駆的医療機器として指定されたもの

ニ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定に基づき、特定用途医療機器として指定されたもの

ホ　画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けたものに限る。）を受け、新たに機能区分を設定したもの（原価計算方式で同様の要件を満たすものを含む。）

外国平均価格　×　1.5

別表３

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の計算方法

$$\left(\text{当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right) \times \left(1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\right) + \text{一定幅}$$

消 費 税 率 ：消費税法(昭和 63 年法律第 108 号)第 29 条に定める率
地方消費税率：地方税法(昭和 25 年法律第 226 号)第 72 条の 83 に定める率

（注）１　令和４年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の４／100 に相当する額とする。

２　機能区分の見直しが行われた区分における一定幅については、改定後の基準材料価格の基礎となる算定値（税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税及び地方消費税を加えた額）の４／100 に相当する額とする。

３　再製造品が属する機能区分については、当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分とは別に基準材料価格改定を実施するが、改定後の基準材料価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の基準材料価格を超えない額とする。

別表４

外国平均価格に基づく再算定の計算方法

次の算式により算定される額
ただし、市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値を超えることはできない。

$$\left(\text{基準材料価格改定前の当該機能区分の基準材料価格}\right) \times \frac{B \times 1.25}{A}$$

Ａ：当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値
Ｂ：既存品外国平均価格

（注）上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の 50／100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

別表５

市場拡大再算定対象機能区分の計算方法

市場拡大再算定対象機能区分に係る計算方法

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \left\{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \right\}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \left\{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \right\}$$

（注）上記算式による算定値が、原価計算方式により基準材料価格を算定した対象機能区分について材料価格改定前の基準材料価格の 75／100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により基準材料価格を算定した機能区分については材料価格改定前の基準材料価格の 85／100 を下回る場合には、当該額とする。

$$X\text{（市場規模拡大率）} = \frac{\left(\begin{array}{c}\text{市場拡大再算定対象機能区分}\\ \text{の材料価格改定前の基準材料価格を基に}\\ \text{計算した年間販売額}\end{array}\right)}{\text{当該機能区分の基準年間販売額}}$$

α（補正加算率）：個別の市場拡大再算定対象機能区分に属する医療機器について、第３章第７節に定める要件に該当する場合、補正加算の計算方法を準用して算定される補正加算率。

別表６

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の
基準材料価格の改定方法

１　対象区分の選定の基準
ア　代替するものがない特定保険医療材料であること。
イ　保険医療上の必要性が特に高いこと。
（関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等。）
ウ　継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。
（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。）

２　算定方法
原価計算方式により算定すること。

別表７

歯科用貴金属機能区分

品　　名
歯科鋳造用 14 カラット金合金インレー用（JIS 適合品）
歯科鋳造用 14 カラット金合金鉤用（JIS 適合品）
歯科用 14 カラット金合金鉤用線（金 58.33%以上）
歯科用 14 カラット合金用金ろう（JIS 適合品）
歯科鋳造用金銀パラジウム合金（金 12%以上 JIS 適合品）
歯科用金銀パラジウム合金ろう（金 15%以上 JIS 適合品）
歯科鋳造用銀合金　第１種　　（銀 60%以上インジウム 5%未満 JIS 適合品）
歯科鋳造用銀合金　第２種　　（銀 60%以上インジウム 5%以上 JIS 適合品）
歯科用銀ろう（JIS 適合品）

別表８

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

１　基準材料価格改定時における算式

$$\left(\left(\text{当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right)+\text{補正幅}\right)\times\left(1+(1+\text{地方消費税率})\times\text{消費税率}\right)+\text{一定幅}$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降における金、銀及びパラジウムのそれぞれの取引価格の平均値に、別表７に定める当該機能区分に属する特定保険医療材料の標準的な金、銀及びパラジウムの含有比率をそれぞれ乗じて算定される額の合計額（以下「平均素材価格」という。）

Ｙ＝材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

（注）令和４年度基準材料価格改定における歯科用貴金属機能区分の一定幅は、改定前の基準材料価格の４／100 に相当する額とする。

２　随時改定時における算式

$$\left(\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}\right) + \text{補正幅} \times \left(1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\right)$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Ｙ＝当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

別表９

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

１　価格調整対象

（１）類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料

類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料については、画期性加算、有用性加算又は改良加算のハ（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整対象とする。

加算部分割合は、基準材料価格算定時における価格（外国平均価格に基づく価格調整を受けた品目については、当該価格調整前の価格）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

（２）原価計算方式により算定された特定保険医療材料

原価計算方式により算定された特定保険医療材料については、次のいずれかを価格調整対象とする。

①　令和２年４月１日以降に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア　開示度が 50%以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。

イ　開示度が 50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に基準材料価格設定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

ウ　開示度が 50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象とならないものについては、価格調整前の価格に基準材料価格設定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

②　令和２年３月 31 日以前に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア　開示度が 50%以上の品目であって、営業利益率のプラスの補正（有用性系加算に相当する補正が行われた場合に限る。）の対象となったもの（以下「営業利益率補正品目」という。）については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合を乗じて得た額（以下「営業利益率補正部分」という。）を価格調整対象とする。

イ　開示度が 50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率（基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合部分を除く。）を乗じて得た額（以下「営業利益部分」という。）及び営業利益率補正部分を価格調整対象とする。

ウ　開示度が 50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目以外のものについては、営業利益部分を価格調整対象とする。

２　価格調整の計算方法

（１）類似機能区分比較方式又は原価計算方式（開示度が 50%以上のものに限る。）により算定された特定保険医療材料

①　費用対効果評価による基準材料価格の算式

１（１）並びに１（２）①ア及び②アに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数（β）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格－価格調整対象×（１－β）

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整係数（β）を用いて分析対象集団ごとの価格（②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数（β）

ア 対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICERが算出可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの 1.25

（一）対象品目に係るメタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

（ア）対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor（Clarivate analytics社の“InCites Journal Citation Reports”により提供されているimpact factorをいう。）の平均値（当該論文の受理又は論文掲載時から過去５年間の平均値）が15.0を超える学術誌に原著論文として受理されていること。

（イ）当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊10年以内の学術誌でないこと。

（ウ）当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ii ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの 1.0

iii ICERが200万円/QALY以上500万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが200万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目 1.0

iv ICERが500万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満の品目 0.7

v ICERが750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満の品目 0.4

vi ICERが1,000万円/QALY以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,500万円/QALY以上の品目 0.1

イ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ 価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目 1.5

（一）対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究により示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ii 価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しない品目又はい

ずれにも該当しない品目　1.0

ウ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

エ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

（２）原価計算方式により算定された特定保険医療材料（開示度が 50%未満のものに限る。）

①　費用対効果評価による価格の算式

１（２）①イ及びウ並びに１（２）②イ及びウに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、有用性系加算部分又は営業利益率補正部分に係る価格調整係数（γ）及び営業利益部分に係る価格調整係数（θ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格

－　有用性系加算部分（又は営業利益率補正部分）$\times(1-\gamma)$

－　営業利益部分$\times(1-\theta)$

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数（γ 及び θ）を用いて分析対象集団ごとの価格（（１）②ア i の場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、（１）②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

②　価格調整係数（γ）

価格調整係数（γ）は、それぞれ（１）②アからエに掲げる品目ごとに、それぞれ（１）②アからエに定める係数とする。

③　価格調整係数（θ）

ア　対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が比較対象技術より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（θ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i　ICER が 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 未満の品目　1.0

ii　ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満の品目　0.83

iii　ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目　0.67

iv　ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目　0.5

イ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数は 1.0 とする。

ウ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加

し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

エ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

（３）価格調整後の価格の下限

（１）又は（２）により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出した ICER が 500 万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、１（２）②に該当する品目については、基準材料価格設定時における営業利益率補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

ア　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表１に規定する補正加算率を乗じる前の加算率をいう。以下同じ。）が 25%以下のもの

価格調整前の価格を 10%引き下げた額

イ　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%以下のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$=10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率（\%）} - 25}{15} \quad (\%)$$

３　費用対効果評価通知に規定するＨ５区分に該当する品目の価格調整

Ｈ５区分に該当する品目の価格調整については、代表品目（費用対効果評価通知に規定する代表品目をいう。）と同様の価格調整を行うこととする。

中医協　総－４－２
４　．　２　．　９

医療機器の保険適用等に関する取扱いについて

１　保険医療機器の区分

医療機器（プログラム医療機器を含む。以下同じ。）の保険適用上の区分は次のとおりとする。

Ａ１（包括）　当該医療機器を用いた技術が、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定方法告示」という。）に掲げられている項目のいずれかによって評価され、保険診療で使用できるものであって、Ａ２（特定包括）・Ａ３（既存技術・変更あり）以外のもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ａ２（特定包括）　当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のうち特定のものにおいて評価され、保険診療で使用できる別に定める特定診療報酬算定医療機器の区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ａ３（既存技術・変更あり）　当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されるが、算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ１（既存機能区分）　当該医療機器が、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号。以下「材料価格基準」という。）に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ２（既存機能区分・変更あり）　当該医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかにおいて評価されるが、機能区分の定義又は算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）　当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、材料価格基準において既存機能区分に対して期限付改良加算を付すことについて中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）における審議が必要なもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｃ１（新機能）　当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（Ｒ（再製造）に相当しないもの）

Ｃ２（新機能・新技術）　当該医療機器（改良がなされた医療機器を含む。）を用いた技術が算定方法告示において、新たな技術料を設定し評価すべきものであって、中医協において保険適用の可否について審議が必要なもの。

Ｒ（再製造）　当該再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）の原型医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分又は暫定機能区分のいずれかに属するものであり、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）に相当しないもの）

Ｆ　保険適用に馴染まないもの。

２　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）を希望する医療機器の保険適用手続

（１）保険適用希望書の提出

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する承認若しくは認証を受けた後、又は届出（承認された事項の一部の変更に係る計画（以下「変更計画」という。）に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙１、２又は３に定める保険適用希望書を提出すること。なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。

また、新規収載後に使用成績を踏まえた再評価に係る申請（以下「チャレンジ申請」という。）を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、令和４年３月31日までに決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）又はＡ２（特定包括）として保険適用された医療機器については、令和６年３月31日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（２）保険適用時期

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器に限る。）については、医薬品医療機器等法に規定する承認若しくは認証を受けた日、届出が受理された日又は変更計画に従った変更を行った日から保険適用とする。ただし、承認、認証、届出又は変更の前に、決定区分Ａ１（包括）を希望しない旨の申出を行った場合はこの限りでない。

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、決定区分に応じそれぞれ次のとおり保険適用する。ただし、（４）の保険適用不服意見書の提出を行った場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合はこの限りでない。

①　決定区分Ａ１（包括）

保険適用希望書が受理された日（内容等に係る不備の補正が終了した日）から起算して、20日（ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第３条に規定する休日、１月２日、１月３日、12月29日、12月30日及び12月31日（以下「休日等」という。）を除いて計算する日数とする。）を経過した日から保険適用とする。

②　決定区分Ａ２（特定包括）及びＢ１（既存機能区分）

各月 10 日までに保険適用希望書が受理された（内容等に係る不備の補正が終了した）ものについては、原則として、翌月１日から保険適用する。

（３）　決定案の事前連絡

決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器が希望する機能区分等（決定区分Ａ１（包括）については当該決定区分を、Ａ２（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、Ｂ１（既存機能区分）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

（４）保険医療材料等専門組織の関与

①　通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。

②　提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、決定区分を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

③　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合には、チャレンジ申請を行うことの妥当性について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。ただし、データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。また、製造販売業者のうち、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

④　チャレンジ申請を行うことの妥当性に関する保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。

（５）保険適用等の決定通知

決定区分Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等及び都道府県知事に対し通知する。

①　決定区分及び機能区分等

②　保険適用開始年月日

（６）決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）の取扱い

①　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記２の（2）と同様とする。

② 決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）として決定された医療機器については、他の機能区分等による再希望を妨げない。

３ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の保険適用手続

（1） 保険適用希望書の提出

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、又は届出（承認された事項の一部の変更に係る計画（以下「変更計画」という。）に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙４に定める保険適用希望書を提出すること。なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。

また、新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、令和４年３月 31 日までに決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）として保険適用された医療機器については、令和６年３月 31 日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（2） 審査に係る標準的な事務処理期間

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する場合、各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して４月（審査に係る標準的な事務処理期間が 80 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（4）④の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

（3） 上記（2）の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

② 追加資料の要求等に係る期間

③ 休日等

（４）保険医療材料等専門組織の関与

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、変更希望のあった内容について取扱いを決定する。なお、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

① 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器の変更希望内容等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 既存の機能区分の定義、算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

ウ 既存の算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

エ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）として希望のあった医療機器において、当該医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しを検討する基準の設定

オ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。

③ チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた場合には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。なお、データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。

④ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙７－２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

⑤ 提出された不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

（５）保険適用時期

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として決定された医療機器については、決定された月の翌月１日から保険適用するものとする。

（６）保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

(ア)決定区分及び機能区分等

(イ)保険適用開始年月日

４　決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）を希望する医療機器の保険適用手続

（１）保険適用希望書の提出

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙５、６又は７に定める保険適用希望書を提出すること。

新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。

なお、新規収載時にチャレンジ申請を行うことが妥当であると認められた製品であって、特定保険医療材料であるものについてチャレンジ申請を行う場合は、Ｃ１（新機能）の例に準じること。

また、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてチャレンジ申請を行う場合は、Ｃ２（新機能・新技術）の例に準じ、保険医療材料等専門組織において、再評価の妥当性等に係る審議を行うこととする。保険医療材料等専門組織における審議の内容（製造販売業者による意見表明を含む。）及び結果を踏まえ、直近の診療報酬改定（保険医療材料等専門組織における審議の結果が当該診療報酬改定の前年の10月以降に定められた場合には、その次の診療報酬改定）において技術料の見直しを行うこととし、具体的な評価については、医療技術評価分科会において審議することとする。ただし、令和４年３月31日までに決定区分Ｃ２（新機能・新技術）で、技術料に一体として包括して評価される医療機器については、令和６年３月31日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

ただし、当該医療機器が後発医療機器（薬事承認時における区分が後発医療機器、薬事認証品又は届出品）である場合については、別紙 12 により後発医療機器であるにも関わらずＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）を希望することに係る理由書を提出することとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（２）審査に係る標準的な事務処理期間

① 決定区分Ｃ１（新機能）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）、Ｒ（再製造）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して４月（審査に係る標準的な事務処理期間が 80 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（５）③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

② 決定区分Ｃ２（新機能・新技術）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が 100 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（５）③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

（３）上記（２）の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

② 追加資料の要求等に係る期間

③ 休日等

（４） 保険適用希望者からの意見聴取

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）として希望のあった医療機器については、当該保険適用希望書の審査に際し必要に応じ製造販売業者から意見を聴取する。

（５） 保険医療材料等専門組織の関与と中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、材料価格基準への収載における取扱いを決定する。なお、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

① 決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）若しくはＲ（再製造）として希望のあった医療機器の機能区分設定等又は決定区分Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）として希望のあった医療機器にあっては既存機能区分に対する補正加算率等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提

出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア　決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ　類似機能区分の有無（類似機能区分比較方式か原価計算方式かの妥当性）

ウ　類似機能区分選定の妥当性（暫定価格による保険償還を希望する場合を含む。）

エ　補正加算又は減額の適用の妥当性（補正加算の場合は加算要件への適否）

オ　補正加算を期限付改良加算として適用する場合、その妥当性（加算要件への適否）

カ　製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料等専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

キ　当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分及び再製造係数の妥当性（決定区分Ｒ（再製造）の場合）

ク　価格調整における類似外国医療機器の選定の妥当性

なお、保険医療材料等専門組織は、外国平均価格や各国の価格が大きく異なる場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、販売実績などを含めた外国価格の参考となる資料の提出を求めることができる。

ケ　新規の機能区分の定義の妥当性

コ　当該医療機器を用いる技術が評価されている算定方法告示項目選定の妥当性（決定区分Ｃ１（新機能）の場合）

サ　当該機能区分の基準年間販売額（決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、又はＲ（再製造）の場合）

シ　当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示項目選定の妥当性及び両者の技術的相違点（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

ス　当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項（施設基準に係る留意事項を含む。）の見直しに係る妥当性（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

セ　当該医療機器を用いる技術を評価する技術料の見直しを検討する基準の設定（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

ソ　当該医療機器の新規収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた場合には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。

タ　費用対効果評価の指定基準の該当性

②　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案（暫定価格を希望している場合は選定した類似機能区分及び基準材料価格を含む。）は、中医協総会での審議の前にその理由を付記し製造販売業者に通知する。

③　通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙７－２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④　保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑤　Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として通知した決定案について製造販売業者の不服がないことを確認した医療機器及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された機能区分（Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）にあっては既存機能区分に対する補正加算率）については中医協総会で審議し、その了承を求める。

⑥　中医協総会の審議において、当該新規医療機器について保険適用を行わないこととされた場合には、製造販売業者は、１回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

（６）保険適用時期

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として決定された医療機器及び決定区分Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、１年に４回を標準として保険適用する。保険適用時期については、３月、６月、９月及び 12 月を基準とする。なお、医薬品の適応判定の補助を目的として使用される医療機器については、決定区分Ｃ

２（新機能・新技術）として決定されたものであっても、当該医薬品の保険適用状況を踏まえ、特例として、当該医療機器の保険適用を決定した月の翌月１日から保険適用することができる。

ただし、いずれの場合においても、診療報酬改定が行われる前後１か月以内に当たる場合には、この限りでない。

（７）保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

① 決定区分
② 保険適用開始年月日
③ 暫定価格等

（８）決定区分非Ｃ１（新機能）、非Ｃ２（新機能・新技術）の取扱い

① 決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器が保険医療材料等専門組織により当該区分に該当しないと判断された場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記３（２）と同様とする。

② 決定区分非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、決定された日をもって当該区分として保険適用希望書を受理したものと見なし、その保険適用時期は２(２)に準じることとする。

５ 機能区分の設定及び見直しに係る手続

（１） 新規機能区分設定に係る手続

① 新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効果等）からみて、既存の機能区分とは明らかに異なるものと認められる場合（再製造品は除く。）には、新規機能区分を設定する。

② 再製造品については、当該再製造品の原型医療機器が属する既存機能区分とは別に新規機能区分を設定する。なお、機能区分を決定する再製造品の原型医療機器と同一機能区分に属する別の原型医療機器に、再製造品がある場合にあっては、当該再製造品と同一の機能区分とする。

③ 新規機能区分の設定にあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議する。

（２） 既存機能区分の見直しに係る手続

①　既存機能区分の見直しが必要な場合は、基準材料価格改定にあわせて見直しを行う。なお、機能区分の見直しが行われた際は、市場拡大再算定における基準年間販売額の見直しを行う。

②　既存の機能区分の見直しにあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議する。検討にあたっては、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。

6　再算定手続

材料価格基準に規定する機能区分のうち、基準材料価格改定の際に、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和●年●月●日保発●第●号）に規定する市場拡大又は外国平均価格に基づく再算定により基準材料価格を改定することとされている機能区分については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し決定する。

（1）　材料価格改定年の前年において市場拡大に基づく再算定の要件に該当するとされる機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙９に定める再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。また、各機能区分に属する医療機器の外国価格については、関係する製造販売業者から、毎年、別紙10に定める外国価格報告書の提出を求める。

（2）　提出された要件該当性検討資料及び外国価格報告書に基づき（製造販売業者から外国価格報告書の提出がない場合は、この限りでない。）、保険医療材料等専門組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定の対象として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者に通知する。なお、市場拡大再算定の要件に該当する機能区分に属する既収載品のうち、保険医療材料等専門組織において市場における競合性が乏しいと認められたものについては、５（２）の手続に準じて当該既収載品の属する機能区分の見直しを行った上で、市場拡大再算定の対象からは除く。

（3）　通知された再算定案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙11に定める再算定案不服意見書を提出することができる。

（4）　再算定案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度再算定案を決定する。この再算定案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（5）　通知した再算定案について、製造販売業者に不服がないことを確認した機能区分及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に再算定が適切と認められる機能区分については、当該再算定案をもって中医協総会で審議する。

（6）　中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

（7）　中医協総会で了承された再算定対象機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者にその旨を通知した上で、その後の基準材料価格改定時に再算定により基準材料価格を改定する。

7　既存医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しに係る手続

（1）　技術料の見直しを検討する基準の設定に係る手続

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器については、３（４）又は４（５）に規定する手続に則り、保険医療材料等専門組織における保険適用に係る決定案の策定時に、技術料の見直しを検討する基準（以下「見直し基準」という。）の設定についても検討を行う。

また、令和２年３月 31 日以前に保険収載された悪性腫瘍に係る遺伝子検査については、当該技術の収載時点のピーク時市場規模予測の２倍に相当する年間算定額を、技術料の見直し基準とする。

（2）　設定された見直し基準を上回った技術料の見直しに係る手続

技術料の見直し基準が設定された技術のうち、診療報酬改定の際に、年間算定額が見直し基準を上回ることを確認された技術については、次の手順により見直し要件への該当性を検討し決定する。

①　診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる技術については、当該技術に用いる医療機器の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙９に定める要件該当性検討資料の提出を求める。

②　提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該技術に用いる医療機器の製造販売業者に通知する。

③　通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙 11 に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。

④　技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該医療機器の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

⑤　通知した見直し案について、製造販売業者等に不服がないことを確認した技術及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた技術については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

8　既収載品に係る費用対効果評価の手続

材料価格基準に規定する機能区分に属する特定保険医療材料のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により費用対効果評価の指定基準の該当性を検討する。なお。厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ保険医療材料等専門組織の意見を聴くことができる。

（1）　費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙 13 に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。

（2）　当該資料に基づき、費用対効果評価の指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（3）　通知された費用対効果評価の対象品目案（以下「対象品目案」という。）に対して、不服がある製造販売業者は、別紙 14 に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。

（4）　費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。当該意見を踏まえ、厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（5）　通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（6）　中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

9　保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙１～14 を取り下げる場合は、別紙 15 に定める医療機器保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

10　その他

（１）事前相談

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

（２）医療機器の供給について

①　製造販売業者は、その販売等を行う医療機器が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく、販売等を行い、当該医療機器の医療機関への供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

②　保険適用された医療機器について、安定供給が困難な事態に至るおそれがある場合には、別に定める方法により遅滞なく報告するものとする。

③　特にやむを得ない正当な理由がなく、①及び②の規定が履行されなかった場合又はされないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る医療機器について、保険適用の手続を保留することができる。

④　②の報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

整理番号

別紙１　　医療機器保険適用希望書　（決定区分Ａ１（包括））

<table>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td>製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般
的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td>使用目的、効果</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙２

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ａ２（特定包括））

<table>
<tr><td>希望する特定診療報酬算定医療機器の区分</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険適用希望種別</td><td colspan="4">１.新規
２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更
３.使用目的又は効果の追加・変更</td></tr>
<tr><td>算定する関連診療報酬項目</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医療機関向け取扱い説明書
又は
パンフレットの有無</td><td colspan="4">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td>メンテナンスの要・不要</td><td colspan="4">要　・　不要</td></tr>
<tr><td>希望小売価格（参考）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙３

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ｂ１（既存機能区分））

<table>
<tr><td rowspan="2">希望する特定保険医療材料の区分</td><td rowspan="2"></td><td colspan="5">機能区分コード</td></tr>
<tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>保険適用希望種別</td><td colspan="6">１.新規
２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更
３.使用目的又は効果の追加・変更</td></tr>
<tr><td>関連する診療報酬項目</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="3">製品名</td><td colspan="3">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">一般的名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>医療機関向け取扱い説明書
又は
パンフレットの有無</td><td colspan="6">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td>メンテナンスの要・不要</td><td colspan="6">要　・　不要</td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた
再評価希望の有無</td><td colspan="6">有　・　無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="6">有　・　無</td></tr>
<tr><td>希望小売価格（参考）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="6">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙４

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）、Ｂ２（既存機能区分・変更あり）〕

<table>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td>製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>変更希望の概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた
再評価希望の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙５

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）（類似機能区分がある場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="3">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="3">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="8">算定希望内容</td><td>算定方式</td><td colspan="3">類似機能区分比較方式</td></tr>
<tr><td>類似機能区分</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>補正加算</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>暫定価格希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた再評価希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙６

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）（類似機能区分がない場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="4">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="4">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="12">算定希望内容</td><td colspan="2">算定方式</td><td colspan="4">原価計算方式</td></tr>
<tr><td rowspan="7">原価計算</td><td>原材料費</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>一般管理販売費</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>研究開発費</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>営業利益</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>流通経費</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>消費税相当額</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用成績を踏まえた再評価希望の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">歯科材料該当性の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙７－１

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｒ（再製造）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td>製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号又は認
証番号</td><td></td><td>承認年月日又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="3">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="3">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="6">算定希望内容</td><td>算定方式</td><td colspan="3">類似機能区分比較方式</td></tr>
<tr><td>類似機能区分</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>外国平均価格及び外国
平均価格との比</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>迅速な保険導入に
係る評価の希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙７－２

同意書

販 売 名			
保険適用希望書提出日			
承認番号又は認証番号			
決定区分案		算定方式	
類似機能区分・決定機能区分		補正加算	
原型医療機器		再生製造係数	
材料価格案・保険点数案・準用保険点数案			
	販売金額	本医療機器使用患者数	
初年度			
２年度			
３年度			
４年度			
５年度			
６年度			
７年度			
８年度			
９年度			
１０年度			
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、通知された決定案に同意します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙８

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された決定案
決定案：
費用効果評価の指定基準の該当性：</td></tr>
<tr><td colspan="2">決定案に対する意見</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された決定案に対する意見書を提出します。

年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿

別紙９

再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料
（要件該当性検討資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="3">市場拡大再算定・技術料の見直し</td></tr>
<tr><td rowspan="6">名
称
等</td><td>対象機能区分
もしくは
対象技術</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">販売名等</td><td>販売名</td><td>前年度販売実績及び販売額</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用目的又は効果</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの再算定</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、機能区分設定時、技術料の設定又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額（又はピーク時市場規模）を添付
２）市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、製品概要について添付
３）市場における競合性が乏しいと考えられる医療機器については、その妥当性の説明資料を添付</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="2">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、要件該当性検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 10

外国価格報告書

対象機能区分				日本		アメリカ合衆国					連合王国					ドイツ					フランス					オーストラリア				
分野番号	機能区分名	機能区分コード	償還価格	製品名	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考

上記により、外国価格報告書を提出します。

令和　　年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 11

再算定案不服意見書／技術料見直し案不服意見書

通知された再算定案（技術料見直し案）の概要対象となる機能区分名（技術） 対象となる機能区分（技術）コード	
再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見及びその根拠	
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：

上記により、通知された再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 12

後発医療機器等におけるＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）及びＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書

販売名		
同等性を有する医療機器の販売名		
Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請を行う理由		
担当者連絡先	担当者名：	電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：

上記により、後発医療機器におけるＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）及びＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 13

費用対効果評価指定基準該当性検討資料

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定基準該当性に対する意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td colspan="2">１）市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準（H1 区分の場合は年間販売額 100 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1000 億円以上）に該当することとなった場合には収載後から直近までの年間販売額を添付
２）指定難病の効能・効果を有する場合には、根拠となる関連資料を添付</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、費用対効果評価の指定基準該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 14

費用対効果評価の対象品目案不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された対象品目案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象品目案に対する不服意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された対象品目案に対する不服意見を提出します。

年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿

別紙 15

医療機器保険適用希望書等取下げ書

<table>
<tr><td>提出年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>提出書類名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>販売名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>取下げ理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

中医協　総－４－３
４　．　２　．　９

体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて（案）

１　保険適用上の区分

体外診断用医薬品の保険適用上の区分は、それぞれ次のとおりとする。

Ｅ１（既存項目）	測定項目、測定方法とも既存の品目
Ｅ２（既存項目・変更あり）	測定項目は新しくないが測定方法等が新しい品目で、Ｅ３（新項目、改良項目）に該当しないもの
Ｅ３（新項目、改良項目）	測定項目が新しい品目又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存測定項目
Ｆ	保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められないもの

２　保険適用の手続

（１）　区分Ｅ１（既存項目）

ア　保険適用希望書の提出

区分Ｅ１（既存項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）の規定に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）を受けた後、別紙１に定める保険適用希望書を提出するものとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ　保険適用時期

区分Ｅ１（既存項目）として保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、保険適用希望書を受理した日から起算して 20 日を経過した日から保険適用するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出が行われ、保険医療材料等専門組織で区分Ｅ１（既存項目）として決定した場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合についてはこの限りではない。

ウ　決定案の事前連絡

区分Ｅ１（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が、当該区分に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

エ　保険医療材料等専門組織の関与

①　通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙２に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。

②　提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において

検討を行い、当該保険適用不服意見書を踏まえた決定案を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

オ　区分非Ｅ１（既存項目）の取扱い

①　区分Ｅ１（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合は、区分Ｆに該当する場合を除き、それぞれ非Ｅ１（既存項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記イと同様とする。

②　区分非Ｅ１（既存項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

（２）　区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）

ア　保険適用希望書の提出

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、薬事承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ、別紙１に定める保険適用希望書を提出するものとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ　審査に係る標準的な事務処理期間

保険診療上有用性があると認められる場合にあっては、保険適用希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が 100 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに、保険適用を認める旨を決定するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りではない。

また、保険適用希望書の提出のあった体外診断用医薬品について、保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められない場合は、区分Ｆに該当するものとして、保険適用しない。

ウ　製造販売業者からの意見聴取

保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品については、当該保険適用希望書の審査に際し、必要に応じ、製造販売業者から意見を聴取するものとする。

エ　保険医療材料等専門組織の関与と中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、診療報酬における取扱いを決定する。

①　区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品の診療報酬における取扱い等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

1）区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品について、区分案の妥当性

2）既存の測定項目選定の妥当性（区分Ｅ２（既存項目・変更あり）の場合）

3）当該体外診断用医薬品を用いた新規測定項目の算定に当たって準用する既存の測定項目選定の妥当性及び両者の技術的相違点（区分Ｅ３（新項目、改良項目）の場合）

4）当該体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しを検討する基準の設定（区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）の場合 ）

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た区分案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。

③ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙２に定める同意書を提出すること。また、通知した区分案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙３に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、さらに不服の有無について確認する。

⑤ 区分Ｅ２（既存項目・変更あり）として通知した区分案については、保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案をもって保険適用するものとする。

⑥ 区分Ｅ３（新項目、改良項目）として通知した区分案について製造販売業者の不服がないことを確認した体外診断用医薬品及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案については、中医協総会で審議し、その了承を求める。

なお、中医協総会の審議において、当該体外診断用医薬品について保険適用しないこととされた場合には、製造販売業者は、１回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

オ 保険適用時期

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として保険適用を認める旨決定を行った体外診断用医薬品については、当該決定を行った月の翌月１日から保険適用するものとする。

カ 区分非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分非Ｅ３（新項目、改良項目）の取扱い

① 区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合

は、区分Ｆに該当する場合を除き、それぞれ区分非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分非Ｅ３（新項目、改良項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記２(２)イと同様とする。

② 区分非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分非Ｅ３（新項目、改良項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

（３） （１)イの保険適用までの期間及び(２)イの審査に係る標準的な事務処理期間からは、次に掲げるものを除く。

ア 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

イ 追加資料の要求等に係る期間

ウ 土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第３条に規定する休日、１月２日、１月３日、12 月 29 日、12 月 30 日及び 12 月 31 日

３ 既存体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しに係る手続

（１） 測定項目の技術料の見直しを検討する基準の設定に係る手続

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品については、２（２）に規定する手続に則り、保険医療材料等専門組織における保険適用に係る決定案の策定時に、測定項目の技術料の見直しを検討する基準（以下「見直し基準」という。）の設定についても検討を行う。

また、令和２年３月 31 日以前に保険収載された悪性腫瘍に係る遺伝子検査等については、当該測定項目の収載時点のピーク時市場規模予測の２倍に相当する年間算定額を、技術料の見直し基準とする。

（２） 設定された見直し基準を上回った測定項目の技術料の見直しに係る手続

技術料の見直し基準が設定された測定項目のうち、診療報酬改定の際に、年間算定額が見直し基準を上回ることが確認された測定項目については、次の手順により見直し要件への該当性を検討し決定する。

ア 診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる測定項目については、当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙４に定める技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。

イ 提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造販売業者に通知する。

ウ 通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙５に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。

エ 技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間

の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該体外診断用医薬品の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

オ　通知した見直し案について、製造販売業者に不服がないことを確認した測定項目及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた測定項目については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

4　保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙１～５を取り下げる場合は、別紙６に定める体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

5　事前相談について

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

6　体外診断用医薬品の供給について

（１）　製造販売業者は、その販売等を行う体外診断用医薬品が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく販売等を行い、当該体外診断用医薬品の供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

（２）　当該体外診断用医薬品について、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。

（３）　特にやむを得ない正当な理由がなく、（１）及び（２）の規定が履行されなかった場合又は履行されないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る体外診断用医薬品について、保険適用の手続を保留することができる。

別紙１

整理番号

体外診断用医薬品保険適用希望書

測　定　項　目	
販　売　名	
測　定　目　的	
測　定　方　法	□定性　□半定量　□定量
薬　事　承　認（認証）番号及び承認（認証）年月日	
保　険　区　分	
担当者連絡先	担当者名：　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：
備　考	

上記により、体外診断用医薬品の保険適用を希望します。

年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿

別紙２

同意書

販 売 名			
保険適用希望書提出日			
承認番号又は認証番号			
通知された区分案		準用検査技術案	
	販売金額	本体外診断用医薬品使用患者数	
初年度			
２年度			
３年度			
４年度			
５年度			
６年度			
７年度			
８年度			
９年度			
１０年度			
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、通知された決定案に同意します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙３

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された区分案
区分案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">区分案に対する意見

区分案について</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙４

技術料見直し要件該当性検討資料（要件該当性検討資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="3">技術料の見直し</td></tr>
<tr><td rowspan="5">名
称
等</td><td>対象測定項目</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">販売名等</td><td>販売名</td><td>前年度販売実績及び販売額</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用目的、効能又は効果</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの見直し</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">１）測定項目の収載時点又は直近の技術料の見直し時点での基準年間販売額（又はピーク時市場規模）を添付
２）製品概要を添付</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="2">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された決定案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙５

技術料見直し案不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">通知された技術料見直しの対象となる測定項目名
対象となる測定項目コード</td></tr>
<tr><td colspan="2">技術料見直し案に対する不服意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：
電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された技術料見直し案に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙６

体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書

<table>
<tr><td>提出年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>提出書類名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>販売名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>取下げ理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて（案）

1　対象品目の指定

（1）対象品目の指定基準

医薬品、医療機器及び再生医療等製品については、次のいずれにも該当する品目を、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象として指定する。

①　次のいずれかの区分に該当すること。

ア　H１区分　平成31年４月１日以降に保険適用された品目のうち､次のいずれかに該当し、かつ、ピーク時予測売上高が100億円以上であるもの

ⅰ　類似薬効比較方式（「薬価算定の基準について」（令和●年●月●日保発●●第●号）第１章に定める類似薬効比較方式（Ⅰ）及び類似薬効比較方式（Ⅱ）をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）若しくは有用性加算（Ⅱ）（以下「有用性系加算（医薬品等）」という。）の対象であるもの又は類似機能区分比較方式（「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和４年●月●日保発●●第●号）第１章に定める類似機能区分比較方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算若しくは改良加算のハ（以下「有用性系加算（医療機器等）」という。）の対象であるもの

ⅱ　原価計算方式（医薬品及び医薬品の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医薬品等」という。）については「薬価算定の基準について」第１章に定める原価計算方式をいい、医療機器及び医療機器の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医療機器等」という。）については「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第１章に定める原価計算方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、医薬品等若しくは令和２年４月１日以降に保険適用された医療機器等であって有用性系加算（医薬品等）若しくは有用性系加算（医療機器等）の対象であるもの又は令和２年３月31日以前に保険適用された医療機器等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもの（有用性系加算（医療機器等）に相当する補正が行われた場合に限る。）

ⅲ　原価計算方式により算定されたもの（ⅱに該当するものを除く。）のうち、開示度（製品総原価に占める薬価算定組織又は保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合をいう。）が50%未満のもの

イ　H２区分　平成31年４月１日以降に保険適用された品目のうち、アのⅰからⅲまでのいずれかに該当し、かつピーク時予測売上高が50億円以上100億円未満であるもの（以下「評価候補品目」という。）であって、H１区分、H３区分及びH４区分の指定状況並びに当該品目のピーク時予測売上高を勘案し、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

ウ　H３区分　平成31年４月１日以降に保険適用された品目のうち、アのⅰからⅲまでのいずれかに該当するものであって、著しく保険償還価格が高いもの、４（１）に規定する分析枠組み決定以降に効能が追加されたもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中

央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの（Ｈ１区分又はＨ２区分に該当するものを除く。）

エ　Ｈ４区分　平成31年３月31日以前に保険適用された品目のうち、次のいずれかに該当するもの

ｉ　アのｉ若しくはⅱに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、年間販売額（医薬品等にあっては、組成及び投与形態が当該既収載品と同一である全ての類似薬の薬価改定前の年間販売額の合計額をいう。）が 1,000 億円以上であるもの

ⅱ　アのｉ若しくはⅱに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、著しく保険償還価格が高いもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

オ　Ｈ５区分　次のいずれかに該当するもの（Ｈ１区分からＨ４区分までのいずれかに該当するものを除く。）（医薬品等にあっては、平成 31 年４月１日以降に保険適用された品目に限る。）

ｉ　代表品目（Ｈ１区分からＨ４区分までのいずれかに該当する品目をいう。以下同じ。）を比較薬として保険適用された医薬品等（以下「代表品目類似品」という。）であって、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

ⅱ　代表品目類似品を比較薬として保険適用された医薬品等であって、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

ⅲ　代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日において、当該代表品目と同一機能区分に属する医療機器等

②　次のア又はイのいずれにも該当しないこと。ただし、ア又はイに該当するもののうち、年間販売額が350億円以上の品目又は著しく保険償還価格が高い品目等として、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたものについては、①のアからオまでの区分に準ずる区分の対象品目として指定する。

ア　治療方法が十分に存在しない疾病（難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病をいう。以下同じ。）に対する治療のみに用いるもの、血友病の治療に係る血液凝固因子製剤、血液凝固因子抗体迂回活性複合体若しくはこれに類するもの又は抗HIV薬

イ　医薬品等の効能及び効果若しくは当該効能及び効果に係る用法及び用量又は医療機器等の使用目的若しくは効果に、小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれている医薬品等又は医療機器等（以下「小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等」という。）であって、小児のみに用いるもの

③　費用対効果評価の対象品目（費用対効果評価の試行的導入の対象品目を含む。）として指定されたことがないこと（費用対効果評価終了後にＨ３区分又はＨ４区分に該当した場合を除く。）。

（２）対象品目の指定手続

（１）の指定基準を満たすものについて、中央社会保険医療協議会総会において、次の手続により、指定基準の該当性を検討し、対象品目を指定する。

① 保険適用時にＨ１区分、Ｈ３区分若しくはＨ５区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和４年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和４年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する手続により、薬価算定組織及び保険医療材料等専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。

② Ｈ４区分の指定基準を満たす可能性のある品目又は保険適用時に指定基準を満たさない品目のうち、保険適用後に使用方法、適用疾病等の変化により市場拡大したこと、費用対効果評価終了後に、海外評価機関での評価結果等を踏まえた国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたこと等の理由によりＨ１区分、Ｈ３区分、Ｈ４区分若しくはＨ５区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」に規定する手続により、費用対効果評価専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。

③ 評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものを、Ｈ２区分の対象品目として指定する。ただし、②の手続により保険適用後に指定された評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、年間の評価可能品目数等を踏まえて費用対効果評価の対象とすることが適当と認めるものを、Ｈ２区分の対象品目として指定する。

２ 製造販売業者による分析

製造販売業者は、１（２）により費用対効果評価の対象として指定された品目について、指定された日の翌日から次の手続により、対象品目の費用対効果を分析する。ただし、Ｈ５区分の対象品目については分析せず、代表品目の価格調整に準じて価格調整を行う。

なお、製造販売業者は、分析から５に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの協議及び手続の内容については、公表しないものとする。また、製造販売業者は、５に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの間は、分析により得たデータ等について公表しないものとする。

（１）分析方法等に関する分析前協議

費用対効果評価を効率的に行うため、製造販売業者は分析を開始する前に、次の手続により、国立保健医療科学院と分析方法等に関する協議（以下「分析前協議」という。）を行う。

① 分析前協議の実施体制

分析前協議は、原則として国立保健医療科学院と製造販売業者の２者で行うが、厚生労働省は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。また、臨床の専門家等についても両者の合意があれば参加することができる。

国立保健医療科学院は、分析前協議の実施に当たり、その内容を公的分析班（公的かつ中立

的な立場で専門的に費用対効果評価に係る分析を行う機関として国立保健医療科学院が指定する機関をいう。以下同じ。）と協議するものとする。なお、公的分析班は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。

② 分析前協議の実施

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析方法等について協議し、分析対象集団、比較対照技術（比較対照品目を含む。）及び分析に用いる臨床試験等の基本的な方針（以下「分析枠組み」という。）の案を策定する。

また、分析前協議では決定できず、分析中に協議が必要になると想定される事項を、あらかじめ整理する。

③ 関係者への照会

国立保健医療科学院は、必要に応じて、費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

製造販売業者は、必要に応じて、国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

④ 分析枠組みの決定

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析枠組み案、分析前協議及び照会の内容並びに分析中に協議が必要な事項を、原則として品目の指定から３月後に開催される費用対効果評価専門組織へ報告する。費用対効果評価専門組織は、４（１）に規定する手続により、分析枠組み案の科学的妥当性を確認し、分析前協議の内容等を勘案して、分析枠組みを決定する。

（２）製造販売業者による分析

① 分析の実施

製造販売業者は、対象品目について、「中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第３版」（令和４年１月 19 日中央社会保険医療協議会総会了承）（以下「ガイドライン」という。）及び分析枠組みに基づき対象品目を分析する。

② 分析中の協議

製造販売業者は、分析開始後に、分析に必要な事項を国立保健医療科学院と協議し、又は国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。ただし、協議及び照会は、分析開始後に得られた新たな知見を採用するか否かの判断等、科学的な観点から分析に必要な事項に関するものでなければならない。国立保健医療科学院は分析中の協議及び照会の内容を、費用対効果評価専門組織へ報告する。

③ 分析データ等の提出

製造販売業者は、中央社会保険医療協議会総会において対象品目が指定された日から、分析方法、条件及び ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）を含む分析結果のデータ（以下「分析データ等」という。）を、原則として９月（270 日）以内に費用対効果評価専門組織及び公的分析に提出しなければならない。

製造販売業者は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、必要に応じて、製造販売業者に対して遅延の理由を確認した上で、当該理由の妥当性を検証し、

当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

製造販売業者が公的介護費及び生産性損失について国内のデータを集積し、分析した場合には、当該分析結果を費用対効果評価専門組織に報告することができる。費用対効果評価専門組織は、当該分析結果を費用対効果評価案の策定には用いない。また、当該分析結果について、国立保健医療科学院は、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、必要に応じて、６に基づき作成する報告書等と併せて公表することができる。

３　公的分析

（１）公的分析の実施体制

国立保健医療科学院は、利益相反の有無や公的分析班が担当している品目数等を考慮した上で、対象品目の分析を担当する公的分析班を指定する。公的分析班は、製造販売業者が提出した分析データ等について、公的かつ中立的な立場から公的分析を行う。国立保健医療科学院は公的分析班の分析を評価した上で、公的分析班とともに公的分析の結果を策定する。

公的分析の中立性を確保するため、対象品目を有する製造販売業者及び製造販売業者の分析と関係のある者は、公的分析班に対する金品その他の便宜の供与を行ってはならない。

国立保健医療科学院及び公的分析班は、公的分析において知ることのできた情報について、秘密を保持し、公的分析以外の目的で利用してはならない。

（２）公的分析の方法

公的分析班は、以下の分析を行うこととする。

①　製造販売業者から提出された分析データ等について速やかに科学的妥当性の検証（以下「レビュー」という。）を行う。

②　レビューの結果、製造販売業者から提出された分析データ等が妥当でないと判断される場合には、再分析（ガイドライン及び分析枠組みに基づき公的分析班が行う分析であって、製造販売業者による分析とは独立したものをいう。以下同じ。）を行う。

なお、公的分析班は、公的分析を行うために製造販売業者に確認が必要な事項については、国立保健医療科学院を通じて製造販売業者に照会することとする。

（３）公的分析結果の提出期限

国立保健医療科学院は、２（２）③に規定する製造販売業者による分析データ等を受理した日から原則として３月（90 日）以内（公的分析班が再分析を行う場合にあっては、６月（180 日）以内）に費用対効果評価専門組織に公的分析結果（レビュー及び再分析の結果をいう。以下同じ。）を提出しなければならない。

国立保健医療科学院は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、当該理由の妥当性を検証し、当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

４　費用対効果評価専門組織の開催

費用対効果評価専門組織は、分析を円滑に実施し、中央社会保険医療協議会総会の審議に資するため、次の（１）から（３）まで及び（５）に掲げる決定等を行う際に開催するものとし、製造販売業者及び国立保健医療科学院から報告を受けた内容について審議する。

（1）分析枠組みの決定

次の手続により、分析前協議で策定された分析枠組み案を審査し、分析枠組みを決定する。

① 製造販売業者及び国立保健医療科学院からの報告を踏まえ、次の事項について専門的見地から審査する。

ア 分析前協議の内容及び分析中に協議が必要な事項の内容

イ 分析枠組み案の科学的妥当性

ウ 追加検討の要否及びその方法

エ 薬価算定組織における費用対効果評価の対象となった品目に係る当該品目の有用性加算等を含めた評価等

なお、分析対象集団の規模が小さくなる場合については、患者数や疾患の性質等を勘案しつつ、全体の評価への影響の程度について専門家の意見も伺いながら、その理由を明らかにした上で分析対象集団の一部を分析対象から除外できることとする。

② 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、分析枠組み案の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

③ 費用対効果評価専門組織は、①及び②を踏まえて分析枠組みを決定し、決定した分析枠組み及びその理由を製造販売業者に通知する。その際、追加検討の必要があると判断される場合にあっては、製造販売業者、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加検討の実施を指示することができる。

④ 通知した分析枠組みに不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、分析枠組みを変更することができる。費用対効果評価専門組織は、分析枠組みの変更の有無を製造販売業者に通知する。

製造販売業者による分析及び公的分析は、費用対効果評価専門組織により決定された分析枠組みに基づいて行う。

（2）製造販売業者の分析データ等及び公的分析のレビューの審査

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析のレビューについて審議する。

① 費用対効果評価専門組織は、次の事項について、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析から提出されたレビューの内容を専門的見地から審査する。その際、追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。

ア　分析中の協議の内容
イ　分析方法の妥当性（分析枠組みに基づく分析方法であることの確認等）
ウ　分析データ等の科学的妥当性
エ　公的分析によるレビューの科学的妥当性
オ　追加分析の要否
カ　報告期限までに分析データ等が報告されなかった場合には、その理由の妥当性

②　製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、提出した分析データ等について、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

③　費用対効果評価専門組織は、審査結果を製造販売業者に通知する。

④　通知した審査結果に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、審査結果を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、審査結果の変更の有無を製造販売業者に通知する。

国立保健医療科学院及び公的分析班は、当該審査結果を踏まえて、引き続き再分析及び費用対効果評価専門組織により指示された追加分析を行うものとする。

（３）費用対効果評価案の策定

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、費用対効果評価案を策定する。

①　費用対効果評価専門組織は、ICER 等の公的分析結果について、次の事項について専門的見地から審査する。その際、更なる追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。

ア　分析方法の妥当性
イ　公的分析結果の科学的妥当性
ウ　更なる追加分析の要否
エ　報告期限までに公的分析結果が報告されなかった場合には、その理由の妥当性

②　対象品目が次のいずれかに該当する場合、価格調整における配慮の要否について総合的な評価（以下「総合的評価」という。）を行う。なお、公的介護費や生産性損失を含めた分析結果は、費用対効果評価案の策定には用いない。

ア　適用症の一部に治療方法が十分に存在しない疾病が含まれるものであって、当該疾病を分析対象集団として分析を行ったもの
イ　小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等（小児のみに用いるものを除く。）であって、その小児に係る適用症を分析対象集団として分析を行ったもの

ウ　承認された効能又は効果において悪性腫瘍が対象となっており、当該悪性腫瘍を分析対象集団として分析を行ったもの

③　製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、費用対効果評価案の策定に当たって、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

④　費用対効果評価専門組織は、①から③までの手続の結果を踏まえ、対象品目の費用対効果評価案を策定する。

費用対効果評価案には、以下を含むものとする。

ア　分析対象集団

イ　価格調整における配慮の要否に係る総合的な評価

ウ　（分析対象集団ごとの）比較対照技術

エ　（分析対象集団ごとの）ICER の区分

オ　（分析対象集団ごとの）患者割合

なお、ICER の区分とは、ICER の値が、６の（１）の①から⑧のいずれに該当するかをいう。

⑤　費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を製造販売業者に通知する。

⑥　通知した費用対効果評価案に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、費用対効果評価案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、費用対効果評価案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を中央社会保険医療協議会総会へ報告する。

（４）公的分析による再分析の必要がないと判断された場合の取扱いについて

（２）において、公的分析による再分析の必要がないと判断された場合には、（３）の②から④までの手続を、（２）の①の手続に加えて実施できることとする。

なお、その際、（３）の④における「①から③までの手続の結果」は、「（２）の①及び②並びに（３）の②及び③の手続の結果」と読み替えることとし、結果の通知は（２）の③に、通知した結果に不服がある場合の取扱いは（２）の④に準ずるものとする。

（５）分析中断、評価中止及び分析再開に係る決定案の策定

①　製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析に必要なデータの不足等により分析が困難（以下「分析不能」という。）となった場合には、対象品目の分析中断を申し出ることができる。

ただし、製造販売業者が分析不能と判断した場合であっても、公的分析が分析可能と判断し

た場合には、対象品目の分析中断を申し出ることはできない。この際、分析不能を理由に製造販売業者が分析を行わない場合にあっては、費用対効果評価専門組織は、公的分析結果のみを用いて費用対効果評価案を策定する。

また、対象品目が販売を停止した場合や年間販売額が大幅に減少した場合等であって、製造販売業者及び国立保健医療科学院が合意した場合には、製造販売業者及び国立保健医療科学院は、対象品目の評価中止を申し出ることができる。

② 費用対効果評価専門組織は、①の申出を受けた場合その他必要があると認める場合には、次の事項について、分析中断又は評価中止の要否を専門的見地から審議する。

ア 製造販売業者又は国立保健医療科学院の申出内容

イ 分析中断又は評価中止とする科学的妥当性

ウ 分析中断の場合、分析再開のために必要なデータ、集積方法及び集積に要する期間

③ 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、申出の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と相互に質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定又は分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

④ 費用対効果評価専門組織は、②及び③の手続の結果を踏まえ、分析中断又は評価中止の要否（分析中断とする場合にあっては、データ集積に要する期間を検討した上で、当該期間の決定案及び理由を含む。）を、製造販売業者及び国立保健医療科学院に通知する。なお、②のウについて分析再開のために必要なデータの収集する見込みがない場合にあっては、費用対効果評価専門組織は、その理由及び科学的妥当性について検討し、分析再開が不可能なものとして評価中止の要否に係る決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、対象品目は最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして価格調整を行う。

⑤ 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定及び分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、決定案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、決定案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、分析中断又は評価中止に関する決定案を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

⑥ 中央社会保険医療協議会総会において分析中断とされた品目について、製造販売業者は定められた期間内にデータを集積する。製造販売業者は、集積したデータに基づいて、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる事項を費用対効果評価専門組織に報告する。

ア 分析再開が可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積され、分析の再開が見込まれる場合、製造販売業者は、集積したデータを費用対効果評価専門組織に報告する。費用対効果評価専門組織は、②から⑤までの手続に準じて、分析再開の要否に係る決定案及び分析に必要な期間を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

中央社会保険医療協議会総会において分析再開が決定された場合、分析再開が決定された日の翌日から、２から４までの手続により、対象品目の分析を行う。

イ　分析再開が不可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合、製造販売業者は、費用対効果評価専門組織にその旨を報告する。費用対効果評価専門組織は、製造販売業者の報告を踏まえ、②から⑤までの手続に準じて評価中止の要否にかかる決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、対象品目は最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして価格調整を行う。

ウ　分析中断期間を延長するもの

定められた期間内に製造販売業者による分析の再開に必要なデータ集積が行われなかったものの、期間の延長により必要なデータ集積が行われ、分析の再開が見込まれる場合、費用対効果評価専門組織において、②から⑤までの手続に準じて期間の延長の要否及びその期間についての決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

5　中央社会保険医療協議会総会での決定

（1）費用対効果評価の結果の決定及び価格調整

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された費用対効果評価案を審議し、費用対効果評価の結果を決定する。

費用対効果評価が決定されたものについては、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、保険収載に合わせて、対象品目の価格調整を行う。

（2）分析中断、評価中止及び分析再開の決定

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された分析中断、評価中止又は分析再開の案を審議し、決定する。

①　分析中断とされた品目については、データ集積に必要な期間及び分析再開後の分析に必要な期間を設定するとともに、４（4）⑥の手続により、分析再開等について審議する。

②　評価中止とされた品目については、価格調整は行わず、評価を終了する。

③　分析再開とされた品目については、２から４までの手続により、改めて対象品目の分析を開始する。

6　費用対効果評価結果の公表

（1）中央社会保険医療協議会総会での公表

費用対効果評価が終了した際には、中央社会保険医療協議会総会において、対象集団ごとのICER の区分及び患者割合を公表することとする。なお、以下の①又は②に該当するものについて、価格調整による引上げが行われる場合は、その旨を併せて公表する。また、患者割合については、原則として公表可能なものを用いることとし、公表することが困難である場合は、その理由を付すこととする。

①　ドミナント（比較対照技術に対し効果が増加し、かつ費用が削減されるものをいう。）

②　比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が削減されるもの

③　200 万円/QALY 未満

④　200 万円/QALY 以上 500 万円/QALY 未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては

200 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満）

⑤　500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満）

⑥　750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満）

⑦　1,000 万円/QALY 以上（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 1,500 万円/QALY 以上）

⑧　比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加するもの

（２）国立保健医療科学院の報告

国立保健医療科学院は公的分析班と連携して、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、分析内容、科学的論点、費用、QALY の値、ICER の値及び患者割合等について、報告書や学術論文等を作成し、これを公表するものとする。報告書等の作成に当たっては、製造販売業者と協議の上、製造販売業者の知的所有権等に配慮するものとする。

別紙様式1

不服意見書

品目名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通知された事項及び内容
通知内容に対する意見及びその根拠

上記により通知された内容に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

中医協　総－６
４．２．９

ＤＰＣにおける高額な新規の医薬品等への対応について

1　新規に薬価収載された医薬品等については、DPC/PDPSにおける診療報酬点数表に反映されないことから、一定の基準に該当する医薬品等を使用した患者については、包括評価の対象外とし、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしている。
　包括評価の対象外とするか否かは個別DPC（診断群分類）毎に判定し、また、前年度に使用実績のない医薬品等は、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の84%tileを包括評価の対象外とすることとしている。

2　令和４年４月１日に薬価収載を予定している医薬品等のうち以下に掲げるものは、上記基準に該当する。よって、これらの薬剤を使用した患者であって当該薬剤に対応する診断群分類に該当するものについては、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしてはどうか。

※　現行薬価をもとに判定。適用時には、令和４年度改定を受けた薬価及び診断群分類点数表を踏まえた対応を行う。

区分	銘　柄　名	成分名	規格単位	薬　価	効能効果	用 法 用 量	１回投与当たりの標準的な費用（A）	出来高算定対象		平均在院日数を加味した１入院当たり標準的費用		包括範囲薬剤の84%tile値
								診断群分類番号	（告示）番号	仮想投与回数（日数）（B）	標準的費用（A×B）	
新薬(2)	シアリス錠 5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	タダラフィル	5mg1錠 10mg1錠 20mg1錠	1,343.8円 1,454.6円 1,529.9円	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者） ※保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ	通常、成人には1日1回タダラフィルとして10mgを性行為の約1時間前に経口投与する。10mgの投与で十分な効果が得られず、忍容性が良好と判断された器質性又は混合型勃起不全患者に対しては、20mgに増量することができる。軽度又は中等度の肝障害のある患者では10mgを超えないこと。なお、いずれの場合も1日の投与は1回とし、投与間隔は24時間以上とすること。 中等度又は重度の腎障害のある患者では、5mgから開始し、投与間隔は24時間以上とすること。 なお、中等度の腎障害のある患者では最高用量は10mgを超えないこととし、10mgを投与する場合には投与間隔を48時間以上とすること。重度の腎障害のある患者では5mgを超えないこと。	1,454.6円/回	11022x 男性生殖器疾患				
								11022xxx01xxxx	3318	4.00回	5,818円	3,010円
新薬(3)	レコベル皮下注12μgペン レコベル皮下注36μgペン レコベル皮下注72μgペン	ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）	12μg0.36mL1筒 36μg1.08mL1筒 72μg2.16mL1筒	15,103円 36,394円 63,390円	生殖補助医療における調節卵巣刺激	通常、ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）として、投与開始前の血清抗ミュラー管ホルモン（AMH）値及び体重に基づき、下表に従い算出した投与量を、月経周期2日目又は3日目から1日1回皮下投与し、卵胞が十分に発育するまで継続する。なお、下表に従い算出した投与量が6μgを下回る場合は6μgを、12μgを上回る場合は12μgを、1日あたりの投与量とする。	36,394円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	1.00回	36,394円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	1.00回	36,394円	6,390円
新薬(4)	ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	ガニレリクス酢酸塩	0.25mg0.5mL1筒	9,085円	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	原則として卵胞刺激ホルモン製剤投与の6日目から開始し、ガニレリクスとして0.25mgを1日1回皮下に連日投与する。	9,085円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	5.00回	45,425円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	5.00回	45,425円	6,390円
新薬(5)	セトロタイド注射用0.25mg	セトロレリクス酢酸塩	0.25mg1瓶	9,241円	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	卵巣刺激開始6日目から排卵誘発当日まで、セトロレリクスとして0. 25mgを1日1回腹部皮下に連日投与する。	9,241円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	5.00回	46,205円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	5.00回	46,205円	6,390円

新薬･･･薬価収載予定の医薬品。()内は資料番号に対応　　一変･･･効能効果･用法用量の一部変更　　公知･･･事前評価済公知申請

※（参考）現行のいわゆる「高額薬剤判定」の運用方法について

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の２つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年４回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

○ 高額薬剤判定の具体的な作業は次の通り。

【高額薬剤告示への追加】

○ 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある 診断群分類（14 桁コード）を抽出する。

① 新薬

② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）

③ 事前評価済公知申請

○ 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の１入院あたり薬剤費を算出する。

○ 当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

１．適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ（別添）。

２．以下の適応外薬の適応については、令和４年２月４日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされ、同日付で保険適用された。

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
ベバシズマブ（遺伝子組換え）	アバスチン点滴静注用 100 mg/4 mL、同点滴静注用 400 mg/16 mL【中外製薬（株）】	＜用法・用量の追加＞ 「卵巣癌」に対する用法・用量の追加
レノグラスチム（遺伝子組換え）	ノイトロジン注 50μg、同注 100 μg、同注 250 μg【中外製薬（株）】	＜適応の追加＞ 再発又は難治性の急性骨髄性白血病に対する抗悪性腫瘍剤との併用療法
フィルグラスチム（遺伝子組換え）	グラン注射液 75、同注射液 150、同注射液 M300、同シリンジ 75、同シリンジ 150、同シリンジ M300【協和キリン（株）】	＜適応の追加＞ 再発又は難治性の急性骨髄性白血病に対する抗悪性腫瘍剤との併用療法
フルダラビンリン酸エステル	フルダラ静注用 50 mg【サノフィ（株）】	＜適応の追加＞ 再発又は難治性の急性骨髄性白血病

（参考）

○　適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構（ＰＭＤＡ）のホームページに公表されている。
http://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/p-drugs/0017.html

○　上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

（別添）

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

（平成２２年８月２５日
中　医　協　了　承）

○　適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

①検討会議※）において、医療上の必要性が高いと判断

②検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成

③検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断

④検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

※）「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

○　このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。