中央社会保険医療協議会 総会（第 584 回）　議事次第

令和６年２月 14 日（水）10：00～

議　題

〇答申について
〇歯科用貴金属随時改定について

個別改定項目について

Ⅰ　現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進
Ⅰ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 1
①　賃上げに向けた評価の新設 1
②　入院基本料等の見直し 18
③　初再診料等の評価の見直し 45
④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し 47
⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し 49
Ⅰ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進..... 51
①　医師事務作業補助体制加算の見直し 51
②　特定集中治療室管理料等の見直し 53
③　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 66
④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 69
⑤　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 70
Ⅰ－３　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 78
①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 78
②　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 80
Ⅰ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保 81
①　地域医療体制確保加算の見直し 81
②　勤務医の働き方改革の取組の推進 83
Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充 85
①　特定集中治療室管理料等の見直し 85
②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し 86
③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化 90
④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 94
⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保

の推進.....95
Ⅰ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応 99
①　時間外対応加算の見直し 99
②　特定集中治療室管理料等の見直し 103
③　超急性期脳卒中加算の見直し 104
④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における 遠隔連携の評価 106
⑤　DPC／PDPS の見直し.....109
⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 110
⑦　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 120

Ⅱ　ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化･推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進
Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 122
①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し 122
②　医療 DX 推進体制整備加算の新設 125
③　在宅医療における医療 DX の推進 129
④　訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設 134
⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進 136
⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進 138
⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し 139
⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設 141
⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し 143
⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設 146
⑪　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設 148
⑫　歯科遠隔連携診療料の新設 150
⑬　超急性期脳卒中加算の見直し 152
⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価 .153
⑮　診療録管理体制加算の見直し 154
⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価 158
⑰　診療報酬における書面要件の見直し 159

⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載 162
⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 168
Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化･推進のための取組 169
①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 169
②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 177
③　医療機関と介護保険施設の連携の推進 179
④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し 181
⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 196
⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進 201
⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進 ... 203
⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて 205
⑨　在宅療養指導料の見直し 210
⑩　認知症ケア加算の見直し 212
⑪　入院基本料等の見直し 216
⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 217
⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 223
⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進 231
⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進..... 234
Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 .237
①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進..... 237
②　病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進 ... 239
③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設 242
④　呼吸器リハビリテーション料の見直し 249
⑤　療養病棟入院基本料の見直し 250
⑥　入院基本料等の見直し 268

⑦　医療と介護における栄養情報連携の推進 269
⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 271
Ⅱ－４　患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価..... 274
①　急性期充実体制加算の見直し 274
②　総合入院体制加算の見直し 283
③　急性期一般入院料１における平均在院日数の基準の見直し ... 285
④　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し..... 286
⑤　特定集中治療室管理料等の見直し 290
⑥　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し ... 291
⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化 293
⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し 298
⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し 300
⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 311
⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設 312
⑫　地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し 320
⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し 322
⑭　療養病棟入院基本料の見直し 327
⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し 328
⑯　児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設 333
⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し ... 335
⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し 337
⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 340
⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 342
㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 343
㉒　DPC／PDPS の見直し 344
㉓　血友病患者の治療の評価の見直し 359
Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等 361

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し 361
②　特定疾患処方管理加算の見直し 370
③　地域包括診療料等の見直し 373
Ⅱ－６　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組 379
①　感染対策向上加算の見直し 379
②　外来感染対策向上加算の見直し 383
③　感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価 386
④　サーベイランス強化加算等の見直し 392
⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築 395
⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し 405
⑦　新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し..... 408
Ⅱ－７　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価..... 410
①　地域包括診療料等の見直し 410
②　時間外対応加算の見直し 411
③　小児かかりつけ診療料の見直し 412
④　継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進..... 414
⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し 419
⑥　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し 421
⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 423
Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 425
①　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進 425
②　地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進 427
③　往診に関する評価の見直し 428
④　在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進 431
⑤　在宅療養移行加算の見直し 434
⑥　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設 437

⑦　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進 441
⑧　在宅ターミナルケア加算等の見直し 443
⑨　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し
..... 447
⑩　在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進 468
⑪　包括的支援加算の見直し 471
⑫　訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し
..... 473
⑬　頻回訪問加算の見直し 476
⑭　訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化 477
⑮　虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進 480
⑯　訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し..... 482
⑰　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進..... 486
⑱　緊急訪問看護加算の評価の見直し 487
⑲　医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し 489
⑳　母子に対する適切な訪問看護の推進 490
㉑　訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し 492
㉒　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設 494
㉓　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設 495
㉔　質の高い在宅歯科医療の提供の推進 497
㉕　訪問歯科衛生指導の推進 506
㉖　小児に対する歯科訪問診療の推進 508
㉗　入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進 509
㉘　多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し 513
㉙　在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設 520
㉚　医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し 524

㉛　高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し 526

Ⅲ　安心・安全で質の高い医療の推進
Ⅲ－１　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応 .529
①　入院時の食費の基準の見直し 529
Ⅲ－２　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価 531
①　一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し 531
②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 533
③　遺伝学的検査の見直し 534
④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し 539
⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し 541
⑥　入院基本料等の見直し 543
⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し 544
⑧　医療安全対策の推進 545
⑨　手術等の医療技術の適切な評価 549
⑩　質の高い臨床検査の適切な評価 552
⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進 .553
⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築 555
Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進 556
①　データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 556
②　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し 561
③　回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し 562
Ⅲ－４　重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
Ⅲ－４－１　高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 564
①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価 564
②　救急医療管理加算の見直し 567

Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実 573
①　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設 573
②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し 575
③　小児緩和ケア診療加算の新設 576
④　小児かかりつけ診療料の見直し 578
⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し ... 579
⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し . 580
⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設 582
⑧　入退院支援加算３の見直し 584
⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し . 587
⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設 589
⑪　母体・胎児集中治療室管理料の見直し 593
⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し 595
Ⅲ－４－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価 596
①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し 596
②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 598
③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設 599
④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進 600
⑤　小児緩和ケア診療加算の新設 601
⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 602
⑦　がん拠点病院加算の見直し 603
Ⅲ－４－４　認知症の者に対する適切な医療の評価 605
①　入院基本料等の見直し 605
②　認知症ケア加算の見直し 606
③　地域包括診療料等の見直し 607
④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進 608
Ⅲ－４－５　地域移行･地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価..... 609
①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援

を提供する病棟の評価の新設 609
② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し 612
③ 精神科入退院支援加算の新設 617
④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し 620
⑤ 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設 622
⑥ 児童思春期支援指導加算の新設 625
⑦ 心理支援加算の新設 628
⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し 629
Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価 631
① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し 631
② 遺伝学的検査の見直し 632
Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的･効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 633
① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し 633
② 特定疾患処方管理加算の見直し 634
③ 地域包括診療料等の見直し 635
④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設 636
⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 638
Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 639
① 医科歯科連携の推進 639
② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 644
③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し 645
④ 医歯薬連携の推進 648
⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 650
⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進 652
⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進 654
⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進 655

⑨　歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し ...656
⑩　う蝕の重症化予防の推進 ...657
⑪　歯周病の重症化予防の推進 ...661
⑫　歯科衛生士による実地指導の推進 ...663
⑬　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設 ...664
⑭　歯科遠隔連携診療料の新設 ...665
⑮　歯科固有の技術の評価の見直し ...666
Ⅲ－７　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価...679
①　薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し ...679
②　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し ...688
③　薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し ...689
④　外来腫瘍化学療法診療料の見直し ...691
⑤　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 ...692
⑥　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 ...693
Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 ...694
①　調剤基本料の見直し ...694
②　地域支援体制加算の見直し ...695
③　休日・深夜加算の見直し ...716
④　いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し ...718
⑤　連携強化加算（調剤基本料）の見直し ...725
Ⅲ－９　医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等 ...726
①　長期収載品の保険給付の在り方の見直し ...726
②　医薬品取引状況に係る報告の見直し ...727
③　プログラム医療機器についての評価療養の新設 ...731
Ⅳ　効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等 732
①　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編 732
②　バイオ後続品の使用促進 739
③　長期収載品の保険給付の在り方の見直し 742
④　再製造単回使用医療機器の使用に対する評価 743
⑤　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価 744
Ⅳ－２　費用対効果評価制度の活用
Ⅳ－３　市場実勢価格を踏まえた適正な評価 745
①　実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化 745
②　人工腎臓の評価の見直し 747
③　検査、処置及び麻酔の見直し 748
Ⅳ－４　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 749
医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 749
Ⅳ－５　患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価..... 750
Ⅳ－６　外来医療の機能分化・強化等 751
外来医療の機能分化・強化等 751
Ⅳ－７　生活習慣病の増加等に対応する効果的･効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 752
Ⅳ－８　医師･病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 753
①　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 753
②　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編 754
③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し 755
Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 757

【Ⅰ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①】

①　賃上げに向けた評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

１	初診時	６点
２	再診時等	２点
３	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28 点
ロ	イ以外の場合	７点

［算定要件］

（１）１については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）２については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。

（３）３のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問

して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

（４）３のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２―２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下

に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者である場合

ハ　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

［施設基準］

（１）外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

（２）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（３）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（４）（３）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（５）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40 歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を行うことができること。

（６）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（７）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

２．外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

１	初診時	10 点
２	再診時等	２点
３	歯科訪問診療時	
イ	同一建物居住者以外の場合	41 点

ロ　同一建物居住者の場合　10点

［算定要件］

（１）１については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）２については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。

（３）３のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

（４）３のロについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

［施設基準］

（１）外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

（２）主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（３）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（４）（３）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（５）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40 歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。

（６）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（７）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

３．外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	８点
	ロ　再診時等	１点
２	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	16 点
	ロ　再診時等	２点
↓		
８	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	64 点
	ロ　再診時等	８点

［算定要件］

（１）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届

け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

（２）各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

［施設基準］

（１）入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

（２）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の１分２厘未満であること。

（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

$$【A】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 1\text{分}2\text{厘} - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\left(\begin{array}{l}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8 \\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8 \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right)\times 10\text{円}}$$

（５）（４）について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の１月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近３か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年３、６、９、12 月に上記の

算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近３か月の【Ａ】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（６）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（７）（６）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（８）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（９）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（10）対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

（11）主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

４．外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	
	イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合	８点
	ロ　再診時等	１点
２	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	
	イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合	16 点
	ロ　再診時等	２点
↓		
８	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８	
	イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合	64 点

ロ　再診時等　　８点

［算定要件］

（１）主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

（２）各区分のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定している患者について、各区分のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

［施設基準］

（１）入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

（２）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の１分２厘未満であること。

（４）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分を届け出ること。

$$【A】＝\frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times\text{１分２厘}-\text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）}\right)\times 10\text{円}}{\left(\begin{array}{l}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right)\times 10\text{円}}$$

（５）（４）について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の１月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近３か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近３か月の【Ａ】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（６）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（７）（６）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（８）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（９）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

(10) 対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

(11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

５．病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　入院ベースアップ評価料（１日につき）

１	入院ベースアップ評価料１	１点
２	入院ベースアップ評価料２	２点
↓		
165	入院ベースアップ評価料 165	165 点

［算定要件］

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

［施設基準］

（１）入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。

（２）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。

（３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の２分３厘未満であること。

（５）入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）の見込みを用いて次の式により算出した数【Ｂ】に基づき、別表３に従い該当する区分を届け出ること。

$$【B】＝\frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 2\text{分}3\text{厘} - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数}\times 10\text{円}}$$

（６）（５）について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の１月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、直近３か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近３か月の【Ｂ】、対象

職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（７）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（８）（７）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（９）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（10）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（11）主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

６．訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　780円

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号０２の１を算定している利用者１人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月１回に限り算定する。

［施設基準］

（１）主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（２）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの

限りではない。

（３）（２）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（４）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。

（５）令和６年度及び令和７年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（６）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

７．訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

イ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）１	10 円
ロ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２	20 円
↓		
ヌ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100 円
ル	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150 円
↓		
ソ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500 円

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者１人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り、それぞれ所定額を算定する。

［施設基準］

（１）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。

（２）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額から当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受

けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の１分２厘未満であること。
　ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近３か月の１月あたりの区分番号０２の１の算定回数の平均}}{\text{直近３か月の１月あたりの医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者＋介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の訪問看護ステーションごとの区分については、当該訪問看護ステーションにおける対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ｃ】に基づき、別表４に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$【C】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times \text{１分２厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}\right)}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

（４）（３）について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の１月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近３か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。
　ただし、前回届け出た時点と比較して、直近３か月の【Ｃ】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。
（５）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの

を除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（６）（５）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（７）令和６年度及び令和７年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（８）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（９）対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあっては、当該規定を満たしているものとする。

(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

８．令和６年度及び令和７年度に賃金の改善を確実に実施するために、看護職員処遇改善評価料の施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【看護職員処遇改善評価料】 ［施設基準］ １　看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (1)～(4)　（略） (5)　(3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。 　ただし、令和６年度及び令和７年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち３分の２以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。	【看護職員処遇改善評価料】 ［施設基準］ １　看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (1)～(4)　（略） (5)　(3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。 　ただし、「令和４年度（令和３年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和４年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

(6) (5)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計画に基づく収入の３分の２以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよいものとする。	（新設）
(7)～(10) （略）	(6)～(9) （略）

別表１

ア　薬剤師
イ　保健師
ウ　助産師
エ　看護師
オ　准看護師
カ　看護補助者
キ　理学療法士
ク　作業療法士
ケ　視能訓練士
コ　言語聴覚士
サ　義肢装具士
シ　歯科衛生士
ス　歯科技工士
セ　歯科業務補助者
ソ　診療放射線技師
タ　診療エックス線技師
チ　臨床検査技師
ツ　衛生検査技師
テ　臨床工学技士
ト　管理栄養士
ナ　栄養士
ニ　精神保健福祉士
ヌ　社会福祉士
ネ　介護福祉士
ノ　保育士
ハ　救急救命士
ヒ　あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
フ　柔道整復師
ヘ　公認心理師
ホ　診療情報管理士
マ　医師事務作業補助者

ミ　その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

別表２

【Ａ】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
０を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	８点	１点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	16 点	２点
↓			
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８	64 点	８点

別表３

【Ｂ】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
０を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料１	１点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料２	２点
↓		
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

別表４

【Ｃ】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
０を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）１	10 円
15 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２	20 円
↓		
95 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100 円
125 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150 円
↓		
475 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500 円

②　入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

第２　具体的な内容

１．入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【一般病棟入院基本料】		
１　急性期一般入院基本料		
イ　急性期一般入院料１	1,688 点	1,650 点
ロ　急性期一般入院料２	1,644 点	1,619 点
ハ　急性期一般入院料３	1,569 点	1,545 点

	改定後 点数	現行 点数
ニ　急性期一般入院料４	1,462 点	1,440 点
ホ　急性期一般入院料５	1,451 点	1,429 点
ヘ　急性期一般入院料６	1,404 点	1,382 点
２　地域一般入院基本料		
イ　地域一般入院料１	1,176 点	1,159 点
ロ　地域一般入院料２	1,170 点	1,153 点
ハ　地域一般入院料３	1,003 点	988 点
特別入院基本料	612 点	607 点
【結核病棟入院基本料】		
１　７対１入院基本料	1,677 点	1,654 点
２　10 対１入院基本料	1,405 点	1,385 点
３　13 対１入院基本料	1,182 点	1,165 点
４　15 対１入院基本料	1,013 点	998 点
５　18 対１入院基本料	868 点	854 点
６　20 対１入院基本料	819 点	806 点

	改定後 点数	現行 点数
特別入院基本料	586 点	581 点
【精神病棟入院基本料】		
１　10 対１入院基本料	1,306 点	1,287 点
２　13 対１入院基本料	973 点	958 点
３　15 対１入院基本料	844 点	830 点
４　18 対１入院基本料	753 点	740 点
５　20 対１入院基本料	697 点	685 点
特別入院基本料	566 点	561 点
【特定機能病院入院基本料】		
１　一般病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	1,822 点	1,718 点
ロ　10 対１入院基本料	1,458 点	1,438 点
２　結核病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	1,822 点	1,718 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　10 対１入院基本料	1,458 点	1,438 点
ハ　13 対１入院基本料	1,228 点	1,210 点
ニ　15 対１入院基本料	1,053 点	1,037 点
３　精神病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	1,551 点	1,450 点
ロ　10 対１入院基本料	1,393 点	1,373 点
ハ　13 対１入院基本料	1,038 点	1,022 点
ニ　15 対１入院基本料	948 点	933 点
【専門病院入院基本料】		
１　７対１入院基本料	1,705 点	1,667 点
２　10 対１入院基本料	1,421 点	1,396 点
３　13 対１入院基本料	1,191 点	1,174 点
【障害者施設等入院基本料】		
１　７対１入院基本料	1,637 点	1,615 点
２　10 対１入院基本料	1,375 点	1,356 点

	改定後 点数	現行 点数
３　13 対１入院基本料	1,155 点	1,138 点
４　15 対１入院基本料	1,010 点	995 点
特定入院基本料	984 点	969 点
注６　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,517 点	1,496 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,377 点	1,358 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,362 点	1,343 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,224 点	1,206 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,262 点	1,244 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,124 点	1,107 点
注 13　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,364 点	1,345 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,239 点	1,221 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,225 点	1,207 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,100 点	1,084 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,135 点	1,118 点

	改定後 点数	現行 点数
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,010 点	995 点
【有床診療所入院基本料】		
１　有床診療所入院基本料１		
イ　14 日以内の期間	932 点	917 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	724 点	712 点
ハ　31 日以上の期間	615 点	604 点
２　有床診療所入院基本料２		
イ　14 日以内の期間	835 点	821 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	627 点	616 点
ハ　31 日以上の期間	566 点	555 点
３　有床診療所入院基本料３		
イ　14 日以内の期間	616 点	605 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	578 点	567 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　31 日以上の期間	544 点	534 点
４　有床診療所入院基本料４		
イ　14 日以内の期間	838 点	824 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	652 点	640 点
ハ　31 日以上の期間	552 点	542 点
５　有床診療所入院基本料５		
イ　14 日以内の期間	750 点	737 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	564 点	553 点
ハ　31 日以上の期間	509 点	499 点
６　有床診療所入院基本料６		
イ　14 日以内の期間	553 点	543 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	519 点	509 点
ハ　31 日以上の期間	490 点	480 点
【有床診療所療養病床入院基本料】		

	改定後 点数	現行 点数
１　入院基本料Ａ	1,073 点	1,057 点
（生活療養を受ける場合）	1,058 点	1,042 点
２　入院基本料Ｂ	960 点	945 点
（生活療養を受ける場合）	944 点	929 点
３　入院基本料Ｃ	841 点	827 点
（生活療養を受ける場合）	826 点	813 点
４　入院基本料Ｄ	665 点	653 点
（生活療養を受ける場合）	650 点	638 点
５　入院基本料Ｅ	575 点	564 点
（生活療養を受ける場合）	560 点	549 点
特別入院基本料	493 点	488 点
（生活療養を受ける場合）	478 点	473 点
【救命救急入院料】		
１　救命救急入院料１		
イ　３日以内の期間	10,268 点	10,223 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　４日以上７日以内の期間	9,292 点	9,250 点
ハ　８日以上の期間	7,934 点	7,897 点
２　救命救急入院料２		
イ　３日以内の期間	11,847 点	11,802 点
ロ　４日以上７日以内の期間	10,731 点	10,686 点
ハ　８日以上の期間	9,413 点	9,371 点
３　救命救急入院料３		
イ　救命救急入院料		
(1)　３日以内の期間	10,268 点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	9,292 点	9,250 点
(3)　８日以上の期間	7,934 点	7,897 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	10,268 点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	9,292 点	9,250 点

	改定後 点数	現行 点数
(3)　８日以上 60 日以内の期間	8,356 点	8,318 点
４　救命救急入院料４		
イ　救命救急入院料		
(1)　３日以内の期間	11,847 点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	10,731 点	10,686 点
(3)　８日以上の期間	9,413 点	9,371 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	11,847 点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	10,731 点	10,686 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	9,413 点	9,371 点
(4)　15 日以上 60 日以内の期間	8,356 点	8,318 点
【ハイケアユニット入院医療管理料】		
１　ハイケアユニット入院医療管理料１	6,889 点	6,855 点
２　ハイケアユニット入院医療管理料２	4,250 点	4,224 点

	改定後 点数	現行 点数
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】	6,045 点	6,013 点
【小児特定集中治療室管理料】		
1　７日以内の期間	16,362 点	16,317 点
2　８日以上の期間	14,256 点	14,211 点
【新生児特定集中治療室管理料】		
1　新生児特定集中治療室管理料１	10,584 点	10,539 点
2　新生児特定集中治療室管理料２	8,472 点	8,434 点
【総合周産期特定集中治療室管理料】		
1　母体・胎児集中治療室管理料	7,417 点	7,381 点
2　新生児集中治療室管理料	10,584 点	10,539 点
【新生児治療回復室入院医療管理料】	5,728 点	5,697 点
【一類感染症患者入院医療管理料】		
1　14 日以内の期間	9,413 点	9,371 点
2　15 日以上の期間	8,147 点	8,108 点

	改定後 点数	現行 点数
【特殊疾患入院医療管理料】		
特殊疾患入院医療管理料	2,090 点	2,070 点
注４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	1,927 点	1,909 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	1,761 点	1,743 点
注６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	1,734 点	1,717 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	1,588 点	1,569 点
【小児入院医療管理料】		
１　小児入院医療管理料１	4,807 点	4,750 点

	改定後 点数	現行 点数
２　小児入院医療管理料２	4,275 点	4,224 点
３　小児入院医療管理料３	3,849 点	3,803 点
４　小児入院医療管理料４	3,210 点	3,171 点
５　小児入院医療管理料５	2,235 点	2,206 点
【特殊疾患病棟入院料】		
１　特殊疾患病棟入院料１	2,090 点	2,070 点
２　特殊疾患病棟入院料２	1,694 点	1,675 点
注４　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,928 点	1,910 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,763 点	1,745 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,675 点	1,657 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,508 点	1,491 点
注６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,735 点	1,717 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,586 点	1,569 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,507 点	1,490 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,357 点	1,341 点
【緩和ケア病棟入院料】		
１　緩和ケア病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	5,135 点	5,107 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	4,582 点	4,554 点
ハ　61 日以上の期間	3,373 点	3,350 点
２　緩和ケア病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	4,897 点	4,870 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	4,427 点	4,401 点
ハ　61 日以上の期間	3,321 点	3,298 点
【精神科救急急性期医療入院料】		
１　30 日以内の期間	2,420 点	2,400 点
２　31 日以上 60 日以内の期間	2,120 点	2,100 点
３　61 日以上 90 日以内の期間	1,918 点	1,900 点
【精神科急性期治療病棟入院料】		
１　精神科急性期治療病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	2,020 点	2,000 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	1,719 点	1,700 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	1,518 点	1,500 点
2　精神科急性期治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	1,903 点	1,885 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	1,618 点	1,600 点
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	1,466 点	1,450 点
【精神科救急・合併症入院料】		
1　30 日以内の期間	3,624 点	3,600 点
2　31 日以上 60 日以内の期間	3,323 点	3,300 点
3　61 日以上 90 日以内の期間	3,123 点	3,100 点
【児童・思春期精神科入院医療管理料】	3,016 点	2,995 点
【精神療養病棟入院料】	1,108 点	1,091 点
【認知症病棟入院料】		
1　認知症治療病棟入院料１		

	改定後 点数	現行 点数
イ　30 日以内の期間	1,829 点	1,811 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	1,521 点	1,503 点
ハ　61 日以上の期間	1,221 点	1,204 点
２　認知症治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	1,334 点	1,318 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	1,129 点	1,112 点
ハ　61 日以上の期間	1,003 点	988 点
【特定一般病棟入院料】		
１　特定一般病棟入院料１	1,168 点	1,152 点
２　特定一般病棟入院料２	1,002 点	987 点
【地域移行機能強化病棟入院料】	1,557 点	1,539 点
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】	2,229 点	2,129 点
（生活療養を受ける場合）	2,215 点	2,115 点

※　療養病棟入院基本料、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定一般入院料（注７の点数を算定する場合に限る。）及び短期滞在手術等基本料については各短冊を参照。

２．入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。

３．小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。また、既に当該指針の作成が要件となっている入院料等の施設基準については廃止する。

４．入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）の規定によるものとする。

改　定　案	現　　行
【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 　７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定	【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 　７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制につい

支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	て、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
８　（略）	８　（略）
９　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	（新設）
歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則 ６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。	歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則 ６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
７　（略）	７　（略）

８　第６号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、同号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	（新設）
［施設基準］ 第四　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 一～六　（略） 七　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。（小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。） 八　身体的拘束最小化の基準 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 第四　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 一～六　（略） （新設） （新設）
第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規	第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規

定する基準 一　第四の一から四まで及び八のいずれにも該当するものであること。 二　（略）	定する基準 一　第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。 二　（略）
別添２　入院基本料等の施設基準等 第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準	別添２　入院基本料等の施設基準等 第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。 １～４　（略） ５　栄養管理体制の基準 (1)　（略） (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。 (3)～(9)　（略）	入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。 １～４　（略） ５　栄養管理体制の基準 (1)　（略） (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。 (3)～(9)　（略）
６　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階におけ	（新設）

る医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 7　身体的拘束最小化の基準 (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。 (2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。 (3)　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。 (4)　当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。 (5)　身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア　身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。 イ　身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的と	（新設）

した薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。 ウ　入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。 (6)　(1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定による。	
８　（略）	６　（略）
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ①～⑤　（略） （削除） ⑥・⑦　（略）	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ①～⑤　（略） ⑥　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ⑦・⑧　（略）
第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） （削除）	第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） ４の11　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（１）のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について 「適切な意思決定支援に関する

４の11　（略） ※　有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準についても同様。	指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。 ４の12　（略）

［経過措置］

（１）令和６年３月 31 日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注７に規定する施設基準の届出を行っている病棟を除く。）については、令和７年５月 31 日までの間に限り、第四の七に該当するものとみなす。

（２）令和６年３月 31 日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和７年５月 31 日までの間に限り、第四の八に該当するものとみなす。

５．特定入院料について、一時的に施設基準を満たさなくなった場合に算定する点数が示されておらず、入院料そのものが算定できなくなっていることを踏まえ、特定入院料における施設基準を満たさなくなった場合の取扱いを明確化する。

［算定要件］

各特定入院料について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関の病棟又は病室において、一時的に施設基準を満たさなかった場合、当該病棟又は病室の病床区分に応じて、次に掲げる入院基本料の例により算定する。

（１）Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料の場合
急性期一般入院料６

（２）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟を除く。）の場合
地域一般入院料３

（３）Ａ３０６特殊疾患入院医療管理料、Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０９特殊疾患病棟入院料、Ａ３１０緩和ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３１７特定一般病棟入院料、Ａ３１９特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の場合
一般病棟入院基本料の特別入院基本料

（４）Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（療養病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（療養病棟に限る。）の場合
療養病棟入院基本料の入院料 27

（５）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟に限る）、Ａ３１１精神科救急急性期医療入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料、Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料、Ａ３１８地域移行機能強化病棟入院料
精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料

（６）Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、Ａ３１２精神療養病棟入院料 、Ａ３１４認知症治療病棟入院料の場合
精神病棟入院基本料の特別入院基本料

※　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料は（１）、地域包括医療病棟入院料は（２）、精神科地域包括ケア病棟入院料は（６）

と同様。

③　初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初診料を３点、再診料と外来診療料をそれぞれ２点引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	291 点	288 点
（情報通信機器を用いた場合）	253 点	251 点
（紹介のない場合）	216 点	214 点
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	188 点	186 点
（妥結率が低い場合）	216 点	214 点
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	188 点	186 点
（同一日２科目）	146 点	144 点
（同一日２科目・情報通信機器を用いた場合）	127 点	125 点
（同一日２科目・紹介のない場合）	108 点	107 点
（同一日２科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	94 点	93 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	108 点	107 点

	改定後 点数	現行 点数
（同一日２科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	94 点	93 点
【再診料】		
再診料	75 点	73 点
（情報通信機器を用いた場合）	75 点	73 点
（妥結率が低い場合）	55 点	54 点
（同一日２科目）	38 点	37 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	28 点	27 点
【外来診療料】		
外来診療料	76 点	74 点
（情報通信機器を用いた場合）	75 点	73 点
（紹介がない場合）	56 点	55 点
（妥結率が低い場合）	56 点	55 点
（同一日２科目）	38 点	37 点
（同一日２科目・紹介がない場合）	28 点	27 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	28 点	27 点

④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．初診料及び再診料を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【初診料】 １　歯科初診料　267点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　291点 【再診料】 １　歯科再診料　58点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　75点	【初診料】 １　歯科初診料　264点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　288点 【再診料】 １　歯科再診料　56点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点

２．歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【支台築造（１歯につき）】 １　間接法 イ　メタルコアを用いた場合 (1)　大臼歯　181点 (2)　小臼歯及び前歯　155点 ロ　ファイバーポストを用いた場合 (1)　大臼歯　211点 (2)　小臼歯及び前歯　180点 【金属歯冠修復（１個につき）】 １　インレー	【支台築造（１歯につき）】 １　間接法 イ　メタルコアを用いた場合 (1)　大臼歯　176点 (2)　小臼歯及び前歯　150点 ロ　ファイバーポストを用いた場合 (1)　大臼歯　196点 (2)　小臼歯及び前歯　170点 【金属歯冠修復（１個につき）】 １　インレー

イ　単純なもの　192点 ロ　複雑なもの　287点 ２　４分の３冠（前歯）　372点 ３　５分の４冠（小臼歯）　312点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　459点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　195点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 2,800点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　624点 ロ　５歯から８歯まで　767点 ハ　９歯から11歯まで　1,042点 ニ　12歯から14歯まで　1,502点 ２　総義歯（１顎につき）　2,420点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　260点 ２　二腕鉤　240点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　227点 ２　二腕鉤（レストつき）　159点 ３　レストのないもの　134点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 246点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　550点	イ　単純なもの　190点 ロ　複雑なもの　284点 ２　４分の３冠（前歯）　370点 ３　５分の４冠（小臼歯）　310点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　190点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 2,600点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　594点 ロ　５歯から８歯まで　732点 ハ　９歯から11歯まで　972点 ニ　12歯から14歯まで　1,402点 ２　総義歯（１顎につき）　2,184点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　255点 ２　二腕鉤　235点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　224点 ２　二腕鉤（レストつき）　156点 ３　レストのないもの　132点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 236点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点

⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、調剤基本料の評価を見直す。

２．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

３．連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

４．オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

改　定　案		現　　行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
１　調剤基本料１	45点	１　調剤基本料１	42点
２　調剤基本料２	29点	２　調剤基本料２	26点
３　調剤基本料３		３　調剤基本料３	
イ	24点	イ	21点
ロ	19点	ロ	16点
ハ	35点	ハ	32点
４　特別調剤基本料Ａ	５点	（新設）	

［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき３点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉘」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－①」を参照のこと。	［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） （新設） （新設）

５．閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における自治体からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。
「Ⅲ－８－③」を参照のこと。

※　特別調剤基本料の評価の見直しについては、「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

①　医師事務作業補助体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の評価を見直すとともに、医師事務作業補助体制加算１の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改　定　案	現　　行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
１　医師事務作業補助体制加算１	１　医師事務作業補助体制加算１
イ　15対１補助体制加算　1,070点	イ　15対１補助体制加算　1,050点
ロ　20対１補助体制加算　855点	ロ　20対１補助体制加算　835点
ハ　25対１補助体制加算　725点	ハ　25対１補助体制加算　705点
ニ　30対１補助体制加算　630点	ニ　30対１補助体制加算　610点
ホ　40対１補助体制加算　530点	ホ　40対１補助体制加算　510点
ヘ　50対１補助体制加算　450点	ヘ　50対１補助体制加算　430点
ト　75対１補助体制加算　370点	ト　75対１補助体制加算　350点
チ　100対１補助体制加算　320点	チ　100対１補助体制加算　300点
２　医師事務作業補助体制加算２	２　医師事務作業補助体制加算２
イ　15対１補助体制加算　995点	イ　15対１補助体制加算　975点
ロ　20対１補助体制加算　790点	ロ　20対１補助体制加算　770点
ハ　25対１補助体制加算　665点	ハ　25対１補助体制加算　645点
ニ　30対１補助体制加算　580点	ニ　30対１補助体制加算　560点
ホ　40対１補助体制加算　495点	ホ　40対１補助体制加算　475点
ヘ　50対１補助体制加算　415点	ヘ　50対１補助体制加算　395点
ト　75対１補助体制加算　335点	ト　75対１補助体制加算　315点
チ　100対１補助体制加算　280点	チ　100対１補助体制加算　260点
［施設基準］	［施設基準］
第４の２　医師事務作業補助体制加算	第４の２　医師事務作業補助体制加算
２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準	２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準

当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。	当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

②　特定集中治療室管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。

② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．ＳＯＦＡスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

２．重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化については、Ⅱ－４－⑦を参照。

３．特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。

○　「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。

○　重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、Ａ得点が３点以上であることからＡ得点が２点以上であることに変更する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】	【特定集中治療室管理料】
１　特定集中治療室管理料１	１　特定集中治療室管理料１
イ　７日以内の期間　14,406点	イ　７日以内の期間　14,211点
ロ　８日以上の期間　12,828点	ロ　８日以上の期間　12,633点

２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,406点 (2)　８日以上の期間　12,828点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,406点 (2)　８日以上60日以内の期間　13,028点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,890点 ロ　８日以上の期間　8,307点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,890点 (2)　８日以上の期間　8,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,890点 (2)　８日以上60日以内の期間　8,507点 ５　特定集中治療室管理料５ イ　７日以内の期間　8,890点 ロ　８日以上の期間　7,307点 ６　特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　8,890点 (2)　８日以上の期間　7,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　8,890点 (2)　８日以上60日以内の期間　7,507点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分	２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,211点 (2)　８日以上の期間　12,633点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,211点 (2)　８日以上60日以内の期間　12,833点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上の期間　8,118点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,697点 (2)　８日以上の期間　8,118点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,697点 (2)　８日以上60日以内の期間　8,318点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分

（特定集中治療室管理料２、４及び６に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２、４及び６に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ⑥　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を８割以上入院させる治療室であること。 ⑦　入室時に重症な患者の受入	（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ⑥　次のいずれかに該当すること。 （一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。 （二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。 （新設）

れにつき、十分な実績を有していること。	
ロ　（略）	ロ　（略）
ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準	ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準
④　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を７割以上入院させる治療室であること。	④　次のいずれかに該当すること。 （一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。 （二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
⑤　入室時に重症の患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。	（新設）
ニ　（略）	ニ　（略）
ホ　特定集中治療室管理料５の施設基準	（新設）
①　イの①、③及び④を満たすものであること。	
②　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。	
③　ハの③を満たすものであること。	
④　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を７割以上入院させる治療室であること。	
⑤　届出時点で、継続して３月以上、特定集中治療室管理料	

１、２、３若しくは４又は救命救急入院料を算定していること。 へ　特定集中治療室管理料６の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　ホを満たすものであること。 ②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で８割以上いること。 （中略） (11)　（略） （削除） (12) 直近12か月の間に新たに治療	１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は８割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は７割以上いること。 （中略） (11)　（略） (12) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式 43 を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月までに届け出ること。 （新設）

室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者が10%以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。	
２　（略）	２　（略）
３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で７割以上いること。 （中略）	３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は７割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は６割以上いること。 （中略）
(5) 直近12か月の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア３以上の患者が10%以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。	（新設）
４　（略）	４　（略）
５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を２名組み合わせることによ	（新設）

り、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する 600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。 (3) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり９平方メートル以上であること。 (4) 特定集中治療室管理料１の(5)から(9)まで及び(11)を満たすこと。 (5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で７割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設	

基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。なお、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 ６　特定集中治療室管理料６に関する施設基準 (1) 特定集中治療室管理料５の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。	（新設）

［経過措置］

(1) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３若しくは特定集中治療室管理料４又は救命救急入院料２若しくは４に係る届出を行っている治療室（特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室６に係る届出を行う治療室を含む。）については、令和６年９月 30 日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑥、ロの①（イの⑥に限る。）、ハの④、ニの①（ハの④に限る。）、ホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(2) 令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料１又は救命救急入院料３に係る届出を行っている治療室については、令和６年９月 30 日までの間に限り、第九の三の(1)のホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(3) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集

中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている治療室については、令和６年９月30日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑦、ロの①（イの⑦に限る。）、ハの⑤又はニの①（ハの⑤に限る。）に該当するものとみなす。

(4) 特定集中治療室管理料５又は６に係る届出を行う治療室については、令和８年５月 31 日までの間に限り、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週 20 時間以上配置する要件について、該当するものとみなす。

４．治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 1　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(8)（略） (9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとす	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 1　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(8)（略） (9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとするこ

ること。 (10)～(13)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師でないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(5)（略） ４　（略） ５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2)～(6)　（略） ※　救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料についても同様	と。 (10)～(12)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(4)（略） ４　（略） （新設）

５．治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔 ICU モニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１～６（略）	【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１～６（略）

7　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等	［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等
(9) 特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 他の保険医療機関（(10)の基準を満たす保険医療機関に限る。）と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。	（新設）
(10) 特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ　特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。	（新設）
12　特定集中治療室管理料の「注７」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準	（新設）

被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関の施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。 (1) 被支援側医療機関における施設基準 ア　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６の届出を行っていること。 イ　支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。 ウ　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。 (2) 支援側医療機関における施設基準 ア　特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。 ウ　特定集中治療の経験を５年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以	

上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。 エ　特定集中治療の経験を５年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。 オ　ウの職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が30又はその端数を増すごとに１以上であること。 カ　被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。 キ　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。 13・14　（略） ［経過措置］ 　特定集中治療室遠隔支援加算における支援側医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、施設基準のうち⑵イに該当するものとみなす。	10・11　（略） ［経過措置］

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－③】

③　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

第１　基本的な考え方

病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。

２．必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする。

改　定　案	現　　行
【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア　（略） イ　アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連	【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア　（略） イ　アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカ

携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること。	ンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。
ウ　処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。	ウ　当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。
エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。	エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。
オ　イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。	（新設）
カ　(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。	（新設）
(2) ～(6)　（略）	(2) ～(6)　（略）
(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、	(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。	「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

第１　基本的な考え方

病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算１について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新）　薬剤業務向上加算　100 点

［算定要件］

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。

（２）都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

⑤　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。

（１）やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時１人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。

（２）（１）の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。

（３）「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。

（４）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。

（５）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん患者指導管理料のロ」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。

（６）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に医師の研修要件を追加する。

（７）患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。

（８）患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。

（９）外来化学療法の体制（24 時間対応できる体制があること等）について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】 １　外来腫瘍化学療法診療料１ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　800点 (2) ４回目以降　450点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 ２　外来腫瘍化学療法診療料２ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　600点 (2) ４回目以降　320点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点 ３　外来腫瘍化学療法診療料３ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　540点 (2) ４回目以降　280点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点	【外来腫瘍化学療法診療料】 １　外来腫瘍化学療法診療料１ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 ２　外来腫瘍化学療法診療料２ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点 （新設）
［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイの(1)、２のイの(1)及び３のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。 ３　１のイの(2)、２のイの(2)及び３のイの(2)については、１のイの(1)、２のイの(1)又は３のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。 ４　１のロについては、次に掲げ	［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。 ３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 （新設）

るいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 ア　１のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 イ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	
５　２のロ及び３のロについては、２のイの(1)若しくは(2)又は３のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	（新設）
６～９　（略）	４～７　（略）
(1)（略） (2)「１」の「ロ」、「２」の「ロ」及び「３」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 また、外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受	(1)（略） (2)「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

診した場合には、「１」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により当該外来腫瘍診療料３の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。 　なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。	
(3)～(6)（略）	(3)～(6)（略）
(7)　「注８」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 　ア～オ　（略）	(7)　「注６」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 　ア～オ　（略）
(8)　（略）	(8)　（略）
［施設基準］	［施設基準］
(1)外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準	(1)外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準
イ～ハ　（略）	イ～ハ　（略）
ニ　当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。	（新設）
ホ　がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
(2)（略）	(2)（略）
(3)　外来腫瘍化学療法診療料３の施設基準	（新設）
イ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。	
ロ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分	

な体制が整備されている別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。 ハ　(1)のロを満たすものであること。	
(4)・(5)（略）	(3)・(4)（略）
第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料	第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料
１　外来腫瘍化学療法診療料１	１　外来腫瘍化学療法診療料１
(1)～(7)（略）	(1)～(7)（略）
(8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。	（新設）
(9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料のロの届出を行っていることが望ましい。	（新設）
(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。 ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等	（新設）
(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。	（新設）
(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。	（新設）
(13) 外来腫瘍化学療法診療料３の	（新設）

届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	
(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(新設)
(15) (5)、(6)、(7)及び(13)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	(新設)
2 外来腫瘍化学療法診療料2 (1) 1の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2)～(3) (略)	2 外来腫瘍化学療法診療料2 (1) 1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。 (2)～(3) (略)
3 外来腫瘍化学療法診療料3 (1) 1の(1)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。 (3) 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(新設)

(4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 (5) 当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に１回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。 (6) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。 ［経過措置］ 令和７年５月31日までの間に限り、１の(15)又は３の(4)を満たすものとする。	

２．医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

（新）　がん薬物療法体制充実加算　100 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り 100 点を所定点数に加算する。

［施設基準］
　化学療法を実施している患者の薬学的管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

第１　基本的な考え方

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

第２　具体的な内容

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。また、当該４項目以上	【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点

にコが含まれることが望ましいこと。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。 ※　夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対１配置加算１、看護職員16対１配置加算１、夜間看護体制加算（看護補助加算）、看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）、看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）、時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料）も同様。	については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

②　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．施設基準の届出について、１つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。

２．レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。

３．施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

①　地域医療体制確保加算の見直し

第１　基本的な考え方

より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア　令和６年度においては、	【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 （新設）

1,785時間以下 イ　令和７年度においては、 1,710時間以下 (5)　（略）	(4)　（略）

②　勤務医の働き方改革の取組の推進

第１　基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について要件を見直す。

第２　具体的な内容

処置及び手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

改　定　案	現　　行
【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ ７　当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。 (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 （中略）	【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ ７　当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。 (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 （中略）

ア・イ　（略） ［経過措置］ 　令和６年３月31日時点で休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている保険医療機関については、７に係る規定は令和８年５月31日までの間に限り、なお従前の例による。 ※　休日加算１及び深夜加算１についても同様。	ア・イ　（略） ［経過措置］ （新設）

【Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－①】

①　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

【Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－②】

②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。

２．看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和７年６月１日以降より適用する。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。 イ　看護補助体制充実加算１	【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。

20点 ロ　看護補助体制充実加算２ ５点	
(7)　「注４」に規定する看護補助体制充実加算１又は看護補助体制充実加算２は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである。	(7)　「注４」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。
(8)　「注４」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算２の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算１の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 （新設）
(10) 看護補助体制充実加算２の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。	(9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。
10　看護補助体制充実加算の施設基準 (1) 看護補助体制充実加算１の施設基準 イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が５割以上配置されていること。	10　看護補助体制充実加算の施設基準 （新設）
ロ・ハ　（略）	(1)・(2)　（略）
ニ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助	（新設）

者の育成や評価に活用していること。 (2) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (1)のロ及びハを満たすものであること。 ［経過措置］ 令和６年３月31日時点で看護補助体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月30日までの間に限り、10の(1)のイ及びニの基準を満たしているものとみなす。 ※　看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様。	（新設） ［経過措置］ （新規）

３．看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。 【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り176点を更に所定点数に加算する。	【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。 【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

【障害者施設等入院基本料】 注11　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り161点を所定点数に加算する。	【障害者施設等入院基本料】 注10　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化

第１　基本的な考え方

感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

第２　具体的な内容

感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームに専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［施設基準］ １　感染対策向上加算１の施設基準 (2)　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び	【感染対策向上加算】 ［施設基準］ １　感染対策向上加算１の施設基準 (2)　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合

介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月１0時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。 イ　指定介護老人福祉施設 ロ　指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ　介護老人保健施設 ニ　介護医療院 ホ　指定特定施設入居者生活介護事業所 ヘ　指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ト　指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 チ　指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ヌ　指定障害者支援施設 ル　指定共同生活援助事業所 ヲ　指定福祉型障害児入所施設 （中略）	には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。 （中略）
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する

専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） (3)　(1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 (4)～(14)　（略） ※　外来緩和ケア管理料も同様。	専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） （新設） (3)～(13)　（略）
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 1　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (2)　褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合又は介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただ	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 1　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (2)　褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

し、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。	

④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な 24 時間対応体制の確保を推進する観点から、24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月１回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 イ　24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　6,800 円 ロ　イ以外の場合　6,520 円 ［施設基準］	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400 円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 ［施設基準］

六　訪問看護管理療養費の基準 (4) 訪問看護管理療養費の注２に規定する24時間対応体制加算の基準 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合には、24時間対応体制における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。	六　訪問看護管理療養費の基準 (4) 訪問看護管理療養費の注２に規定する24時間対応体制加算の基準 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 （新設）
[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (3) 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。 ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで ウ　夜間対応後の暦日の休日確保 エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減 カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保	[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 （新設）

２．24 時間対応体制加算について、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 なお、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」という。）でも差し支えない。 ア　看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。 イ　緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。 ウ　当該訪問看護ステーション	[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 （新設）

の管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。 エ　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。 オ　アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。 カ　指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式２を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。	

①　時間外対応加算の見直し

第１　基本的な考え方

近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

１．時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

２．時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【時間外対応加算】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 ロ　時間外対応加算２　４点 ハ　時間外対応加算３　３点 ニ　時間外対応加算４　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等	【時間外対応加算】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 （新設） ロ　時間外対応加算２　３点 ハ　時間外対応加算３　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等

により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。
(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	（新設）
(3) 時間外対応加算３の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にあること。	(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。
(4) （略）	(3) （略）
第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じ	第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。 ３　時間外対応加算２に関する施設基準 　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。	（新設）
４ 時間外対応加算３に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしていると見なすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であ	３ 時間外対応加算２に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ってもも、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。 (2)　（略）	(2)　（略）
５・６　（略）	４・５　（略）
【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 ２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算２又は時間外対応加算４に係る届出を行っていること。 イ　（略）	【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算２に係る届出を行っていること。 ２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 イ　（略）

②　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

③　超急性期脳卒中加算の見直し

第１　基本的な考え方

医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域に所在する医療機関について、専門的な施設との連携の下で、脳梗塞発症後に t-PA 療法を迅速に実施した場合に、超急性期脳卒中加算を算定可能とする。
２．超急性期脳卒中加算の施設基準のうち、専門的な施設との連携の下で脳卒中の診療を行う医療機関について、専用の治療室及び脳外科的処置が迅速に行える体制の整備に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医	【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

師が一名以上配置されていること。 ２　（略） ロ・ハ　（略） １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。 (ﾛ)・(ﾊ)　（略） (2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。 (3)　(1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。 (4)・(5)　（略）	２　（略） ロ・ハ　（略） １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。 (ﾛ)・(ﾊ)　（略） (2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。 (3)　脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。 (4)・(5)　（略）

④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

第１　基本的な考え方

脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により、脳梗塞の患者に対する血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて患者を基幹施設に転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【経皮的脳血栓回収術】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急	【経皮的脳血栓回収術】 ［算定要件］ （新設）

性期脳卒中加算は算定できない。 【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、Ｋ１７８－４（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、経皮的脳血栓回収術（脳血栓回収療法連携加算を算定する場合に限る。）、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）	【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）

２．基幹施設との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、基幹施設に助言を求めた上で血栓回収療法の適応の判断を行うことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 第３　超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1)　次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 （イ）～（ハ） （ニ）　関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。 (2)～(5)　（略） (6)　令和６年３月31日時点で超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、１の(1)のイの(ニ)の基準を満たしているものとみなす。	【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 第３　超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1)　次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 （イ）～（ハ） （新設） (2)～(5)　（略）

⑤　DPC／PDPS の見直し

「Ⅱ－４－㉒」を参照のこと。

⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟等に関する評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） ６　回復期リハビリテーション入院医療管理料　1,859点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,845点） ［算定要件］ 注１　１から５までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、６については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、当該基準に係る区分に	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） （新設） ［算定要件］ 注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、

従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。	当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。
２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。	２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。
３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続	３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続

管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。	管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
４・５　（略）	４・５　（略）
［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (1)　通則 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させる一般病棟又は療養病棟	［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (1)　通則 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟

の病棟又は病室を単位として行うものであること。	の病棟単位で行うものであること。
ロ～ニ　（略）	ロ～ニ　（略）
ホ　当該病棟又は病室を有する病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。	ホ　当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ヘ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までを算定する病棟及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室を有する病棟であって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。	ヘ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までであって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ト　当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。	ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。
チ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日	チ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以

に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。	上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
（削除）	リ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては、二名）以上配置されていること。
リ・ヌ　（略）	ヌ・ル　（略）
(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準	(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準
イ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が三名以上、作業療法士が二名以上配置されていること。	（新設）
ロ～リ　（略）	イ～チ　（略）
ヌ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ル　（略）	リ　（略）
(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準	(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準
(2)のイ、ロ及びニからヌまでを満たすものであること。	(2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準	(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準

イ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ～ホ　（略）	イ～ニ　（略）
ヘ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ト　（略）	ホ　（略）
(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準 (4)のイからヘまでを満たすものであること。	(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準 (4)のイからニまでを満たすものであること。
(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準	(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準
イ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ハ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 イ　当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士が一名以上、専任の常勤の作業療法士が１名以上配置されていること。 ロ　当該病室において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ハ　当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が７割以上であること。 ニ　当該病室において、新規入院患者のうち四割以上が別表第九に掲げる脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳	（新設）

炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態に該当する患者であること。 ホ　当該病室において、重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。 へ　別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該保険医療機関を中心とした半径十二キロメートル以内に当該病院以外の医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までを届出していないこと。 ト　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 チ　病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。	

２．医療資源の少ない地域において、地域包括ケア病棟入院料２及び４の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限り、別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関を除く。）において、入院患者に占める、	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が

当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料４についても同様。	六割未満であること。

３．医療資源の少ない地域において、在宅療養支援診療所・病院に係る24時間の往診体制の要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等といる場合に情報通信機器を用いた診療が実施できる体制を整備することで要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1)　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ハ　（略） 二　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。 ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ホ～ワ　（略） (2)　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1)　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ハ　（略） 二　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。 ホ～ワ　（略） (2)　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に

あっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ロ　（略） ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 二～ヲ　（略） (3)　次のいずれにも該当するものであること。 イ・ロ　（略） ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りで	あっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ロ（略） ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。 二～ヲ　（略） (3)　次のいずれにも該当するものであること。 イ・ロ（略） ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ない。 ※　在宅療養支援病院についても同様。	

⑦　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第８次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

第２　具体的な内容

医療資源の少ない地域について、第８次医療計画における二次医療圏の見直しの予定に対応するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

改　定　案	現　　行
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域
一～三　（略）	一～三　（略）
（削除）	四　北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
四～十　（略）	五～十一　（略）
（削除）	十二　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
十一　秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	十三　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
（削除）	十四　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十二～十五　（略）	十五～十八　（略）
十六　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	（新設）
十七～二十七　（略）	十九～二十九　（略）
（削除）	三十　島根県大田市及び邑智郡の地域
二十八～三十七　（略）	三十一～四十　（略）
（中略）	（中略）

［経過措置］ 　令和６年３月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和８年５月31日までの間、なお効力を有するものとする。	［経過措置］ （新設）

①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第１　基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ 注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	【初診料】 ［算定要件］ 注15　初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。

【再診料】 ［算定要件］ （削除） 注19　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 ※ 外来診療料についても同様。 ［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報取得加算の施設基準 （略）	【再診料】 ［算定要件］ 注18　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。 （新設） ［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 （略）

【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報取得加算の施設基準 (1)～(3)　略	【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1)～(3)　略

②　医療 DX 推進体制整備加算の新設

第１　基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算　　８点

［算定要件］

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

［施設基準］

（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

（３）医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。

（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（７）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（８）（７）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
（９）現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、Ｂ００１－２に掲げる小児科外来診療料、Ｂ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料、Ｂ００１－２－11 に掲げる小児かかりつけ診療料及びＢ００１－２－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]
（１）令和７年３月 31 日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和７年９月 30 日までの間に限り、（５）の基準に該当するものとみなす。
（３）（６）の基準については、令和６年 10 月１日から適用する。
（４）令和７年５月 31 日までの間に限り、（８）の基準に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算
（歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料）　６点

[算定要件]
医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を

有していること。
（３）歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（７）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（８）（７）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
（９）現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、Ｂ００４－１－６に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００４－１－７に掲げる外来放射線照射診療料及びＢ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]
（１）令和７年３月 31 日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和７年９月 30 日までの間に限り、（５）の基準に該当するものとみなす。
（３）（６）の基準については、令和６年 10 月１日から適用する。
（４）令和７年５月 31 日までの間に限り、（８）の基準に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算（調剤基本料）　４点

[算定要件]
医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[施設基準]
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使

用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
（５）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
（６）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（７）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（８）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
（９）（８）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]
（１）令和７年３月 31 日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和７年９月 30 日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。
（３）（７）の基準については、令和６年 10 月１日から適用する。
（４）令和７年５月 31 日までの間に限り、（９）の基準に該当するものとみなす。

③　在宅医療における医療 DX の推進

第１　基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療 DX 情報活用加算　10 点

［対象患者］

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療 DX 情報活用加算として、月１回に限り 10 点を所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる初診料の注●●、区分番号Ａ●●に掲げる再診料の注●●若しくは区分番号Ａ●●に掲げる外来診療料の注●●にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ●●に掲げる初診料の注●●に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ●●に掲げる在宅がん医療総合診療料の注●●に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ●●に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注●●（区分番号Ｃ●●の注●●により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ●●に掲げる精神科訪問看護・指導料の注●●にそれぞれ規定する

訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準]
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（５）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]
（１）令和７年３月31日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和７年９月30日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（３）令和７年５月31日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。

（※）在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

２．医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、処方箋を交付する場合の在宅がん医療総合診療料の点数を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅がん医療総合診療料】 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受	【在宅がん医療総合診療料】 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受

けるために処方箋を交付する場合　1,798点 (2) 処方箋を交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,648点 (2) 処方箋を交付しない場合　1,850点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,493点 ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点	けるために処方箋を交付する場合　1,800点 (2) 処方箋を交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点 (2) 処方箋を交付しない場合　1,850点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点 ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点

３．在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

（新）　訪問看護医療DX情報活用加算　５点

［対象患者］

在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く）が、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、月に１回に限り、５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ●●に掲げる初診料の注●●、区分番号Ａ●●に掲げる再診料の注●●若しくは区分番号Ａ●●に掲げる外来診療料の注●●にそれぞれ規定する医療

情報取得加算、区分番号Ａ●●に掲げる初診料の注●●に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ●●に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）の注●●（区分番号Ｃ●●の注●●の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号Ｃ●●に掲げる在宅がん医療総合診療料の注●●にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号●●に掲げる精神科訪問看護・指導料の注●●に規定する在宅医療 DX 情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療 DX 情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

（１)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

（３）医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。

４．歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療 DX 情報活用加算（歯科訪問診療料）　８点

[対象患者]

歯科訪問診療料を算定する患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療 DX 情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番

号Ａ●●に掲げる初診料の注●●若しくは区分番号Ａ●●に掲げる再診料の注●●にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号Ａ●●に掲げる初診料の注●●に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

（３）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

（５）医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

（１）令和７年３月 31 日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。

（２）令和７年９月 30 日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。

（３）令和７年５月 31 日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。

④　訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設

第１　基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

指定訪問看護ステーションにおいて、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　訪問看護医療 DX 情報活用加算　50 円

［対象患者］
訪問看護管理療養費を算定する者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療 DX 情報活用加算として、月１回に限り、50 円を所定額に加算する。

［施設基準］
（１）訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。

（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］

令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

第１　基本的な考え方

救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、救急時医療情報閲覧機能を有していること。また、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ １の(5)及び２の(4)に係る救急時	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ (新設)

医療情報閲覧機能の要件については、令和７年４月１日以降に適用するものとする。	
【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） ウ　救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） （新設）
［経過措置］ １の(5)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和７年４月１日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）
【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 (8)　当該病院において救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 （新設）
２　救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の(1)から(5)まで及び(8)の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。	２　救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。
［経過措置］ １の(8)及び２（救命救急入院料１の(8)に限る。）に規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和７年４月１日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）

⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進

第１　基本的な考え方

へき地医療において、患者が看護師等といる場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院が D to P with N を実施する場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with N を実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新）　看護師等遠隔診療補助加算　50 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

［施設基準］

患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

第１　基本的な考え方

指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略）	【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略）

(3)　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者 イ　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。） ロ　難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者	(3)　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者 　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、218点を算定する。	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準等	［施設基準］ 六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準 電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（削除）	
(1)　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準	（新設）

電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３の施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）

⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

第１　基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングの実態を踏まえ、要件及び評価を見直す。
２．小児特定疾患カウンセリング料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 初回　800点 (2) 初回のカウンセリングを行った日後１年以内の期間に行った場合 ①　月の１回目　600点 ②　月の２回目　500点 (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して２年以内の期間に行った場合（(2)の場合を除く。） ①　月の１回目　500点 ②　月の２回目　400点 (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して４年以内の期間に行った場合（(2)及び(3)の場合を除く。）　400点 ロ　（略）	【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 月の１回目　500点 (2) 月の２回目　400点 ロ　（略）

［算定要件］ 注１　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り、算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②若しくは(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点若しくは348点を算定する。	［算定要件］ 注　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 （新設）
［施設基準］ (2)の２の２　小児特定疾患カウンセリング料の注２に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行	［施設基準］ （新設）

うにつき十分な体制が整備されていること。	

⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 12　１のハの(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ 357 点又は 274 点を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注３から注５まで及び注７から注 11 までに規定する加算は別に算定できない。	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 一の一の九　通院・在宅精神療法の注 12 に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法	［施設基準］ （新設）

を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

２．情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。

改　定　案	現　　行
【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 第１　情報通信機器を用いた診療 １　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。 ア～ウ　（略） エ　情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。 (2)　（略）	【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 第１　情報通信機器を用いた診療 １　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。 ア～ウ　（略） （新設） (2)　（略）

⑪　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

初診料及び再診料等について、情報通信機器を用いて歯科診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　233 点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　51 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者に対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合は、院内感染防止対策に関する届出の有無にかかわらず、歯科初診料又は地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、233 点を算定する。

（新）　歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）　148 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて 148 点を算定する。

（新）　小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　53 点

[算定要件]
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて 53 点を算定する。

（新）　口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　53 点

[算定要件]
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて 53 点を算定する。

[施設基準] ※再診料、歯科特定疾患療養管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料についても同様。
　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑫　歯科遠隔連携診療料の新設

第１　基本的な考え方

口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

口腔がん手術後の経過観察等、専門性が求められる疾患の患者の診療について、事前に診療情報を共有した上で、近隣の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　歯科遠隔連携診療料　500 点

［対象患者］
以下のいずれかに該当する患者
（１）　口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
（２）　口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該疾患に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

［施設基準］
情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備され

ていること。

⑬　超急性期脳卒中加算の見直し

「Ⅰ－６－③」を参照のこと。

⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

「Ⅰ－６－④」を参照のこと。

⑮　診療録管理体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が 400 床以上の保険医療機関から許可病床数が 200 以上の保険医療機関に拡大する。

２．医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施についても新たに評価を行う。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　140点 ２　診療録管理体制加算２　100点 ３　診療録管理体制加算３　30点 ［施設基準］ 七　診療録管理体制加算の施設基準 (1)　診療録管理体制加算１ イ～ホ　（略） ヘ　非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。 (2)　診療録管理体制加算２ (1)のイからホを満たすものであること。	【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　100点 ２　診療録管理体制加算２　30点 （新設） ［施設基準］ 七　診療録管理体制加算の施設基準 (1)　診療録管理体制加算１ イ～ホ　（略） （新設） (2)　診療録管理体制加算２ イ　(1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。 ロ　診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

	ハ　入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。
(3)　診療録管理体制加算３ イ　(1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。 ロ　診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。	（新設）
１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7)　以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。）に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区	１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7)　以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区

分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が200床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、令和６年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上399床未満のものに限る。）については、令和７年５月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 (11) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。 (12) 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年１回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。	分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、当該保険医療機関は、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 （新設） （新設）
２　診療録管理体制加算２に関する	２　診療録管理体制加算２に関する

施設基準 (1)　１の(1)から(10)までを満たしていること。	施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)　１名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3)　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4)　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5)　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
３　診療録管理体制加算３に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)　１名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3)　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4)　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5)　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。	（新設）

⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

第１　基本的な考え方

健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた療養に係る指導管理に対する評価を新設する。

第２　具体的な内容

特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器を用いた医学管理等を行った場合の評価を医学管理料として新設するとともに、区分番号Ｂ１００に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算を廃止する。

（新）　プログラム医療機器等指導管理料　90 点

［対象患者］
主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）を用いた療養を行う患者

［算定要件］
主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合に、プログラム医療機器等指導管理料として、月に１回に限り算定する。

［施設基準］
プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（新）　導入期加算　50 点

［算定要件］
プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った月においては、導入期加算として所定点数に加算する。

⑰　診療報酬における書面要件の見直し

第１　基本的な考え方

医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第２　具体的な内容

１．文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ ９　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者	［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ （新設）

（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添２歯科診療報酬点数表に関する事項、別添３調剤報酬点数表に関する事項についても同様。 ［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、	［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添６の通則についても同様。	

２．診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） 　様式11について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。	［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） （新設）

⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

第１　基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第２　具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

改　定　案	現　　行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 ２　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 （新設） （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか

じめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	じめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
５　保険医療機関は、原則として、第４項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（保険外併用療養費に係る療養の基準等）	（保険外併用療養費に係る療養の基準等）
第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
３　保険医療機関は、原則として、第２項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】
（掲示）
第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
２　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。

※　「厚生労働大臣が定める事項」については、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」において、次のとおりとされている。

・　厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること
・　診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項
・　保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する掲示
・　役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】
（掲示）
第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
（新設）

用の支払が法令の規定に基づくものを除く。） ・　予約診察を行う日時及び予約料 ・　金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項 ・　う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項 ・　調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等 ・　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項	
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（次項において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。 （新設）
【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）	【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ホ　ニの後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ※　算定告示別表第一医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料（以下「一般病棟入院基本料等」という。）、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第２の医科点数表第２章第10部手術通則第５号及び第６号並びに歯科点数表第２章第９部手術通則第４号に掲げる手術についても同様。 　算定告示別表第二歯科診療報酬点数表のうち、第一章第一部初・再診料第一節初診料の注１、地域歯科診療支援病院歯科初診料、初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の注10、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料等、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２についても同様。	ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 （新設）

［経過措置］
本改正に際し、令和７年５月 31 日までの経過措置を設ける。

⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第１　基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

（新）　地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90 日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。

（２）別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の 100 分の５に相当する点数を減算する。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

［施設基準］

（１）病院の一般病棟を単位として行うものであること。

（２）当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以

上であることとする。

（３）当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

（４）当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が２名以上配置されていること。

（５）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

（６）入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

（７）当該病棟に入院中の患者に対して、ADL 等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。

（８）次のいずれかに該当すること。

イ　当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表１の基準を満たす患者の割合が別表２のとおりであること。

ロ　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表１の基準を満たす患者の割合が別表２のとおりであること。

別表１

基準①：当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上
	Ａ得点が３点以上
	Ｃ得点が１点以上
基準②：新たに入棟した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のＢ得点が３点以上

別表２

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	１割６分以上	１割５以上
基準②の割合	５割以上	

（９）当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日以内であること。

（10）当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が８割以上であること。

（11）当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が５分未満であること。

（12）当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により

緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上であること。

(13) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。

(14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(15) 特定機能病院以外の病院であること。

(16) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

(17) 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。

(18) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(19) 入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(20) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が 100 床未満のものであること。

(21) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか１病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に２未満となった日

イ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員１を含む２以上であること。ただし、入院患者数が 30 人以下の場合にあっては、看護職員の数が１以上であること。

（新）　初期加算（１日につき）　150 点

[算定要件]

入院した日から起算して 14 日を限度として、初期加算として、１日につき所定点数に加算する。

（新）　看護補助体制加算（１日につき）

25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）

240 点

25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）

	220 点
50 対１看護補助体制加算	200 点
75 対１看護補助体制加算	160 点

[算定要件]

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、１日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに１に相当する数以下であること。

ハ　当該病棟において、看護補助者の最小必要数の５割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。

ニ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

（２）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）の施設基準

（１）のイ、ロ及びニを満たすものであること。

（３）50 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（４）75 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（新）　夜間看護補助体制加算（１日につき）

夜間 30 対１看護補助体制加算	125 点
夜間 50 対１看護補助体制加算	120 点

夜間100対１看護補助体制加算　　105点

［算定要件］
夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）夜間30対１看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（２）夜間50対１看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（３）夜間100対１看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　　71点

［算定要件］
夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
（２）夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）
看護補助体制充実加算１　　25点
看護補助体制充実加算２　　15点

看護補助体制充実加算３　　５点

［算定要件］

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により算定する。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和７年６月１日以降より適用する。

［施設基準］

（１）看護補助体制充実加算１の施設基準

イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

ロ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。

ハ　看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の（４）の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

ニ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していること。

ホ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

（２）看護補助体制充実加算２の施設基準

（１）のロからホを満たすものであること。

（３）看護補助体制充実加算３の施設基準

（１）のハ及びニを満たすものであること。

（新）　看護職員夜間 12 対1配置加算（１日につき）

看護職員夜間 12 対１配置加算１　　110 点

看護職員夜間12対１配置加算２　90点

（新）　看護職員夜間16対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間16対１配置加算１　70点

看護職員夜間16対１配置加算２　45点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）看護職員夜間12対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、３以上であることとする。

ロ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ハ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（２）看護職員夜間12対１配置加算２の施設基準

（１）のイ及びロを満たすものであること。

（３）看護職員夜間16対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、３以上であることとする。

ロ　（１）のロ及びハを満たすものであること。

（４）看護職員夜間16対１配置加算２の施設基準

（１）のロ及び（３）のイを満たすものであること。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（１日につき）　80点

［算定要件］

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

[施設基準]

（１）当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

（２）口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

第１　基本的な考え方

介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

（新）　協力対象施設入所者入院加算

１	往診が行われた場合	600 点
２	１以外の場合	200 点

［対象患者］

介護保険施設等の入所者であって、当該介護保険施設等の協力医療機関に定められた保険医療機関に事前に受診の上、入院することとなった患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関の医師が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入

院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）次のいずれにも該当するものであること。
イ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること。
ハ　次のいずれかに該当すること。
①　在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。
②　在宅療養後方支援病院であること。
③　地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。
（２）当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること
（３）（２）に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[施設基準]
令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－③】

③　医療機関と介護保険施設の連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） カ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）との協力が可能な体制をとっていること。	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新設）
１　在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～タ　（略） チ　地域において、介護老人保	１　在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～タ　（略） （新設）

健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。 ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。	

④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

第１　基本的な考え方

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

② 令和６年３月末をもって介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。

③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設及び介護医療院に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

第２　具体的な内容

１．介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする。

２．介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師（以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。）以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

３．介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする。

４．介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

５．新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した

場合、医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。）及び第２部在宅医療に掲げる診療料（在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。） ロ～リ　（略）	【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料 ロ～リ　（略）
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。	第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。） 二～ル　（略）	イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。） 二～ル　（略）
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 ［施設基準］ 第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一　（略） 二　介護老人保健施設入所者について算定できる投薬 医科点数表Ｆ４００に掲げる処方箋料（三に規定する薬剤を投与した場合に限る。） 三　（略） 四　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 （中略） 医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和八年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介	【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 ［施設基準］ 第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一　（略） （新設） 二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 （中略） 医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介

護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号Ｂ００１−２２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号Ｂ００１−２４に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号Ｂ００１−２−１２に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。） ※　Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈栄養、Ｇ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養についても同様。	護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号Ｂ００１－２－１２に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】	【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） ミ　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） （新設）

	宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		
	シ～ヒ　（略）		ミ～ヲ　（略）
	モ　別表第一区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤に係るものに限る。）		（新設）
	セ～イイ		ヒ～ス　（略）
	イロ　別表第三第１節に規定する点数		（新設）
	イハ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料		（新設）
	イニ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料		（新設）
	イホ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２		（新設）
	イヘ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合		（新設）

	に限る）		
	イト　別表第三第３節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）		（新設）
	イチ　別表第三第４節に規定する点数		（新設）
	二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）		二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）
	イ～ス　（略）		イ～ス　（略）
	ン　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		（新設）
	イイ～イヨ（略）		ン～イカ（略）
	イタ　別表第三第１節に規定する点数		（新設）

		イレ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料			（新設）
		イソ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料			（新設）
		イツ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２			（新設）
		イネ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る）			（新設）
		イナ　別表第三第３節に規定する点数（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）			（新設）
		イラ　別表第三第４節に規定			（新設）

	する点数 三　（略）		三　（略）
六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） 四　別表第三のうち次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　別表第三第１節に規定する点数 ロ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料 ハ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料 ニ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２ ホ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る） ヘ　別表第三第３節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六	六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） （新設）

	第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。） ト　別表第三第４節に規定する点数		

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　（略） （削除） ロ　（略）	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
二十五　別表第三区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に実施した場合又は注10に規定する場合に限り、算定できる。
二十六 （略）	（略）
二十七 （略）	（略）

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　（略） ロ　別表第三区分番号１５の２に掲げる 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ハ　（略）	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
（新設）	（新設）
二十五 （略）	（略）
二十六 （略）	（略）

６．障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）については、以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療	【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療

機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。） ※　Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料及びＣ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料においても同様。	機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

７．医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する。

<table>
<tr><th colspan="2">改　定　案</th><th colspan="2">現　　行</th></tr>
<tr><td colspan="2">【入院している患者について算定できる費用】</td><td colspan="2">【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】</td></tr>
<tr><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td></tr>
<tr><td>二　入院している患者</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td><td>二　指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあっては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「介護療養病床等」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td></tr>
</table>

		護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	
（削除）	（削除）	三　次に掲げる患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者 ロ　短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は老人性認知症疾患療養病棟の病床（以下「療養室等」という。）において行われるものを除く。）又は介護予防短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除	次に掲げる療養 一～三　（略）

		く。）を受けている患者	
（削除）	（削除）	四　次に掲げる患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る。）に入院している患者 ロ　老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる療養 一～三　（略）
備考 一～十　（略） （削除） （削除）		備考 一～十　（略） 十一　この表において「指定介護療養施設サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条による改正前の介護保険法（以下「旧介護保険法」という。）第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。 十二　この表において「療養病床	

（削除） 十一　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。	等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。 十三　この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 十四　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 （削除）

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	一　入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 二　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院し

			ている患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限り、算定できる。
備考 一～七　（略） （削除） 八～二十八　（略）		備考 一～七　（略） 八　この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 九～二十九　（略）	

⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

２．リハビリテーション計画提供料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　脳血管疾患等リハビリテーシ	【心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準 イ～ニ　（略） （新設）

ョン料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料を行う保険医療機関においては、指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	
へ　他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	（新設）
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ (13) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ １　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 (10) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画	［施設基準］ １　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 （新設）

又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。	
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ (17) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 (18) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）

管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 ※　廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	
［施設基準］ 1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 (10) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。	［施設基準］ 1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 （新設）
(11) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。 ※　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、脳血管疾	（新設）

患等リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	
【リハビリテーション計画提供料】 （削除）	【リハビリテーション計画提供料】 １　リハビリテーション計画提供料１　275点 ２　リハビリテーション計画提供料２　100点
【リハビリテーション総合計画評価料】 （削除）	【リハビリテーション総合計画評価料】 注４　区分番号Ｈ００３―３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ００１―２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

第１　基本的な考え方

退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院時共同指導料２に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定す	【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定す

る。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。	る。

⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

第１　基本的な考え方

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注４に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

（※）「就労選択支援」について規定する、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律は、令和７年 10 月１日施行予定。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア　グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア　グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）	イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）
ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所	ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所
エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所	（新設）
オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所	エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
カ 障害者総合支援法第５条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所	オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
キ 障害者総合支援法第５条第29項に規定する福祉ホーム	カ 障害者総合支援法第５条第28項に規定する福祉ホーム

⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて

第１　基本的な考え方

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算１及び２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算１の評価を見直す。
２．退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式を見直す。
３．退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する。
４．入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
５．特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算	【入退院支援加算】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算

する。 イ　入院時支援加算１　240点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） ９　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。	する。 イ　入院時支援加算１　230点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） （新設）
(2)　入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ　（略） ウ　要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること（介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。） エ　コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ　強度行動障害の状態の者 カ～ソ　（略） タ　その他患者の状況から判断し	(2)　入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ　（略） ウ　要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。） （新設） （新設） エ～ス　（略） セ　その他患者の状況から判断し

てアからソまでに準ずると認められる場合 (3)　（略） (4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。 ア～カ　（略） キ　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担 (5)～(22)　（略） (23)　注９に規定する入院事前調整加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。 (24)～(27)（略） ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (9)　入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者 イ　コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。 ロ　入退院支援加算を算定する患者であること。	てアからスまでに準ずると認められる場合 (3)　（略） (4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。 ア～カ　（略） （新設） (5)～(22)　（略） （新設） (23)～(26)（略） ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 （新設）

６．入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［施設基準］ 第26の５　入退院支援加算 １　入退院支援加算１に関する施設基準 (1)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25 以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち１以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち５以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づ	【入退院支援加算】 ［施設基準］ 第26の５　入退院支援加算 １　入退院支援加算１に関する施設基準 (1)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(9)の例による。

く指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。 　加えて、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(9)の例による。 (5)・(6)　（略）	(5)・(6)　（略）

⑨　在宅療養指導料の見直し

第１　基本的な考え方

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養指導料】 ［算定要件］ 注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1)　次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	【在宅療養指導料】 ［算定要件］ 注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1)　在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要す

	る患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
ア　在宅療養指導管理料を算定している患者	（新設）
イ　入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者	（新設）
ウ　退院後１月以内の患者であって、過去１年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、１回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）	（新設）
(2)～(4)　（略）	(2)～(4)　（略）
(5)　当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。	（新設）

⑩　認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】 １　認知症ケア加算１ イ　14日以内の期間　180点 ロ　15日以上の期間　34点 ２　認知症ケア加算２ イ　14日以内の期間　112点 ロ　15日以上の期間　28点 ３　認知症ケア加算３ イ　14日以内の期間　44点 ロ　15日以上の期間　10点 ［算定要件］ 注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	【認知症ケア加算】 １　認知症ケア加算１ イ　14日以内の期間　160点 ロ　15日以上の期間　30点 ２　認知症ケア加算２ イ　14日以内の期間　100点 ロ　15日以上の期間　25点 ３　認知症ケア加算３ イ　14日以内の期間　40点 ロ　15日以上の期間　10点 ［算定要件］ 注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

２．認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】 ［算定要件］	【認知症ケア加算】 ［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ａ２４７－２に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。
(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリス	(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

ク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、区分番号「Ａ２４７－２」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。	
［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。 ア～ウ　（略） (2)～(4)　（略） (5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略） エ　せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。 オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。 (6)・(7)　（略） ※　認知症ケア加算２及び認知症ケア加算３も同様。	［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。 ア～ウ　（略） (2)～(4)　（略） (5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略） （新設） エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。 (6)・(7)　（略）
［経過措置］ 令和６年３月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険	［経過措置］

医療機関については、令和６年９月30日までの間、１の⑸のエ、２の⑹及び３の⑵の基準を満たしているものとみなす。	

⑪　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す。

２．入院基本料等の見直しに合わせて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点） ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点）	【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
２　地域包括ケア入院医療管理料１ イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点） ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点）	２　地域包括ケア入院医療管理料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
３　地域包括ケア病棟入院料２ イ　40日以内の期間　2,649点 （生活療養を受ける場合にあっては、	３　地域包括ケア病棟入院料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、

2,634点） ロ　41日以上の期間　2,510点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,495点）	2,605点）
４　地域包括ケア入院医療管理料２ イ　40日以内の期間　2,649点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,634点） ロ　41日以上の期間　2,510点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,495点）	４　地域包括ケア入院医療管理料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
５　地域包括ケア病棟入院料３ イ　40日以内の期間　2,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,297点） ロ　41日以上の期間　2,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,176点）	５　地域包括ケア病棟入院料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
６　地域包括ケア入院医療管理料３ イ　40日以内の期間　2,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,297点） ロ　41日以上の期間　2,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,176点）	６　地域包括ケア入院医療管理料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
７　地域包括ケア病棟入院料４ イ　40日以内の期間　2,102点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,086点） ロ　41日以上の期間　1,992点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,976点）	７　地域包括ケア病棟入院料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
８　地域包括ケア入院医療管理料４ イ　40日以内の期間　2,102点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,086点） ロ　41日以上の期間　1,992点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,976点）	８　地域包括ケア入院医療管理料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関で	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関で

あって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,460点、2,331点、2,460点、2,331点、2,271点、2,152点、2,271点、2,152点、2,008点、1,903点、2,008点、1,903点、1,797点、1,703点、1,797点又は1,703点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,445点、2,316点、2,445点、2,316点、	あって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。 （中略）

2,257点、2,138点、2,257点、2,138点、1,994点、1,889点、1,994点、1,889点、1,783点、1,689点、1,783点又は1,689点）を算定することができる。 （中略） 【特定一般病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上の期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。	【特定一般病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

３．地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準

ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　（略） ②　退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）の指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第百二十七号）の指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問看護費のロを前三月間において百五十回以上算定している保険医療機関であること。 ③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前三月間において八百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④　（略） ⑤　介護保険法第八条第二項に	ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　（略） ②　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④　（略） ⑤　介護保険法第八条第二項に

規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　（略） ※　地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４、地域包括ケア入院医療管理料４、特定一般入院料病棟入院料の注７についても同様。	規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　（略）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和７年５月 31 日までの間に限り、第九の十一の二の⑵のホに該当するものとみなす。

※　地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４、地域包括ケア入院医療管理料４、特定一般病棟入院料の注７についても同様。

⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割五分未満</u>であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割未満</u>であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。<u>地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。</u>

	ア　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の(1)のイの(ｲ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者 イ　介護老人保健施設に入所した患者 ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
(2)　当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	(2)　当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
ア　直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数 この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。 ①　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の(1)のイの(ｲ)に該当するものに限	ア　直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者の数 ② 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っているものに限る。）に入所した患者の数の５割の数 ③ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っていないものに限る。）に入所した患者の数 ④ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者の数 イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）	イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。	(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
(10)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間、(1)、(2)、(5)及び(6)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 (1)　当該病室において、退院患者	３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 (1)　当該病室において、退院患者

に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
ア～イ　（略）	ア～イ　（略）
(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。また、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

(7)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料１に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間、(1)及び(2)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割５分未満であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。 (6)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料２に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間、(2)（２の(1)及び(2)に係るものに限る）及び(5)の規定に限り、なお従前の例による。	イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること。 （新設）
５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人	５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人

ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。また、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。
イ～ク　（略）	イ～ク　（略）
(4)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料２に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間、(2)（３の(1)に係るものに限る）及び(3)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
※　地域包括ケア病棟入院料３及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料３及び４についても同様	

⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

第１　基本的な考え方

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．　介護連携加算について、介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。

改　定　案	現　　行
【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者）については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　介護障害連携加算１　192点 ロ　介護障害連携加算２　38点	【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　介護連携加算１　192点 ロ　介護連携加算２　38点

２．　介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護障害連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者若しくは65歳以上の者又は重度の肢体不自由児（者）の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ００９」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄	［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。

養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 エ　過去１年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	
23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 エ　過去１年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 （新設） （新設） （新設） （新設）

⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

第１　基本的な考え方

医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。

改　定　案	現　　行
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の（イ）又は（ロ）の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビ	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の（イ）又は（ロ）の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビ

リテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。	リテーションに従事しても差し支えない。
(ｲ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。	(ｲ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。
(ﾛ) （略）	(ﾛ) （略）
(3) （略）	(3) （略）
(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）の利用者が使用しても差し支えない。	(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。
(5)～(8) （略）	(5)～(8) （略）
(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を	(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を

除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。 ※　廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料についても同様。	除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

第１　基本的な考え方

急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ＡＤＬ維持向上等体制加算を廃止する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）　120点

［対象患者］

急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する患者

［算定要件］

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１） 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL 等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
（２） 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
（３）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
（４）口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

②　病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

第１　基本的な考え方

重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者及び感染対策を必要とする患者に対し、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算を設ける。

２．現行の早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。 ３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。 ３　（略） （新設）

に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者に対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。 ※　脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料についても同様。	
［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算及び急性期リハビリテーション加算の施設基準 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。 (10)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候	［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算の施設基準 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。 （新設）

群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 別表第九の十に掲げる患者 別表第九の十　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 一　相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者 二　重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者 三　特別な管理を要する処置等を実施している患者 四　リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者	（新設）

③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

第１　基本的な考え方

NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】
１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　205点
イ　理学療法士による場合　205点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　205点	（新設）
ハ　医師による場合　205点	（新設）
ニ　看護師による場合　205点	（新設）
ホ　集団療法による場合　205点	（新設）
２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　125点
イ　理学療法士による場合　125点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　125点	（新設）
ハ　医師による場合　125点	（新設）
ニ　看護師による場合　125点	（新設）
ホ　集団療法による場合　125点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリ	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーシ

ハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	ョンを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ　理学療法士による場合　245点 ロ　作業療法士による場合　245点 ハ　言語聴覚士による場合　245点 ニ　医師による場合　245点 ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ　理学療法士による場合　200点 ロ　作業療法士による場合　200点 ハ　言語聴覚士による場合　200点 ニ　医師による場合　200点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　100点 ロ　作業療法士による場合　100点 ハ　言語聴覚士による場合　100点 ニ　医師による場合　100点 ホ　イからニまで以外の場合　100点	【脳血管疾患リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　245点 （新設） （新設） （新設） （新設） ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200点 （新設） （新設） （新設） （新設） ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪	［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪

又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）147点
(1)　理学療法士による場合 147点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 147点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 147点	（新設）
(4)　医師による場合　147点	（新設）
ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）120点
(1)　理学療法士による場合 120点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 120点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 120点	（新設）
(4)　医師による場合　120点	（新設）
ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）60点
(1)　理学療法士による場合 60点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 60点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 60点	（新設）
(4)　医師による場合　60点	（新設）
(5)　(1)から(4)まで以外の場合　60点	（新設）
【廃用症候群リハビリテーション料】	【廃用症候群リハビリテーション料】
１　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

	180点
イ　理学療法士による場合　180点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　180点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　180点	（新設）
ニ　医師による場合　180点	（新設）
２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　146点
イ　理学療法士による場合　146点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　146点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　146点	（新設）
ニ　医師による場合　146点	（新設）
３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　77点
イ　理学療法士による場合　77点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　77点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　77点	（新設）
ニ　医師による場合　77点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　77点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　108点
(1)　理学療法士による場合　108点	（新設）
(2)　作業療法士による場合　108点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合　108点	（新設）
(4)　医師による場合　108点	（新設）
ロ　廃用症候群リハビリテーシ	ロ　廃用症候群リハビリテーシ

ョン料（Ⅱ）（１単位）	ョン料（Ⅱ）（１単位） 88点
(1)　理学療法士による場合 88点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 88点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 88点	（新設）
(4)　医師による場合　88点	（新設）
ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 46点
(1)　理学療法士による場合 46点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 46点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 46点	（新設）
(4)　医師による場合　46点	（新設）
(5)　(1)から(4)まで以外の場合　46点	（新設）
【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］	【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］
１　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 185点
イ　理学療法士による場合　185点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　185点	（新設）
ハ　医師による場合　185点	（新設）
２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 170点
イ　理学療法士による場合　170点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　170点	（新設）
ハ　医師による場合　170点	（新設）
３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 85点
イ　理学療法士による場合　85点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　85点	（新設）
ハ　医師による場合　85点	（新設）
ニ　イからハまで以外の場合	（新設）

85点 注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　111点 (2)　作業療法士による場合　111点 (3)　医師による場合　111点 ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　102点 (2)　作業療法士による場合　102点 (3)　医師による場合　102点 ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　51点 (2)　作業療法士による場合　51点 (3)　医師による場合　51点 (4)　(1)から(3)まで以外の場合　51点	注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　111点 （新設） （新設） （新設） ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　102点 （新設） （新設） （新設） ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　51点 （新設） （新設） （新設） （新設）
【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

	175点
イ　理学療法士による場合　175点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　175点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　175点	（新設）
ニ　医師による場合　175点	（新設）
２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
	85点
イ　理学療法士による場合　85点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　85点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　85点	（新設）
ニ　医師による場合　85点	（新設）

④　呼吸器リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

周術期における呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、<u>大腸癌、卵巣癌、膵癌</u>等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

⑤　療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

① 疾患･状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

② 適切な栄養管理を推進する観点から､中心静脈栄養の評価を見直す。

③ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

④ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。

⑤ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ､療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．　医療区分と ADL 区分に基づく９分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る３つの医療区分、処置等に係る３つの医療区分および３つの ADL 区分に基づく 27 分類及びスモンに関する３分類の合計 30 分類の評価に見直す。

２．　療養病棟入院基本料について、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　1,964点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,949点） ロ　入院料２　1,909点（生活療養を受ける場合にあっては、1,895点）	【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,798点） ロ　入院料Ｂ　1,758点（生活療養を受ける場合にあっては、1,744点）

ハ　入院料３　1,621点（生活療養を受ける場合にあっては、1,607点）	ハ　入院料Ｃ　1,471点（生活療養を受ける場合にあっては、1,457点）
ニ　入院料４　1,692点（生活療養を受ける場合にあっては、1,677点）	（新設）
ホ　入院料５　1,637点（生活療養を受ける場合にあっては、1,623点）	（新設）
ヘ　入院料６　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）	（新設）
ト　入院料７　1,644点（生活療養を受ける場合にあっては、1,629点）	（新設）
チ　入院料８　1,589点（生活療養を受ける場合にあっては、1,575点）	（新設）
リ　入院料９　1,301点（生活療養を受ける場合にあっては、1,287点）	（新設）
ヌ　入院料10　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ル　入院料11　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
ヲ　入院料12　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
ワ　入院料13　1,455点（生活療養を受ける場合にあっては、1,440点）	ニ　入院料Ｄ　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,399点）
カ　入院料14　1,427点（生活療養を受ける場合にあっては、1,413点）	ホ　入院料Ｅ　1,386点（生活療養を受ける場合にあっては、1,372点）
ヨ　入院料15　1,273点（生活療養を受ける場合にあっては、1,258点）	ヘ　入院料Ｆ　1,232点（生活療養を受ける場合にあっては、1,217点）
タ　入院料16　1,371点（生活療養を受ける場合にあっては、1,356点）	（新設）
レ　入院料17　1,343点（生活療養	（新設）

を受ける場合にあっては、1,329点）	
ソ　入院料18　1,189点（生活療養を受ける場合にあっては、1,174点）	（新設）
ツ　入院料19　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ネ　入院料20　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
ナ　入院料21　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
ラ　入院料22　1,442点（生活療養を受ける場合にあっては、1,427点）	（新設）
ム　入院料23　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,400点）	（新設）
ウ　入院料24　1,260点（生活療養を受ける場合にあっては、1,245点）	（新設）
ヰ　入院料25　983点（生活療養を受ける場合にあっては、968点）	ト　入院料Ｇ　968点（生活療養を受ける場合にあっては、953点）
ノ　入院料26　935点（生活療養を受ける場合にあっては、920点）	チ　入院料Ｈ　920点（生活療養を受ける場合にあっては、905点）
オ　入院料27　830点（生活療養を受ける場合にあっては、816点）	リ　入院料Ｉ　815点（生活療養を受ける場合にあっては、801点）
ク　入院料28　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ヤ　入院料29　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
マ　入院料30　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
２　療養病棟入院料２	２　療養病棟入院料２

イ　入院料１　1,899点（生活療養を受ける場合にあっては、1,885点）	イ　入院料Ａ　1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）
ロ　入院料２　1,845点（生活療養を受ける場合にあっては、1,831点）	ロ　入院料Ｂ　1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ　入院料３　1,556点（生活療養を受ける場合にあっては、1,542点）	ハ　入院料Ｃ　1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ　入院料４　1,627点（生活療養を受ける場合にあっては、1,613点）	（新設）
ホ　入院料５　1,573点（生活療養を受ける場合にあっては、1,559点）	（新設）
ヘ　入院料６　1,284点（生活療養を受ける場合にあっては、1,270点）	（新設）
ト　入院料７　1,579点（生活療養を受ける場合にあっては、1,565点）	（新設）
チ　入院料８　1,525点（生活療養を受ける場合にあっては、1,511点）	（新設）
リ　入院料９　1,236点（生活療養を受ける場合にあっては、1,222点）	（新設）
ヌ　入院料10　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ル　入院料11　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698点）	（新設）
ヲ　入院料12　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）	（新設）
ワ　入院料13　1,389点（生活療養を受ける場合にあっては、1,375点）	ニ　入院料Ｄ　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）
カ　入院料14　1,362点（生活療養を受ける場合にあっては、1,347点）	ホ　入院料Ｅ　1,322点（生活療養を受ける場合にあっては、1,307点）
ヨ　入院料15　1,207点（生活療養	ヘ　入院料Ｆ　1,167点（生活療養

を受ける場合にあっては、1,193点）	を受ける場合にあっては、1,153点）
タ　入院料16　1,305点（生活療養を受ける場合にあっては、1,291点）	（新設）
レ　入院料17　1,278点（生活療養を受ける場合にあっては、1,263点）	（新設）
ソ　入院料18　1,123点（生活療養を受ける場合にあっては、1,109点）	（新設）
ツ　入院料19　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ネ　入院料20　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698点）	（新設）
ナ　入院料21　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）	（新設）
ラ　入院料22　1,376点（生活療養を受ける場合にあっては、1,362点）	（新設）
ム　入院料23　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,334点）	（新設）
ウ　入院料24　1,194点（生活療養を受ける場合にあっては、1,180点）	（新設）
ヰ　入院料25　918点（生活療養を受ける場合にあっては、904点）	ト　入院料Ｇ　903点（生活療養を受ける場合にあっては、889点）
ノ　入院料26　870点（生活療養を受ける場合にあっては、856点）	チ　入院料Ｈ　855点（生活療養を受ける場合にあっては、841点）
オ　入院料27　766点（生活療養を受ける場合にあっては、751点）	リ　入院料Ｉ　751点（生活療養を受ける場合にあっては、736点）
ク　入院料28　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ヤ　入院料29　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698	（新設）

点） マ　入院料30　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点） ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２のうち、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分３の患者を対象とする入院料１から３まで、10から12まで又は19から21までのいずれかを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２のうち、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分２の患者を対象とする入院料４から６まで、13から15まで又は22から24までのいずれかを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院	（新設） ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。

料27を算定する。 ２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、582点（生活療養を受ける場合にあっては、568点）を算定できる。 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下単に「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者（以下単に「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料１ 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者（ただし、スモンを除く。以下「疾患・状態に係る医療区分三の患者」という。）及び同表第五の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分	２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあっては、563点）を算定できる。 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料Ａ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの

三の患者」という。）であって、ＡＤＬの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの	
ロ　入院料２ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの	ロ　入院料Ｂ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの
ハ　入院料３ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの	ハ　入院料Ｃ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの
二　入院料４ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の三に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分二の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ホ　入院料５ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
へ　入院料６ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ト　入院料７ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の二の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の二に掲げる処置等が実施されている患者以外の患者（以下「処置等	（新設）

に係る医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの	
チ　入院料８ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
リ　入院料９ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ヌ　入院料10 別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「疾患・状態に係る医療区分二の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ル　入院料11 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ヲ　入院料12 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ワ　入院料13 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ニ　入院料Ｄ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
カ　入院料14 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	ホ　入院料Ｅ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
ヨ　入院料15 疾患・状態に係る医療区分二	ヘ　入院料Ｆ 医療区分二の患者であって、

の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	ＡＤＬ区分一であるもの
タ　入院料16 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
レ　入院料17 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ソ　入院料18 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ツ　入院料19 別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに別表第五の三の一及び三に掲げる疾患・状態にある患者以外の患者（以下「疾患・状態に係る医療区分一の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ネ　入院料20 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ナ　入院料21 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ラ　入院料22 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）

ム　入院料23 　疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ウ　入院料24 　疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
キ　入院料25 　疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ト　入院料Ｇ 　別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの
ノ　入院料26 　疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	チ　入院料Ｈ 　医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
オ　入院料27 　疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	リ　入院料Ｉ 　医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの
ク　入院料28 　別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ヤ　入院料29 　別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
マ　入院料30 　別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者でであって、ＡＤＬ区分一	（新設）

であるもの	

３．　療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。

４．中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後７日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患・状態及び処置等	【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料の入院料Ａ、入院料Ｂ及び入院料Ｃ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患及び状態
一　対象となる疾患・状態 スモン 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	一　対象疾患の名称 スモン
二　対象となる処置等 （削除）	二　対象となる状態 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）	中心静脈注射を実施している状態
点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。）	二十四時間持続して点滴を実施している状態
人工呼吸器の使用	人工呼吸器を使用している状態
ドレーン法又は胸腔若しくは	ドレーン法又は胸腔若しくは

腹腔の洗浄 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理	腹腔の洗浄を実施している状態 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。） 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
別表第五の三　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患・状態及び処置等	別表第五の三　療養病棟入院基本料の入院料Ｄ、入院料Ｅ及び入院料Ｆ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患及び状態等
一　対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態	一　対象疾患の名称 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） （新設） （新設）
二　対象となる処置等 中心静脈栄養（広汎性腹膜	二　対象となる状態 （新設）

炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）	
肺炎に対する治療	肺炎に対する治療を実施している状態
尿路感染症に対する治療	尿路感染症に対する治療を実施している状態
傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）	傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するもの限る。）	脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
（削除）	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。）	褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
せん妄に対する治療	せん妄に対する治療を実施している状態
うつ症状に対する治療	うつ症状に対する治療を実施している状態
（削除）	他者に対する暴行が毎日認められる状態
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が

（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 一日八回以上の喀痰吸引 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。） 頻回の血糖検査 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。） 三　（略）	行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） 頻回の血糖検査を実施している状態 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。） 三　（略）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に入院している患者であって、中心静脈注射を行っているものについては、引き続き処置等に係る医療区分３の患者とみなす。

５．療養病棟入院基本料の注 11 に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和６年９月 30 日までの経過措置を設ける。

６．医療区分、ADL 区分ともに１である入院料 27（現行の入院料Ｉ）について、１日につき２単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ （削除）	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地

	方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。
［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院料１の入院料27および療養病入院料２の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料	［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回

に含まれるものとする。	以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。
(5) ～(6)　略	(5) ～(6)　略
（削除）	(7)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準
（削除）	(8)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。 ロ　令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。 ハ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日

(12)　（略）	に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。 (12)　（略）

［経過措置］

（１）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、医療区分３の患者と医療区分２の患者の合計が５割以上であることの基準に該当するものとみなす。

（２）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第５の３の（４）を適用しないものとする。

７．療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

（新）　経腸栄養管理加算（１日につき）　300 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中１回に限り、経腸栄養を開始した日から７日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

［施設基準］

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦　医療と介護における栄養情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設する。

２．入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

（新）　栄養情報連携料　70 点

［対象患者］

ア　入院栄養食事指導料を算定した患者

イ　退院先が他の保険医療機関、介護保険施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第 34 条第１項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り算定する。

（２）（１）に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。

（３）区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。
（４）区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料１に限る。）においては、区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、口腔機能管理に係る評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施について、管理計画を策定した場合、歯科医師が口腔機能管理を行う場合及び歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　回復期等口腔機能管理計画策定料　300 点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

（新）　回復期等口腔機能管理料　200 点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又

は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。

（２）回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

（新）　<u>回復期等専門的口腔衛生処置</u>　<u>100 点</u>

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

（２）回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

２．地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

改　定　案	現　　行
【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ、ロ又はハのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） ハ　次のいずれにも該当すること。 ①　常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が10人以上であること。 (8)　（略）	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ又はロのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） （新設） (8)　（略）

①　急性期充実体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。
２．小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。
３．許可病床数 300 床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。
４．化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。
５．悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

改　定　案	現　　行
【急性期充実体制加算】 １　急性期充実体制加算１ イ　７日以内の期間　440 点 ロ　８日以上 11 日以内の期間　200 点 ハ　12 日以上 14 日以内の期間　120 点 ２　急性期充実体制加算２ イ　７日以内の期間　360 点 ロ　８日以上 11 日以内の期間　150 点 ハ　12 日以上 14 日以内の期間　90 点 ［算定要件］	【急性期充実体制加算】 １　７日以内の期間　460 点 ２　８日以上 11 日以内の期間　250 点 ３　12 日以上 14 日以内の期間　180 点 （新設） ［算定要件］

注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。	注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。
２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　90 点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　60 点	（新設）
３　注２に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体	２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制

制加算として、30点を更に所定点数に加算する。 [施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算1の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。 ホ　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。 (2) 急性期充実体制加算２の施設基準 イ　(1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。 ロ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること。 (3) 小児・周産期・精神科充実体制加算 急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾	加算として、30点を更に所定点数に加算する。 [施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。 ホ　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。 （新設） （新設）

患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 (4) 精神科充実体制加算の施設基準 イ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 ロ　小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	(2) 精神科充実体制加算の施設基準 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
第１の２　急性期充実体制加算 １　通則 (1)　（略） （削除）	第１の２　急性期充実体制加算 １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (1)　（略） (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。 ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしていること。 （イ）全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術 350 件／年以上）又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 6.5 件／年以上（うち、緊急手術 1.15 件／年以上） （ロ）悪性腫瘍手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 1.0 件／年以上 （ハ）腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病

	床１床あたり 1.0 件／年以上 （二） 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.6 件／年以上 （ホ） 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数１床あたり 1.5 件／年以上 （ヘ） 化学療法の実施について、1,000 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 3.0 件／年以上 イ　以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち２つ以上を満たしていること。 （イ） 異常分娩の件数について、50 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上 （ロ） ６歳未満の乳幼児の手術件数 40 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上
(2)　（略） （削除）	(3)　（略） (4)　(2)のアの(ヘ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制

	として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、４割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
(3)～(17)　（略）	(5)～(19)　（略）
２　急性期充実体制加算１に関する施設基準 (1)　手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち５つ以上を満たしていること。 イ　全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術 350 件／年以上） ロ　悪性腫瘍手術について、400 件／年以上 ハ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上 ニ　心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上 ホ　消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上 ヘ　化学療法の実施について、1,000 件／年以上 ト　心臓胸部大血管の手術について、100 件/年以上	（新設）

(2)　(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が６割以上であること。 ３　急性期充実体制加算２の施設基準 (1)　以下のいずれかを満たし、かつ、２の(1)のイ及び、ロからトまでのうち２つ以上を満たしていること。 (イ) 異常分娩の件数について、50 件／年以上 (ロ) ６歳未満の乳幼児の手術件数 40 件／年以上 (2)　２の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が６割以上であること。	(新設)

４　小児・周産期・精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1) 異常分娩の件数が 50 件／年以上であること。 (2) ６歳未満の乳幼児の手術件数が 40 件／年以上であること。 (3)　医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。 (4)　精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していること。 (5)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	（新設）
５　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－	２　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－

２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
６　（略）	３　（略）
［経過措置］ (1)　令和６年３月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、２の (2)又は３の(2)の基準を満たしているものとみなす。 (2)　令和６年３月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算１に係る届出を行う保険医療機関については、令和８年５月31日までの間に限り、２の (1)のトの基準を満たしているものとみなす。 (3)　令和６年３月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、令和８年５月31日までの間に限り、施設基準のうち２(1)及び３(1)についてはなお従前の例による。	［経過措置］ （新設）

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．総合入院体制加算１及び２について、全身麻酔による手術の件数に係る要件及び評価を見直す。
２．急性期充実体制加算と同様に「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。」を要件に加える。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　260点 ２　総合入院体制加算２　200点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） (17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和６年３月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。 ２　総合入院体制加算２に関する施	【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　180点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） （新設） ２　総合入院体制加算２に関する施

設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年1,200件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略） ３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)、(16)及び(17)に限る。）を満たしていること。	設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略） ３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。）を満たしていること。

③　急性期一般入院料１における平均在院日数の基準の見直し

第１　基本的な考え方

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料１の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

急性期一般入院料１の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から 16 日に見直す。

改　定　案	現　　行
【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては 16 日）以内であること。	【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては 18 日）以内であること。

④　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

第２　具体的な内容

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

○　「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。

○　「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。

○　「注射薬剤３種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から７日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。

○　「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が６割未満の薬剤を除外する。

○　「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が７割未満の薬剤を除外する。

○　「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、２点から３点に変更する。

○　「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の５日間から２日間に変更する。

○　Ｃ項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。

○　短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。

２．　急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、
①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
の両者を満たすことを施設基準とする。

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

	改　定　案		現　　行 （カッコ内は許可病床200床未満の場合の基準）	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	割合①：２割１分 割合②：２割８分	割合①：２割 割合②：２割７分	３割１分 （２割８分）	２割８分 （２割５分）
急性期一般入院料２	２割２分	２割１分	２割７分 （２割５分）	２割４分 （２割２分）

急性期一般入院料３	１割９分	１割８分	２割４分 （２割２分）	２割１分 （１割９分）
急性期一般入院料４	１割６分	１割５分	２割 （１割８分）	１割７分 （１割５分）
急性期一般入院料５	１割２分	１割１分	１割７分	１割４分
７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		割合①：２割 割合②：２割７分		２割８分
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	0.8割	0.7割	１割	0.8割
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①：２割１分 割合②：２割８分	割合①：２割 割合②：２割７分	３割	２割８分
看護必要度加算１	１割８分	１割７分	２割２分	２割
看護必要度加算２	１割６分	１割５分	２割	１割８分
看護必要度加算３	１割３分	１割２分	１割８分	１割５分
総合入院体制加算１	３割３分	３割２分	３割３分	３割
総合入院体制加算２	３割１分	３割	３割３分	３割
総合入院体制加算３	２割８分	２割７分	３割	２割７分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護補助加算１	0.4割	0.3割	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	１割	0.8割	１割２分	0.8割
特定一般病棟入院料の注７	１割	0.8割	１割２分	0.8割

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和６年９月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

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

⑤　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

⑥　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

第１　基本的な考え方

高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第２　具体的な内容

１．ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者の要件について、以下の見直しを行う。

（１）「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。

（２）「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。

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

（４）Ａ項目から「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除した上で、該該当患者割合の基準について、「Ａ得点３点以上かつＢ得点４点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。

①　Ａ項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

②　Ａ項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

２．レセプト電算処理システム用コードを用いた評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）を導入する。

	改　定　案		現　　行
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	割合①：１割５分 割合②：８割	割合①：１割５分 割合②：８割	８割
ハイケアユニット入院医療管理料２	割合①：１割５分 割合②：６割５分	割合①：１割５分 割合②：６割５分	６割

［経過措置］

令和６年３月 31 日においてハイケアユニット入院医療管理料１若しくはハイケアユニット入院医療管理料２又は救命救急入院料１若しくは救命救急入院料３に係る届出を行っている病室については、令和令和６年９月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度に関する要件を満たすものとみなす。

⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第１　基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料１（許可病床数 200 床未満）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

以下の病棟又は治療室については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。

１．許可病床数 200 床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料１を算定する病棟（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。）

２．許可病床数 200 床以上 400 未満の保険医療機関において、急性期一般入院料２又は３を算定する病棟

３．救命救急入院料２又は４を算定する治療室

４．特定集中治療室管理料を算定する治療室

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評	【急性期一般入院料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が 400 床以上の保険医療機

価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料２又は３に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料４又は５に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	関であって、急性期一般入院料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。
４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (1) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２及び３に限る。）を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関	４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (1) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２から５までに限る。）を算定する病

であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料４及び５に限る。）を算定する病棟及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。また、「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの①の５に掲げる、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合が該当する。	棟及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に急性期一般入院料１（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）に係る届出を行っている病棟については、令和６年９月30日までの間に限り、第五の二の(1)のイの①の５に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）
【救命救急入院料】 ［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 ロ　救命救急入院料２の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の(1)のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準	【救命救急入院料】 ［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 ロ　救命救急入院料２の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の（１）のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）	次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (1) 特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑤ （略） ⑥ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (1) 特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑤ （略） ⑥ 次のいずれかに該当すること。 （一） 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。 （二） 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。
ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ （略） ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。	ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ 略 ④ 次のいずれかに該当すること。 （一） 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院

	させる治療室であること。 （二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること
［経過措置］ 　令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている病棟については、令和６年９月 30 日までの間に限り、第九の三の⑴のイの⑥又はハの④に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

改　定　案	現　　行
【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近６か月間で１割５分以上であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療	【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設

料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。 ※ 救命救急入院料についても同様。	基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．短期滞在手術等基本料１について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料１】 １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　主として入院で実施されている手術を行った場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 (2) (1) 以外の場合　2,718点 ロ　イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点 (2) (1) 以外の場合　1,359点	【短期滞在手術等基本料１】 １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 ロ　イ以外の場合　2,718点
[算定要件] (3)　短期滞在手術基本料の「１」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。 ア　「Ｄ２８７」内分泌負荷試験の「１」下垂体前葉負荷試験の「イ」　成長ホルモン（ＧＨ）	[算定要件] （新設）

（一連として） イ　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査 ウ　「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）の「４」長径12センチメートル以上（６歳未満に限る。） エ　「Ｋ０３０」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「２」手、足（手に限る。） オ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「４」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） カ　「Ｋ０６８」半月板切除術 キ　「Ｋ０６８－２」関節鏡下半月板切除術 ク　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「イ」縫着レンズを挿入するもの ケ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合 コ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「３」計画的後嚢切開を伴う場合 サ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満 シ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「２」長径５センチメートル以上 ス　「Ｋ５０８」気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの） セ　「Ｋ５１０」気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの） ソ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術 タ　「Ｋ６５３」内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術の「１」　早期悪性腫瘍粘膜切除	

術 チ　「Ｋ８３４－３」顕微鏡下精索静脈瘤手術 ツ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「１」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの テ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「２」ツリウムレーザーを用いるもの ト　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「３」その他のもの (4)～(16)　（略）	(3)～(15)　（略）

２．短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 9,537点（生活療養を受ける場合にあっては、9,463点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,400点（生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） 12,676点（生活療養を受ける場合にあっては、12,602点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 9,194点（生活療養を受ける場合にあっては、9,120点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレル	【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 10,549点（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,744点（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） 11,485点（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 8,312点（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレル

ギー負荷検査 5,278点（生活療養を受ける場合にあっては、5,204点）	ギー負荷検査 5,040点（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,262点（生活療養を受ける場合にあっては、10,188点）	ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,197点（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 30,882点（生活療養を受ける場合にあっては、30,808点）	ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572点（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 14,667点（生活療養を受ける場合にあっては、14,593点）	チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 16,224点（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 36,240点（生活療養を受ける場合にあっては、36,166点）	リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937点（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）
ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 19,082点（生活療養を受ける場合にあっては、19,008点）	ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 20,611点（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 20,549点（生活療養を受ける場合にあっては、20,475点）	ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 21,057点（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） 14,893点（生活療養を受ける場合にあっては、14,819点）	ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） 15,180点（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,653点（生活療養を受ける場合にあっては、13,579点）	ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,878点（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）

カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 18,038点（生活療養を受ける場合にあっては、17,964点）	カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 32,137点（生活療養を受ける場合にあっては、32,063点）	ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側） 8,663点（生活療養を受ける場合にあっては、8,589点）	タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）
レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（両側） 13,990点（生活療養を受ける場合にあっては、13,916点）	（新設）
ソ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） 6,524点（生活療養を受ける場合にあっては、6,450点）	レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）
ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（両側） 14,425点（生活療養を受ける場合にあっては、14,351点）	（新設）
ネ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） 11,000点（生活療養を受ける場合にあっては、10,926点）	ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法 18,016点（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）
ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（両側） 19,357点（生活療養を受ける場合にあっては、19,283点）	（新設）
ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（片側） 10,493点（生活療養を受ける場合にあっては、10,419点）	ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの 16,347点（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）
ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（両側） 17,249点（生活療養を受ける場合にあっては、17,175点）	（新設）
ウ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移	ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移

植を要するもの）（片側） 8,437点（生活療養を受ける場合にあっては、8,363点）	植を要するもの） 9,431点（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）
ヰ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） 13,030点（生活療養を受ける場合にあっては、12,956点）	（新設）
ノ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側） 13,877点（生活療養を受ける場合にあっては、13,803点）	ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法 18,326点（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）
オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側） 19,632点（生活療養を受ける場合にあっては、19,558点）	（新設）
ク　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側） 20,488点（生活療養を受ける場合にあっては、20,414点）	ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施 22,496点（生活療養を受ける場合にあっては、22,422点）
ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側） 33,119点（生活療養を受ける場合にあっては、33,045点）	（新設）
マ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） 16,748点（生活療養を受ける場合にあっては、16,674点）	ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 20,426点（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）
ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） 28,464点（生活療養を受ける場合にあっては、28,390点）	（新設）
フ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 34,516点（生活療養を受ける場合にあっては、34,442点）	ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）
コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水	（新設）

晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 67,946点（生活療養を受ける場合にあっては、67,872点） エ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 17,457点（生活療養を受ける場合にあっては、17,383点） テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 31,685点（生活療養を受ける場合にあっては、31,611点） ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） 14,901点（生活療養を受ける場合にあっては、14,827点） サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,413点（生活療養を受ける場合にあっては、25,339点） キ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 31,981点（生活療養を受ける場合にあっては、31,907点） ユ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 16,988点（生活療養を受ける場合にあっては、16,914点） メ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 24,709点（生活療養を受ける場合にあっては、24,635点） ミ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 16,684点（生活療養を受ける場合にあっては、16,610点） シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 22,904点（生活療養を受ける場合にあっては、22,830点）	ヰ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 17,888点（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点） ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 32,130点（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点） オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059点（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点） ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312点（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点） ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 30,571点（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点） マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 18,809点（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点） ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点） フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 17,302点（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点） コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 25,366点（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）

ヲ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 26,013点（生活療養を受ける場合にあっては、25,939点） ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 26,057点（生活療養を受ける場合にあっては、25,983点） モ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 20,366点（生活療養を受ける場合にあっては、20,292点） セ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） 8,262点（生活療養を受ける場合にあっては、8,188点） ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 9,258点（生活療養を受ける場合にあっては、9,184点） ン　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 20,829点（生活療養を受ける場合にあっては、20,755点） イイ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 19,368点（生活療養を受ける場合にあっては、19,294点） イロ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 20,479点（生活療養を受ける場合にあっては、20,405点） イハ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 31,914点（生活療養を受ける場合にあっては、31,840点） イニ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,786点（生活療養を受ける場合にあっては、24,712点）	エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 28,842点（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点） テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 28,884点（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点） ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 19,798点（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点） サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） 9,149点（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点） キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 9,494点（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点） ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 23,090点（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点） メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点） ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点） シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 33,785点（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点） ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,296点（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）

イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,023点（生活療養を受ける場合にあっては、20,949点）	ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,275点（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点）
イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 24,147点（生活療養を受ける場合にあっては、24,073点）	モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648点（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点）
イト　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 63,751点（生活療養を受ける場合にあっては、63,677点）	セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点）
イチ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 50,817点（生活療養を受ける場合にあっては、50,743点）	ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点）
イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 37,838点（生活療養を受ける場合にあっては、37,764点）	ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点）
イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 49,389点（生活療養を受ける場合にあっては、49,315点）	イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点）
イル　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,580点（生活療養を受ける場合にあっては、12,506点）	イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,560点（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点）
イヲ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,153点（生活療養を受ける場合にあっては、16,079点）	イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,258点（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点）
イワ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）	イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）

10,386点（生活療養を受ける場合にあっては、10,312点）	10,604点（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）
イカ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）	イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
10,017点（生活療養を受ける場合にあっては、9,943点）	10,792点（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）
イヨ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）	イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
7,617点（生活療養を受ける場合にあっては、7,543点）	8,415点（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）
イタ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
25,702点（生活療養を受ける場合にあっては、25,628点）	25,894点（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）
イレ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
23,829点（生活療養を受ける場合にあっては、23,755点）	24,703点（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）
イソ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術	イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
21,524点（生活療養を受ける場合にあっては、21,450点）	23,870点（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）
イツ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術	イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術
15,253点（生活療養を受ける場合にあっては、15,179点）	14,607点（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）
イネ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの	イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
22,099点（生活療養を受ける場合にあっては、22,025点）	21,709点（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）
イナ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの	イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
18,115点（生活療養を受ける場合にあっては、18,041点）	18,652点（生活療養を受ける場合にあっては、18,578点）
イラ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫	イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫

摘出術　１　電解質溶液利用のもの 36,674点（生活療養を受ける場合にあっては、36,600点） イム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 32,538点（生活療養を受ける場合にあっては、32,464点） イウ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 100,243点（生活療養を受ける場合にあっては、100,169点） イキ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 60,796点（生活療養を受ける場合にあっては、60,722点）	摘出術　１　電解質溶液利用のもの 35,191点（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点） イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 33,460点（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点） イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 109,045点（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点） イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）

⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

「Ⅱ－２－①」を参照のこと。

⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．地域包括医療病棟において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

「Ⅱ－２－１」を参照のこと。

２．療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和７年６月１日以降より適用する。

改　定　案	現　　行
【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。この場合において注13の看護補助体制充実加算は別に算定できない。 注13　別に厚生労働大臣が定める施	【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点 （新設）

設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　80点 ロ　看護補助体制充実加算２　65点 ハ　看護補助体制充実加算３　55点	
(19)　「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）	(19)　「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）
(20)　「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）	(20)　「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）
(21)　「注13」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算３の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］

三　療養病棟入院基本料の施設基準等	三　療養病棟入院基本料の施設基準等
(9) 夜間看護加算の施設基準	(9) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。	イ　夜間看護加算の施設基準 ①　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。
ロ・ハ　（略） （削除）	②・③　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準 ①　イの①及び②を満たすものであること。 ②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。
(10) 看護補助体制充実加算の施設基準 イ　看護補助体制充実加算１の施設基準 ①　(9)のイ及びロを満たすものであること。 ②　看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。 ロ　看護補助体制充実加算２の施設基準	（新設）

① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ② 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。 ハ　看護補助体制充実加算３の施設基準 ① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ②看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する体制が整備されていること。	
11の２　療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算の施設基準 (1)　看護補助体制充実加算１の施設基準	11の２　療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算の施設基準
イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上配置されていること。	（新設）
ロ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。	（新設）
ハ　11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。	(1)　11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。
ニ　当該病棟の看護師長等が11の(6)のアに掲げる所定の研修を修	(2)　当該病棟の看護師長等が11の(6)

了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

ホ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算２の施設基準

(1)のロからホを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算３の施設基準

(1)のハ及びニを満たすものであること。

【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】

注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において注10の看護補助体制充実加算は別に算定できない。

イ　14日以内の期間　146点

ロ　15日以上30日以内の期間　121点

（削除）

のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

（新設）

（新設）

（新設）

【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】

注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護補助加算

(1) 14日以内の期間　146点

(2) 15日以上30日以内の期間　121点

ロ　看護補助体制充実加算

（１）14日以内の期間　151点

（２）15日以上30日以内の期間

	126点
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間 (1) 看護補助体制充実加算１　176点 (2) 看護補助体制充実加算２　161点 (3) 看護補助体制充実加算３　151点 ロ　15日以上30日以内の期間 (1) 看護補助体制充実加算１　151点 (2) 看護補助体制充実加算２　136点 (3) 看護補助体制充実加算３　126点	（新設）
11～13　（略）	10～12　（略）
(13) 「注９」及び「注10」に規定する看護補助加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。	(13) 「注９」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。
［施設基準］ ※　看護補助体制充実加算（療養病	［施設基準］

棟入院基本料）における見直しと同様。	
【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日つき160点を所定点数に加算する。この場合において、注５の看護補助体制充実加算は別に算定できない。	【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日つき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点
注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　190点 ロ　看護補助体制充実加算２　175点 ハ　看護補助体制充実加算３　165点	（新設）
６～13	５～12
［算定要件］ (7)　「注４」及び「注５」に規定する看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を	［算定要件］ (7)　「注４」に規定する看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、

実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。 (8) 「注５」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算３の例により算定すること。 ［施設基準］ ※　看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。	区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。 （新設） ［施設基準］

⑫　地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　（略）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　（略）

ロ　在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　580点 ② ①の患者以外の患者の場合　480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　480点 ② ①の患者以外の患者の場合　380点	ロ　在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

回復期リハビリテーション病棟入院料の要件及び評価について、以下のとおり見直す。

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の評価を見直す。
２．回復期リハビリテーション病棟入院料１について、入退院時の栄養状態の評価に GLIM 基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料２から５までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。
３．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、専従の社会福祉士の配置を要件とする。
４．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
５．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３については、FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件とする。
６．回復期リハビリテーション病棟１から５までについて、FIM を定期的に測定することを要件とする。
７．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件とする。
８．回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算１及び２を廃止する。
９．回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までについて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １　回復期リハビリテーション病棟入院料１　2,229点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,215点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,166点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,151点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,917点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,902点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,859点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,845点） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,696点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,682点） ［算定要件］ （削除） ４　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １　回復期リハビリテーション病棟入院料１　2,129点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,115点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,066点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,051点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,899点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,884点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,841点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,664点） ［算定要件］ 注４　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は回復期リハビリテーション病棟入院料２を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　体制強化加算１　200点 ロ　体制強化加算２　120点 ５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期

リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。	リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。
(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、定期的に日常生活機能評価又はＦＩＭの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。	（新設）
(9)～(13)　（略）	(8)～(12)　（略）
(14)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。	(13)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。
イ～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
(15) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書	(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書

又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。	又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。
イ～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
(16)～(19)　（略）	(15)～(18)　（略）
［施設基準］	［施設基準］
十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等	十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
(2)　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準	(2)　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準
イ～ロ　（略）	イ～ロ　（略）
ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。	ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。
ニ～リ　（略）	ニ～リ　（略）
ヌ　当該保険医療機関のＦＩＭの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してＦＩＭの測定に関する研修を実施していること。	（新設）
ル　地域支援事業に協力する体制を確保していること。	（新設）
ヲ　口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	（新設）
(3)　回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準 (2)のイ、ハからチまで、ル及びヲを満たすものであること。	(3)　回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準 (2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
(4)　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準	(4)　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準
イ～ホ　（略）	イ～ホ　（略）
ヘ　(2)のヌを満たすものであること。	（新設）
(5)～(10)　（略）	(5)～(10)　（略）

（削除）	(11)　体制強化加算の施設基準 （略）

［経過措置］

（１）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２に係る届出を行っている病棟については、令和７年５月 31 日までの間に限り、社会福祉士の配置に係る施設基準を満たすものとする。

（２）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１に係る届出を行っている病棟については、令和６年９月 30 日までの間に限り、入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準を満たすものとする。

（３）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３に係る届出を行っている病棟については、令和６年９月 30 日までの間に限り、FIM の測定に関する院内研修に係る施設基準を満たすものとする。

⑭　療養病棟入院基本料の見直し

「Ⅱ－３－⑤」を参照のこと。

⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

③　（略） ④　当該病棟の入院患者に関するロの区分に係る疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定について、記録していること。	③　（略） （新設）
ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 ①　入院基本料Ａ 医療区分三の患者	ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 ①　入院基本料Ａ １　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）にあっては、医療区分三の患者
（削除）	２　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」という。）にあっては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下このロにおいて「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者 （一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入

	院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 （二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
②　入院基本料Ｂ 医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの	②　入院基本料Ｂ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
③　入院基本料Ｃ 医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの	③　入院基本料Ｃ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
④　入院基本料Ｄ 別表第五の二に掲げる疾	④　入院基本料Ｄ １　特定患者八割未満の場

患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの （削除） ⑤　入院基本料Ｅ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの （削除）	合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの ２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの ⑤　入院基本料Ｅ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの ２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者 （一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 （二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病

	床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

［経過措置］

令和６年３月 31 日において、現に有床診療所療養病床入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、なお従前の例による。

⑯　児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　当該病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準等 (1) 児童・思春期精神科入院医療	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

管理料の施設基準 ア　（略） イ　（略） ウ　（略） エ　（略） オ　（略） カ　（略） キ　（略） (2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の注３に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準 虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1)　（略） (2)　（略） (3)　（略） (4)　（略） (5)　（略） (6)　（略） (7)　（略） （新設）

⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料２～４、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損	【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損

傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略） ※　特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。	傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略）

⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注13　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,581点 ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院して	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　1,420点 ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,315点	
【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、2,011点を算定する。	【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院する患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院して	【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　2,010点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,615点	

⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

第１　基本的な考え方

緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟緊急入院初期加算における事前の文書による情報提供の要件について、ICT を活用して、受入れを行う保険医療機関において当該患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がない場合であっても、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)　「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)　「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。	

⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－６－⑥」を参照のこと。

㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

「Ⅰ－６－⑦」を参照のこと。

㉒　DPC／PDPS の見直し

第１　基本的な考え方

DPC/PDPS を安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC 対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

第２　具体的な内容

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

２．DPC対象病院の基準の見直し
（１）データ数について
急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間１月当たりのデータ数が90以上」であることをDPC対象病院の基準として位置づける。

（２）適切なDPCデータの作成について
適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切なDPCデータの作成に係る基準について、DPC対象病院の基準として位置づけを見直す。

（３）DPC制度への参加等の手続きについて
データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和８年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

３．医療機関別係数の見直し
（１）基礎係数（医療機関群の設定等）
医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群）を設定する。ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。
※　データ数の算出にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

① 設定要件

DPC特定病院群は、実績要件１から４までの全て（実績要件３については、６つのうち５つ）について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く。）とする。また、各医療機関の実績値は、令和４年10月から令和５年９月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

【実績要件１】：診療密度

１日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正）

- 当該医療機関において症例数が一定以上（１症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の１日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和５年８月30日～令和５年９月30日）に掲載された「２：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード９桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「３：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の１日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件２】：医師研修の実施

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

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

【実績要件３】：医療技術の実施

- 外科系（外保連試案9.4版）
  - (3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
  - (3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

・　内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数

(3C)：対象症例件数

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

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

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.4版）において技術度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式１に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度B、外科医師数１人を１としてそれぞれ相対化。）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し算出する。

【例】技術度D、外科医師数３、手術時間数３の手術は6.99×3=20.97

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ技術度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- １つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を１つに絞り、対応関係を作成する。
  １．外科医師数
  ２．技術度
  ３．手術時間数
- 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数＋１」、「施行時間」。

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$xx（入院時JCS30以上）（DPC外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし） （ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし） （ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判

			断
５	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD J46、J45$のみ）	処置２（人工呼吸）
６	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸）
７	COPD急性増悪	040120xx99$1xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（DPC外含）	処置２（人工呼吸）
８	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり）（PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
９	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり）（ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５あり）	人工呼吸又は緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり）（ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822を除く）	処置２（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸、PMX等）
14	重症急性膵炎	060350xx$$$1x$（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　K85$のみ）（DPC外含）	処置２（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC６桁全て）	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置２あり／なし）（ICD　E055のみ）	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxx$x（ICD　E272のみ）	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検

20	急性白血病	130010xx99x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ） 130010xx97x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC６桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC６桁全て）（リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置２　３あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２　３（PMX、CHDF）

【実績要件４】: 補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、１日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数

② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

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

	(3B):DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C):対象症例件数	
【実績要件4】:補正複雑性指数(DPC補正後)		

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

（３）機能評価係数Ⅱ

保険診療係数による評価は廃止し、一部の評価項目について体制評価指数での評価に移行する。救急医療係数については医療機関別係数における位置づけを見直す。既存の４つの評価項目（地域医療、効率性、複雑性、カバー率）について、項目間での重み付けは等分とした上で、評価項目の再編を踏まえ、地域医療係数において体制評価指数を重点評価するよう見直す。

効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療指数における体制評価指数については、実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における実績評価手法を見直すとともに、「感染症」の項目において、医療計画における取組等を踏まえ、評価内容を見直す。また、新たな評価項目として、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を追加する。（別表２）

（４）救急補正係数

これまで機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。評価手法については、従前の考え方を維持し、機能評価係数Ⅱの各評価項目と重み付けは等分とする。

（５）激変緩和係数

従前の評価方法を維持し、診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）がプラスマイナス２％を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する（診療報酬改定のない年度の当該係数は０。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のうち、診療報酬改定前の実績と比べて推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が２％を超えて低く変動する医療機関については、当該医療機関の出来高実績点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療

機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を算出（補正診療報酬変動率）し、補正診療報酬変動率がマイナス２％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス２％となるように措置を行う。

４．診断群分類の見直し

（１）診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。点数設定にあたっては、データ数に係る基準を満たさない医療機関のデータを除外して算出する。

（２）点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、「入院期間Ｉでの１日当たり包括範囲点数／１入院期間での１日当たり包括範囲点数」が1.17を超える分類について、点数設定方式Bにより設定する。

（３）点数設定方式Eの新設

より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間Ｉで入院基本料を除く１入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部に適用する。

５．退院患者調査の見直し

データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。

６．その他

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

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「抗 TFPI モノクローナル抗体（コンシズマブ（遺伝子組換え））」を入院患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、当該薬剤は血液凝固因子製剤と同様に血友病患者における出血傾向の抑制を目的とした効能・効果を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表２　機能評価係数Ⅱの評価方法

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和６年度）＞　**太字下線部**が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
~~保険診療指数（廃止）~~	~~提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算~~	~~適切なDPCデータの作成~~ ~~・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）~~ ~~・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価）~~ ~~・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。~~ ~~・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）~~
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、~~１：１７：５~~）構成	体制評価指数： **５疾病５事業等における急性期入院医療５疾病６事業等を含む医療提供体制における役割や実績**を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和４年 10 月１日～令和５年９月 30 日データ

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

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

＜地域医療指数・体制評価指数の具体的な評価内容（令和６年度）＞　**太字下線部**が見直し内容

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

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

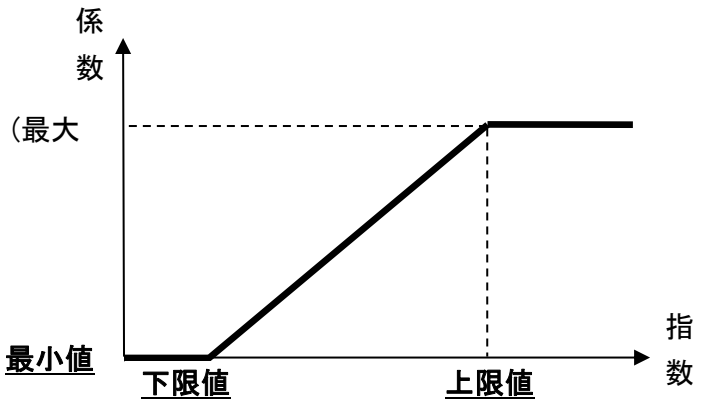
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="3">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
※　上記のいずれも満たした場合0.75P<u>（令和６年度で終了）</u>
・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
<u>・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和７年度以降の評価）</u>
<u>・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結（入院に係るものに限る）（0.5P）（令和７年度以降の評価）</u></td></tr>
<tr><td><u>治験等の実施</u></td><td><u>治験や臨床研究等の実績を評価</u></td><td>右記のいずれか１項目を満たした場合１P</td><td colspan="2">治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td>臓器提供の実施</td><td>法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価</td><td>・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（１P）</td><td colspan="2">・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が２件以上（１P）
・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）</td></tr>
<tr><td>医療の質向上に向けた取組</td><td>医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価</td><td colspan="3">・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P）（令和７年度以降の評価）
・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P）（※）
・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）（令和７年度以降の評価）
（※）令和６年度は１Pとして評価</td></tr>
<tr><td>医師少数地域への医師派遣機能</td><td>医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価</td><td>（評価は行わない）</td><td>・「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に３年以上在籍しているものに限る。）（１P）</td><td>（評価は行わない）</td></tr>
</table>

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目（大学病院本院群にあっては 13 項目）で評価
（１項目最大１P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：８P）

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
~~保険診療~~	~~（固定の係数値のため設定なし。）~~			~~群ごとに評価~~
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※１)	0	~~全群共通で群ごとに~~評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	
~~救急医療救急補正~~	97.5%tile 値	0（※２）	0	全群共通で評価



（※１）在院日数短縮の評価という趣旨から全群共通の下限値を設定　　（※２）報酬差額の評価という趣旨から設定

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○　がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMIS への参加、**「医師少数区域」への派遣医師数**

・　特に規定する場合を除き、下限値は０ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が０でないデータ）の 25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**を各項目の上限値とする。

○　脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・　実績を有するデータ（評価指標が０でないデータ）の 25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**を満たす場合は、各項目の上限値又は条件を満たすとする。25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**に満たない場合は、０ポイント（指数）又は条件を満たさないとする。

㉓　血友病患者の治療の評価の見直し

第１　基本的な考え方

血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

２．介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注 12 の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 （中略） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。） ※　別表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様。	［施設基準］ 別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注 12 の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 （中略） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂（う）回活性複合体の費用

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第１　基本的な考え方

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。

（１）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和７年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。

（２）診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。

（３）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。

（４）歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ Ｂ００１－３　生活習慣病管理料（Ⅰ） １　脂質異常症を主病とする場合　610 点 ２　高血圧症を主病とする場合　660 点 ３　糖尿病を主病とする場合　760 点 注１　別に厚生労働大臣が定める施	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ Ｂ００１－３　生活習慣病管理料 １　脂質異常症を主病とする場合　570 点 ２　高血圧症を主病とする場合　620 点 ３　糖尿病を主病とする場合　720 点 注１　保険医療機関（許可病床数

設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ｉ）に含まれるものとする。	２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
３・４　（略）	３・４　（略）
(1)　生活習慣病管理料（Ｉ）は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定された	(1)　生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの

ものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 (2)　生活習慣病管理料(Ⅰ)は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不	であり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 (2)　生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

要とする。 (3)　生活習慣病管理料(Ⅰ)については、当該患者の診療に際して行った「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。	(3)　当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
（削除）	(4)　生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
(4)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。	(5)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
(5)　(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者	（新設）

の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。	
（削除）	(6)　当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
(6)･(7)（略）	(7)･(8)（略）
(8)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。	(9)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。
(9)　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	（新設）
(10)　（略）	(10)　（略）
(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。	(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。
(12)～(14)　（略）	(12)～(14)　（略）
[施設基準] 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）の施設基準 (1)　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注	[施設基準] 四の九　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準 （新設）

１に規定する施設基準 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４に規定する施設基準 イ 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	(1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
第６の９ 生活習慣病管理料 １ 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１に規定する施設基準 (1) 患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。 (2) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。 ２～４ （略）	第６の９ 生活習慣病管理料 （新設） １～３ （略）

２．検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新） 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、

区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

（２）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理及び第２章第１部第１節医学管理等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の 37 に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００５の 14 に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

（３）生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できない。

（４）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290 点を算定する。

［施設基準］

（１）生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

（２）患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３）治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。

（４）生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（新）　<u>血糖自己測定指導加算</u>　<u>500 点</u>

［算定要件］

糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年１回に限り所定点数に500点を加算する。

（新）　外来データ提出加算　50点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

（２）データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

３．特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

（※１）　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。

（※２）　糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注３」を削除する。

４．より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

改　定　案	現　　行
【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害	【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害

処置後甲状腺機能低下症 （削除） スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 （削除） 虚血性心疾患 （中略） アナフィラキシー ギラン・バレー症候群	処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） （新設） （新設）

②　特定疾患処方管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

リフィル処方箋による処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算１を廃止するとともに、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算２について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

改　定　案	現　　行
【処方料】 ［算定要件］ （削除）	【処方料】 ［算定要件］ 注５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。
５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。	６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合におい

	て、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
６～８　（略）	７～９　（略）
【処方箋料】 ［算定要件］ （削除）	【処方箋料】 ［算定要件］ ４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。
４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。	５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患	【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 （中略）	分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 （中略）

③　地域包括診療料等の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。

２．担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。

３．市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。

４．患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。

５.「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。

６．患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］	【地域包括診療料】 ［算定要件］

(4) 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。	（新設）
(5)・(6) （略）	(4)・(5) （略）
(7) 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第７条第５項に規定する介護支援専門員及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第３条第１項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。	（新設）
(8) 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	（新設）
(9) (7)及び(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	（新設）
(10)～(12) （略）	(6)～(8) （略）
［施設基準］ 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ・ロ（略） ハ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。	［施設基準］ 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ・ロ（略） （新設）

二　地域包括診療加算の届出を行っていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ、ハ及び二を満たすものであること。 1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。 (3) 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。 イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。 ウ　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。 (4) (3)のア、イ及びウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 (5)～(6)（略） (7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つ	ハ　地域包括診療加算の届出を行っていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。 1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1)　（略） (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。 （新設） (4)～(5)（略） (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つ

を満たしていること。 ア～ケ（略） コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。 (8)（略） (9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア　担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第９号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。 (10)（略） (11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ２ 地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。 ※　地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。	を満たしていること。 ア～ケ（略） （新設） (7)（略） （新設） (8)（略） （新設） ２ 地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

［経過措置］

（１）地域包括診療料等の施設基準については、令和６年３月 31 日において現に届出を行っている保険医療機関については、同年９月 30 日までの間に限り、なお従前の例による。

（２）令和７年５月 31 日までの間に限り、１の（４）を満たすものとする。

７．上記の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【再診料】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　28点 ロ　地域包括診療加算２　21点 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行っ	【再診料】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　25点 ロ　地域包括診療加算２　18点 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行っ

た場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１　38点 ロ　認知症地域包括診療加算２　31点 【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　1,660点 ２　地域包括診療料２　1,600点 【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１　1,681点 ２　認知症地域包括診療料２　1,613点	た場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１　35点 ロ　認知症地域包括診療加算２　28点 【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　1,660点 ２　地域包括診療料２　1,600点 【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１　1,681点 ２　認知症地域包括診療料２　1,613点

①　感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．感染対策向上加算１～３の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第８次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う。

２．感染対策向上加算１における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う。また、介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 ホ　介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。 ヘ・ト　（略） (2) 感染対策向上加算２の施設基準	【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 （新設） ホ・ヘ　（略） (2) 感染対策向上加算２の施設基準

イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。 (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。 第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。 イ　指定介護老人福祉施設 ロ　指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ　介護老人保健施設 ニ　介護医療院 ホ　指定特定施設入居者生活	イ～ニ　（略） （新設） (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） （新設） 第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。 （中略） （新設）

介護事業所 ヘ　指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ト　指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 チ　指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ヌ　指定障害者支援施設 ル　指定共同生活援助事業所 ヲ　指定福祉型障害児入所施設 （中略）	（中略）
(3)～(15)　（略）	(3)～(15)　（略）
(16) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	(16) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(17)～(23)　（略）	(17)～(23)　（略）
(24) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	（新設）
２　感染対策向上加算２の施設基準	２　感染対策向上加算２の施設基準
(14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　（略）	(15)～(17)　（略）
(18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実	（新規）

施することが望ましい。 ３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第36条の３第１項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。 (15)～(17)　（略） (18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 (15)～(17)　（略） （新設）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に感染対策向上加算１、２又は３の届出を行っている保険医療機関については、令和６年 12 月 31 日までの間に限り、それぞれ１(16)、２(14)又は３(14)の基準を満たしているものとみなす。

②　外来感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

第８次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
２．外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第８次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

改　定　案	現　　行
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注 11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り 20 点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注 11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準

(1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制が整備されていること。 (3)　（略） １　外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1) ～(12)　（略） (13) 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。 (14) 感染症法第 38 条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第 36 条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。 (15)～(17)　（略） (18) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。 (19)　（略） [経過措置] 令和６年３月 31 日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和６年 12 月 31 日までの間に限り、１	(1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 (3)　（略） １　外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1) ～(12)　（略） （新設） (13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 (14)～(16)　（略） （新設） (17)　（略） [経過措置] （新設）

の(14)の基準を満たしているものとみなす。 ※　再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。	
【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 ６・７　（略）	【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 ６・７　（略）

③　感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

第１　基本的な考え方

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

第２　具体的な内容

１．感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設する。

（新）　特定感染症入院医療管理加算（１日につき）

１	治療室の場合	200 点
２	それ以外の場合	100 点

［対象患者］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの

［算定要件］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

※　感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

（三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染

対策が特に重要である感染症）
狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

２．特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲を見直す。

改定案	現行
【特定集中治療室管理料】 注３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、（中略）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	【特定集中治療室管理料】 注３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア

ハ～チ　（略） ※　救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料についても同様。	加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）

３．感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合の評価の必要性を踏まえ、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び算定可能な入院料の範囲を見直す。

改定案	現行
【特定感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している患者であって、次に掲げる感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要	【二類感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定

を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。 イ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症 ロ　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症 ハ　感染症法第６条第５項に規定する四類感染症 二　感染症法第６条第６項に規定する五類感染症 ホ　感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症 ヘ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症	している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。
(1) 特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、以下の感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。	(1) 二類感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。
（個室加算の対象となる感染症） 狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染	（新設）

症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症	
（陰圧室加算の対象となる感染症） 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症	（新設）
【地域包括ケア病棟入院料】 注６　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、（中略）、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理	【地域包括ケア病棟入院料】 注６　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、（中略）、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地

料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。 ※　特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション入院料についても同様。	域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

④　サーベイランス強化加算等の見直し

第１　基本的な考え方

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、３点を更に所定点数に加算する。 ５　感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用体制加算として、５点を更に所定点数に加算する。	【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。 （新設）

［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (7) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。	［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 （新設）
第21　感染対策向上加算 ７　抗菌薬適正体制使用加算の施設基準 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近６か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。	第21　感染対策向上加算 （新設）
８　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） (5) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 (6)　（略）	７　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） （新設） (5)　（略）
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注15　注11に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。 16　（略）	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ （新設） 15　（略）
［施設基準］ 三の六　抗菌薬適正使用体制加算の	［施設基準］ 三の六　削除

施設基準 　抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。 第１の６の２　抗菌薬適正使用体制加算 １　抗菌薬適正使用体制加算 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近６か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。 ２　届出に関する事項 　抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 ※　再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様。	（新設）

⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

第１　基本的な考え方

新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備についての新たな評価等を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科外来診療における医療安全対策についての体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科初診料）　12 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、初診時１回に限り 12 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科再診料）　２点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、２点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛

生士がそれぞれ１名以上配置されていること。
（４）医療安全管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあっては、歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（８）（７）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）、（６）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）令和７年５月 31 日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　13 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、初診時１回に限り 13 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　３点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、３点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であ

ること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が１名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が１名以上配置されていること。
（４）歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（８）（７）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）令和７年５月 31 日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

２．歯科外来診療における院内感染防止対策について、新興感染症等の患者に対応可能な体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科初診料）　12 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、初診時１回に限り 12 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科再診料）　２点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、２点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が１名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が１名以上配置されていること。
（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科初診料）　14 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、初診時１回に限り 14 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科再診料）　４点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、４点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ１名以上配置されていること。
（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
（６）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。
（７）新型インフルエンザ等感染症等に係る事業継続計画を策定していること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。
（８）歯科外来診療を円滑に実施できるよう、新型インフルエンザ等感染症等に係る医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。
（９）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）から（９）までに該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　13 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、初診時１回に限り 13 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　３点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、３点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が１名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が１名以上配置されていること。
（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（３）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　15 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、初診時１回に限り 15 点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　５点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、５点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が１名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が１名以上配置されていること。

（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者を配置していること。

（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

（５）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。

（６）新型インフルエンザ等感染症等に係る歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。

（７）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通

令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、（３）から（７）までに該当するものとみなす。

３．１及び２を踏まえ、歯科外来診療環境体制加算は廃止する。

４．歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえて評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者へ歯科治療を実施する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］ 注６　著しく歯科診療が困難な者に	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］ 注６　著しく歯科診療が困難な者に

対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科治療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（個室又は陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して初診を行った場合に限り、歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算２として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。	対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
(14) 歯科診療特別対応加算１及び歯科診療特別対応加算２ 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の	(14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。

状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　感染対策が特に必要な状態 (15) 歯科診療特別対応加算３ 　歯科診療特別対応加算３を算定した場合は、当該患者の病名を診療録に記載する。 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	イ～ニ　（略） （新設） （新設）

５．歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等の患者を対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科治療時医療管理料】 ［算定要件］ (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又は感染対策が特に必要な患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 ※　在宅患者歯科治療時医療管理料についても同様。 【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算	【歯科治療時医療管理料】 ［算定要件］ (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算

は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【歯科疾患在宅療養医療料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

第１　基本的な考え方

薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、５点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。また、区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が医科点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及びＡ００１に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算又は区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　注５又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「第二種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた保険薬局であること。 (2) 災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。 (3) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。 四の三　調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 　当該保険薬局が特別調剤基本料Ａを算定する場合の要件に係る保険医療機関であること。 ［経過措置］ 　令和６年３月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和６年12月31日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。	［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 （新設） 　他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。 （新設） （新設） ［経過措置］ （新設）

※　上記の改正に伴い、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた算定要件について、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）で下記の事項を規定予定。

〇新型インフルエンザ等感染症等の発生時において自宅療養者等に対する調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付等に対応する体制

〇要指導医薬品・一般用医薬品、検査キット（体外診断用医薬品）の販売

〇オンライン服薬指導を行うための必要な通信環境、セキュリティ対応等

〇以下の研修の実施

・第二種協定指定医療機関の締結時に求められる新興感染症等の発生時におけ

る自宅・宿泊療養患者への対応に係る研修
・災害発生時における対応に係る研修
・オンライン服薬指導実施要領に基づく、必要な知識を習得するための研修
〇地域の住民が薬局の体制を把握できるよう、災害や新興感染症発生時における対応体制の確保について、行政機関や薬剤師会を通じて公表・周知

⑦　新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

第１　基本的な考え方

感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１を算定できることとする。

改　定　案	現　　行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注10　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、同条第９項に規定する新感染症の発生時又はまん延時においては、注１の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はそ	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

の家族等に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、１を算定できる。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。 11　注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。	（新設）

①　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

②　時間外対応加算の見直し

「Ⅰ－６－①」を参照のこと。

③　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること、医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していることが望ましいことを要件に追加する。

２．上記の見直し、新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児かかりつけ診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児かかりつけ診療料】 １　小児かかりつけ診療料１ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　652点 (2)　再診時　458点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　769点 (2)　再診時　576点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　641点 (2)　再診時　447点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　565点 ［算定要件］ (1)～(5)（略） (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う	【小児かかりつけ診療料】 １　小児かかりつけ診療料１ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　641点 (2)　再診時　448点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　566点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　630点 (2)　再診時　437点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　747点 (2)　再診時　555点 ［算定要件］ (1)～(5)（略） (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う

こと。 ア～エ　（略） オ　発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。 カ　不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。 キ　かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。	こと。 ア～エ　（略） （新設） （新設） オ　かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。
［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)（略） (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。 (3)・(4)（略） (5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。 2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。 (2)（略）	［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)（略） （新設） (2)・(3)（略） （新設） 2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2)（略）

④　継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

第１　基本的な考え方

地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ歯科医による歯科疾患の管理について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による実施を評価しているが、これを見直し、口腔機能管理に関する実績要件等も満たす診療所による実施を評価することとする。

２．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料にかかりつけ歯科医による口腔機能管理に関する評価を新設する。

３．エナメル質初期う蝕管理加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ （削除）	【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ 注10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療

	養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。
10　（略）	11　（略）
11　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　120点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点	12　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　120点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合し	３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かか

ているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	りつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所 １、在宅療養支援歯科診療所 ２又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所 １、在宅療養支援歯科診療所 ２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

である保険医療機関の場合 150点 ロ　（略）	ロ　（略）
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。	【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ （新設）
【口腔機能管理料】 ［算定要件］	【口腔機能管理料】 ［算定要件］

注３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 (1)～(3)　（略） (4) 口腔機能管理に関する実績があること。 (5) 次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 (6)～(9)　（略）	［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 (1)～(3)　（略） （新設） (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 (5)～(8)　（略）
［経過措置］ 令和６年３月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の薬剤師としての 24 時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう薬剤師の勤務状況や患者への対応実態に合わせて見直しを行う。

２．吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入指導加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） ８　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。 (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者	【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） （新設） (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者

に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） エ　患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。 オ　患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制とすること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。	に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） （新設） エ　患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

３．かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合の要件を見直し、患者の同意を得た上で、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が服薬管理指導料の特例を算定できるようにする。

「Ⅱ－７－⑥」を参照のこと。

４．調剤後薬剤管理指導料（新設）で必要とされる対応は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能とする。

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

⑥　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し

第１　基本的な考え方

服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため､かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。

第２　具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合における要件について、１名までの保険薬剤師に限るとする規定を見直し、当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人でも患者にあらかじめ同意を得ることで特例を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（<u>１名までの保険薬剤師に限る。</u>以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で

できる。 (2)～(6)　（略）	服薬指導等を行った場合に算定できる。 (2)～(6)　（略）
【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】 ［施設基準］ 1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。 (1)・(2)　（略） (3) 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週４日以上である場合を含む。）勤務していること。 (4) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。 (5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。	【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】 ［施設基準］ 1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。 (1)・(2)　（略） （新設） （新設） （新設）

⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、対象患者を慢性心不全患者に拡大するとともに、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者、慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。これに伴い、服薬管理指導料の注 10 の調剤後薬剤管理指導加算は廃止する。

２．調剤後薬剤管理指導料が対象とする業務は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能となるよう見直す。

（新）　調剤後薬剤管理指導料

１	糖尿病患者に対して行った場合	60 点
２	慢性心不全患者に対して行った場合	60 点

［算定要件］

１．区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、１については糖尿病であって､別に厚生労働大臣が定めるものに対して、２については心疾患による入院の経験があり、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全の患者に対して、保険医療機関の求めがあった場合又は患者若しくはその家族等の求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行ったときに､調剤後薬剤管理指導料として､月１回に限り算定できる。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

イ　調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に

行う場合を除く。)。
ロ　必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。
ハ　処方医へ必要な情報を文書により提供すること。
２．区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の注６に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。
３．区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

［施設基準］
次のいずれかに該当するものであること。
（１）新たに糖尿病用剤が処方されたもの
（２）糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの

①　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進

第１　基本的な考え方

介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、定期的なカンファレンスを実施するなど、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　200 点

［対象患者］

往診を行う保険医の所属する保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200 点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）において、協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設

等から 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供していること。
（２） 当該介護保険施設等と連携体制が確保されていること。
（３）（２）に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]
令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

②　地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進

第１　基本的な考え方

地域における 24 時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関において訪問診療を実施している患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が当該他の保険医療機関と定期的にカンファレンスを行っていること又は ICT を用いて診療情報や患者の急変時の対応方針について最新の情報を確認できること等により、平時からの連携体制を構築した上で、当該在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　往診時医療情報連携加算　200 点

［対象患者］

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関において、訪問診療を受けている患者

［算定要件］

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。)によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として 200 点を所定点数に加算する。

③　往診に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者及び往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者に対する往診以外の往診について緊急の往診に係る評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　別に厚生労働大臣が定める	【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援診療所又は在

患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2)　（略） ロ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） ハ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） 二　別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 (1) 緊急往診加算　325点 (2) 夜間・休日往診加算　405点 (3) 深夜往診加算　485点	宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2)　（略） ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） （新設）
注６　注１のイからハまでの場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	注６　注１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間及び別に厚生労働大臣が定める患者 (1) 厚生労働大臣が定める時間 保険医療機関において専ら診療	［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

に従事している一部の時間 (2) 厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当するものであること。 イ　往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの ロ　往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの ハ　往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者 ニ　往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）に入所する患者	（新設）

④　在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進

第１　基本的な考え方

在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）　100点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者がICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。

（２）診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］
令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

２．在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料）　100 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT 用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100 点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
（２）診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］
令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

３．歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅歯科医療情報連携加算　100 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100 点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
（２）診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］
令和７年５月 31 日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

⑤　在宅療養移行加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して 24 時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、他の保険医療機関と 24 時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスや ICT を用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　316 点 ロ　在宅療養移行加算２　216 点 ハ　在宅療養移行加算３　216 点 ニ　在宅療養移行加算４　116 点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用	【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　216 点 ロ　在宅療養移行加算２　116 点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用

する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１、２、３及び４は、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が、当該保険医療機関の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。	する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１及び２は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。
ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算２については以下の（イ）から（ハ）までを満たして訪問診療を実施した場合に、算定する。なお、在宅療養移行加算１及び２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。	ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。
(イ)～(ハ)　（略）	(イ)～(ハ)　（略）
(ニ)　当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	（新設）
イ　在宅療養移行加算３については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算４については以下の（イ）から（ニ）までを満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養	イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制

移行加算３及び４を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。 （イ）～（ニ） （ホ）当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変等の際の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。 （イ）～（ニ） （新設）

⑥　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅麻薬等注射指導管理料】 １　悪性腫瘍の場合　1,500点 ２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点 ３　心不全又は呼吸器疾患の場　1,500点	【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　２については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケ	（新設）

アを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設） 【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２．注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者に、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加した上で、評価体系を見直す。

改　定　案	現　　行
【注入ポンプ加算】 1,250点	【注入ポンプ加算】 1,250点

［算定要件］ 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者 ロ　次のいずれかに該当する患者 (1) 悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 (2) 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者 (3) (1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者 ハ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ニ　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている患者	［算定要件］ 注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 ロ　悪性腫瘍の患者であって、在	【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ハ　イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	

⑦　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

第１　基本的な考え方

在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICT の活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICT の活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200 点

［対象患者］

在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

［算定要件］

（１）訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料の注 15（区分番号Ｃ００２－２の注５の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した

上で療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に限り算定できる。

⑧　在宅ターミナルケア加算等の見直し

第１　基本的な考え方

本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算等について、算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前 14 日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。
２．看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注３　在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注６に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号Ｃ００１－２の注５に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げ	【往診料】 ［算定要件］ （新設）

る区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者 (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 ① 病床を有する場合 6,500点 ② 病床を有しない場合 5,500点 (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 ① 病床を有する場合 6,500点 ② 病床を有しない場合 5,500点 (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点	

４　往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注３に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注７（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む）に規定する看取り加算は算定できない。	
【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は	【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）

⑨　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

第１　基本的な考え方

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が 10 人以上 19 人以下、20 人以上 49 人以下及び 50 人以上の場合の評価を新設する。
２．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近３月の訪問診療の算定回数等が 2,100 回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が 10 人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
３．医療ＤＸ及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

改　定　案	現行
【在宅時医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　5,385点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,485点 ③　単一建物診療患者が10人	【在宅時医学総合管理料】 １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　5,400点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,500点 ③　①及び②以外の場合

以上19人以下の場合 2,865点	2,880点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,400点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 2,110点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,485点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,385点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,185点	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,400点 ③　①及び②以外の場合 1,200点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,065点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 905点	（新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,014点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,670点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 865点	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,685点 ③　①及び②以外の場合 880点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 780点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 660点	（新設）
(4) 月１回訪問診療を行ってい	(4) 月１回訪問診療を行ってい

る場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,745点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,485点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 670点 ⑤ ①から④まで以外の場合 575点 (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,500点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 828点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 425点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 373点 ⑤ ①から④まで以外の場合 317点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 4,985点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,125点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,625点	る場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,760点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,500点 ③ ①及び②以外の場合 780点 （新設） （新設） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,515点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 843点 ③ ①及び②以外の場合 440点 （新設） （新設） ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 5,000点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,140点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点

④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,205点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 1,935点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,085点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,185点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,085点	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,200点 ③　①及び②以外の場合 1,100点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 970点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 825点	（新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,774点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,550点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 805点	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,565点 ③　①及び②以外の場合 820点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 720点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 611点	（新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人

の場合　2,505点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,365点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 705点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 615点 ⑤　①から④まで以外の場合 525点 (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,380点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 768点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 395点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 344点 ⑤　①から④まで以外の場合 292点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　4,585点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 3,765点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,385点	の場合　2,520点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,380点 ③　①及び②以外の場合 720点 （新設） （新設） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,395点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 783点 ③　①及び②以外の場合 410点 （新設） （新設） ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　4,600点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 3,780点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,010点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 1,765点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 3,685点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 3,700点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,985点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,000点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 745点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,554点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,569点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,450点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,465点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点	(3) (1)及び(2)以外の場合 780点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 578点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合	ニ　月１回訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,285点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,300点
(2) 単一建物診療患者が２人以	(2) 単一建物診療患者が２人以

上９人以下の場合 1,265点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 490点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,270点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 718点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 275点 ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,435点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,820点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点	上９人以下の場合 1,280点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 （新設） （新設） ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,285点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 733点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点 （新設） （新設） ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,450点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,835点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点 （新設）

(5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,735点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,460点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 555点	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,750点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,475点 (3) (1)及び(2)以外の場合 750点 （新設） （新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,014点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,165点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 487点	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,029点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,180点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,745点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 980点 (3) 単一建物診療患者が10人以	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,760点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 995点 (3) (1)及び(2)以外の場合

上19人以下の場合 545点	560点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 395点	（新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,000点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,015点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 575点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 590点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 315点	(3) (1)及び(2)以外の場合 330点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 264点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 225点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１～６　（略）	注１～６　（略）
７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　400点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　400点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　100点	(3) (1)及び(2)以外の場合 100点
(4) 単一建物診療患者が20人以	（新設）

上49人以下の場合 85点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 75点	（新設）
ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 56点	ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) (1)及び(2)以外の場合 75点 （新設） （新設）
ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　50点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 43点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 38点	ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) (1)及び(2)以外の場合 50点 （新設） （新設）
８～13　（略） 14　１のイの(1)の③から⑤、１のイの(2)の③から⑤、１のイの(3)の③から⑤、１のイの(4)の③から⑤、１のイの(5)の③から⑤、１のロの(1)の③から⑤、１のロの(2)の③から⑤、１のロの(3)の③から⑤、１のロの(4)の③から⑤、１のロの(5)の③から⑤、２のイの(3)から(5)、２のロの(3)から(5)、２のハの(3)から(5)、２の二の(3)から(5)、２のホの(3)から(5)、３のイの(3)から(5)、３のロの(3)から(5)、３のハの(3)から(5)、３の二の	８～13　（略） （新設）

(3)から(5)及び３のホの(3)から(5)について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。	
【施設入居時等医学総合管理料】 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,885点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,225点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,400点 ⑤　①から④まで以外の場合　2,110点 (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,185点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,185点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,065点 ⑤　①から④まで以外の場合	【施設入居時等医学総合管理料】 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点 ③　①及び②以外の場合　2,880点 （新設） （新設） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点 ③　①及び②以外の場合　1,200点 （新設） （新設）

905点	
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,234点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,250点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 865点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 780点 ⑤ ①から④まで以外の場合 660点	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,249点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,265点 ③ ①及び②以外の場合 880点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,965点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,065点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 670点 ⑤ ①から④まで以外の場合 575点	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,980点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,080点 ③ ①及び②以外の場合 780点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,110点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,125点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合

618点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 425点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 373点 ⑤　①から④まで以外の場合 317点	633点 ③　①及び②以外の場合 440点 （新設） （新設）
ロ　病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,585点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,955点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,625点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,205点 ⑤　①から④まで以外の場合 1,935点 (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,885点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,535点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,085点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 970点 ⑤　①から④まで以外の場合 825点 (3) 月２回以上訪問診療等を行	ロ　病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,600点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,970点 ③　①及び②以外の場合 2,640点 （新設） （新設） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,550点 ③　①及び②以外の場合 1,100点 （新設） （新設） (3) 月２回以上訪問診療等を行

っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,054点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,160点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　805点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　720点 ⑤　①から④まで以外の場合　611点	っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,069点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,175点 ③　①及び②以外の場合　820点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,785点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　975点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　705点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　615点 ⑤　①から④まで以外の場合　525点	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　990点 ③　①及び②以外の場合　720点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,020点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　573点 ③　単一建物診療患者が10人	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,035点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　588点 ③　①及び②以外の場合

以上19人以下の場合 395点	410点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 344点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 292点	（新設）
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,285点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,300点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,685点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,700点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,385点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,010点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 1,765点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,585点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,600点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,385点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,400点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 745点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回

以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,894点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,090点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 578点	以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,909点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,105点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,625点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 905点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 490点	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,640点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 920点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 （新設） （新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 940点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 538点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 955点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 553点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 275点	（新設）
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,435点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,450点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,010点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,935点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,950点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,010点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 555点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,534点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 895点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 487点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,549点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 910点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,265点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 710点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 545点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 395点	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,280点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 725点 (3) (1)及び(2)以外の場合 560点 （新設） （新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 760点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 440点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 315点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 264点	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 775点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 455点 (3) (1)及び(2)以外の場合 330点 （新設）

(5) (1)から(4)まで以外の場合 225点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 300点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 300点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 150点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 150点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合 75点	(3) (1)及び(2)以外の場合 75点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 56点	（新設）
ロ　在宅療養実績加算１	ロ　在宅療養実績加算１
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 225点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 225点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 110点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 110点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合 56点	(3) (1)及び(2)以外の場合 56点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 47点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 42点	（新設）
ハ　在宅療養実績加算２	ハ　在宅療養実績加算２
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 150点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 150点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 75点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 75点

(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　40点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　33点 (5) (1) から(4)まで以外の場合　30点 ４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで及び注14の規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 ６・７　（略） 【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準 (10) 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 当該保険医療機関の訪問診療の回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日までに開設した保険医療機関を除く。）の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと。	(3) (1)及び(2)以外の場合　40点 （新設） （新設） ４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 ６・７　（略） 【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準 （新設）

４．機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の１月か

ら在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 第三　医学管理等 　六　在宅療養支援診療所の施設基準 　　(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること 　　イ～ヨ　（略） 　　タ　訪問診療の回数が一定数以上の場合にあっては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること。 ※　第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 第三　医学管理等 　六　在宅療養支援診療所の施設基準 　　(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること 　　イ～ヨ　（略） 　　（新設）

［経過措置］

１．第三の六の（１）タ、第三の六の（２）ヨ、第四の一の（１）タ及び第四の一の（２）タに係る規定は、令和６年３月 31 日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和７年５月 31 日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする。

２．第四の一の六（10）に係る規定は、令和６年３月 31 日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までは当該基準を満たすものとする。

⑩　在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進

第１　基本的な考え方

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

第２　具体的な内容

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） カ　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。 １　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 タ　当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新規） １　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）

険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。	
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） カ　訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新規）
1　在宅療養支援病院の施設基準 次の（1）から（3）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 チ　当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。	1　在宅療養支援病院の施設基準 次の（1）から（3）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）
※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。	
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関について	［経過措置］ （新設）

は、令和７年５月31日までの間に限り、第四の一の(1)のカ、(2)のカ若しくは(3)のヲに該当するものとみなす。	

⑪　包括的支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）。
２．包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受	【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受

けている状態 麻薬の投薬を受けている状態 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	けている状態 （新設） その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

⑫　訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の頻度が高い場合における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去３月の患者（一部の状態を除く。）一人あたりの訪問診療の回数が平均で 12 回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ 注 12　１について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合における５回目以降の当該訪問診療については、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ （新設）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 注６　注１のイの場合について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月に	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 （新設）

おいて訪問診療を５回以上実施した場合における５回目以降の当該訪問診療については、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。 ［施設基準］ 一の五の二　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 　患者一人当たりの直近３月の訪問診療の回数が一定数未満であること。 第９　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準 　以下のいずれにも該当する場合 　当該医療機関において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が 12 未満であること。なお、アの数が 120 を超えない場合はこの限りではない。 　ア　直近３月に訪問診療を行った回数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。） 　イ　直近３月に訪問診療を行った患者の数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く。）	［施設基準］ （新設）

［経過措置］ 　令和六年三月三十一日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑬　頻回訪問加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　初回の場合　800点 ロ　２回目以降の場合　300点 ※　施設入居時等医学総合管理料においても同様。	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

⑭　訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化

第１　基本的な考え方

提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。

第２　具体的な内容

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）の一部を改正し、管理者の責務を明確化する。また、管理者について、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合には、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理できることとする。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は<u>同一敷地内にある</u>他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）
第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 (2) 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ	第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 (2) 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ

ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととする。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。 イ　（略） ロ　（略） ハ　同一の指定訪問看護事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制と	ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。 イ　（略） ロ　（略） ハ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

なっている場合などは、管理者の業務に支障があると考えられる。） ４　運営に関する事項 （14）管理者の責務（基準省令第20条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者の責務に関し、利用者に対する看護やサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。	４　運営に関する事項 （14）管理者の責務（基準省令第20条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

⑮　虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。

第２　具体的な内容

１．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。また、本改正に際し、２年の経過措置期間を設ける。

２．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 四　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、そ	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） （新設） （新設）

の際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 五～七　（略）	三～五　（略）
（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） 七　虐待の防止のための措置に関する事項 八　その他運営に関する重要事項	（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） （新設） 七　その他運営に関する重要事項

⑯　訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し

第１　基本的な考え方

多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．訪問看護管理療養費について、訪問看護ステーションの利用者に占める同一建物居住者の割合、特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者、特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者に該当する利用者及び精神科訪問看護利用者の GAF 尺度の受入実績に応じた評価体系に変更する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき） イ　訪問看護管理療養費１　3,000円 ロ　訪問看護管理療養費２　2,500円 ［算定要件］ 注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神	【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　3,000円 （新設） （新設） ［算定要件］ 注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び

科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。	精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。
[施設基準] (4) 訪問看護管理療養費１の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が７割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。 イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。 ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に５人以上であること。	[施設基準] （新設）
(5) 訪問看護管理療養費２の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が７割以上であること又は当該割合が７割未満であって（４）のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。	（新設）
(6)～(9)　（略）	(4)～(7)　（略）
[経過措置] 一　令和六年三月三十一日時点にお	[経過措置] （新設）

いて現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和六年九月三十日までの間に限り、第一の六の(4)の基準に該当するものとみなす。	

２．機能強化型訪問看護管理療養費１の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。

３．訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

４．訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　13,230円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　10,030円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,700円 ニ　イからハまで以外の場合　7,670円 ２　（略）	【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,470円 ニ　イからハまで以外の場合　7,440円 ２　（略）
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 （新設）
［経過措置］ 一　令和六年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問	［経過措置］ （新設）

看護ステーションについては、令和八年五月三十一日までの間に限り、第一の六の(1)のトに該当するものとみなす。	

⑰　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

「Ⅰ－５－⑤」を参照のこと。

⑱　緊急訪問看護加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

第２　具体的な内容

１.緊急訪問看護加算に、同一月の算定回数に応じた算定区分を設ける。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　月14日目まで　2,650円 ロ　月15日目以降　2,000円 ※　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費についても同様。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。 （新設） （新設）

２．緊急訪問看護加算を算定する際に、利用者又はその家族等が求めた内容、主治医の指示内容及び緊急の指定訪問看護の実施内容等を記録することを明確化する。

３．また、緊急の指定訪問看護を行った理由について、訪問看護療養費明細書の備考に記載を求める。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ (4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。 (5)　（略） (6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ （新設） (4)　（略） （新設）

⑲　医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第１　基本的な考え方

退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院支援指導加算に規定する長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合の加算について、退院日に看護師等が複数回の訪問により療養上必要な指導を行った場合において、当該指導に要する時間の合計が90分を超えた場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。	【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

⑳　母子に対する適切な訪問看護の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）
【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）

２．訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、１日につき1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。 ［施設基準］ 四　訪問看護基本療養費の注11に規定する乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者 (1) 超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 五～十一　（略） ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、１日につき1,500円を所定額に加算する。 ［施設基準］ （新設） 四～十　（略）

㉑　訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

第１　基本的な考え方

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

第２　具体的な内容

令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の主たる傷病名について、傷病名コードを記載することとし、当該様式の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。	【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。
【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］	【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。 また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。 なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。	(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。 なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

㉒　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設

「Ⅱ－１―④」を参照のこと。

㉓　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問看護・指導料】 ［算定要件］ 注 17　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ００５の注 10（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150 点を所定点数に加算する。 18・19　（略）	【在宅患者訪問看護・指導料】 ［算定要件］ （新設） 17・18　（略）

［施設基準］ 四の三の六　在宅患者訪問看護・指導料の注 17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準 　情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

㉔　質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価を見直すとともに、歯科訪問診療の後方支援等を行う病院について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療１における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料】 １　歯科訪問診療１　1,100点 ２　歯科訪問診療２　410点 ３　歯科訪問診療３　310点 ４　歯科訪問診療４　160点 ５　歯科訪問診療５　95点 ［算定要件］ 注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に３人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略） ３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって	【歯科訪問診療料】 １　歯科訪問診療１　1,100点 ２　歯科訪問診療２　361点 ３　歯科訪問診療３　185点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略） ３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって

通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に４人以上９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略）	通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略）
４　４については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上19人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療	（新設）
５　５については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に20人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	（新設）

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ６　２から５までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ287点、217点、96点又は57点を算定する。ただし、２及び３について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。	４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合
７・８　（略）	５・６　（略）
９　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定	７　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定

する場合　159点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　120点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　60点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　36点 ロ　夜間歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　317点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　240点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　121点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　72点 ハ　深夜歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　636点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　481点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　249点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　148点 10～14　（略） 15　１から５までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　267点 ロ　再診時　58点 16　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行	する場合　140点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　70点 （新設） （新設） ロ　夜間歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　280点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　140点 （新設） （新設） ハ　深夜歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　560点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　280点 （新設） （新設） ８～12　（略） 13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　264点 ロ　再診時　56点 14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行

っていない保険医療機関については、１から５まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。 17　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。 イ・ロ　（略） 18　１から３までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。 19　１から５までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　267点	っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ・ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。 （新設）

ロ　再診時　58点 ［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。	［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１又は歯科訪問診療２を算定していること。

２．歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携した口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設し、当該医療機関が在宅において歯科疾患の管理を行う場合等の評価を行う。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養	【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

支援歯科病院の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	(1)・(2)　（略） ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　（略） ３　在宅療養支援歯科病院の場合　340点 ４　１から３まで以外の場合　200点	【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　（略） （新設） ３　１及び２以外の場合　200点
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただ	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できな

し、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	い。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
【小児口腔機能管理料】 ［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 (4) 次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 (5)～(9)　（略）	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 (5)～(9)　（略）

［在宅療養支援歯科病院の施設基準］

（１）保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。

（２）高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（３）歯科衛生士が１名以上配置されていること。

（４）在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
（５）定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
（６）当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

㉕　訪問歯科衛生指導の推進

第１　基本的な考え方

在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。

２．訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。

３．訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　362点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　326点 ３　１及び２以外の場合　295点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、	【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、

有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。	有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
２　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注１の規定にかかわらず、月８回に限り算定する。	（新設）
３　１については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	２・３　（略）

㉖　小児に対する歯科訪問診療の推進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、医療的ケア児等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（歯科訪問診療料）】 【歯科診療特別対応加算２（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態	【歯科診療特別対応加算（歯科訪問診療料）】 【初診時歯科診療導入加算（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

㉗　入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

第１　基本的な考え方

歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に、歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

１	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１	100 点
２	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２	100 点
３	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３	100 点

［算定要件］

（１）１については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえ

て口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３）３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

２．在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の新設を踏まえ、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の栄養サポートチーム等連携加算並びに小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の小児栄養サポートチーム等連携加算を削除するとともに、歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ （削除） （削除）	【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ 注５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。 ６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム

	等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
注５　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算１として100点を所定点数に加算する。	（新設）
６　他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第８条第２項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算２として100点を所定点数に加算する。	（新設）
※　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様	
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ （削除）	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算１として、80点

（削除）	を所定点数に加算する。 ７　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
注６　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算１として100点を所定点数に加算する。	（新設）
７　他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算２として100点を所定点数に加算する。	（新設）

㉘　多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．調剤基本料について、麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

（新）　在宅薬学総合体制加算

イ	在宅薬学総合体制加算１	15 点
ロ	在宅薬学総合体制加算２	50 点

［算定要件］

（１）在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「区分１５在宅患者訪問薬剤管理指導料」の（４）において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。

（２）特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の 100 分の 10 に相当する点数を所定点数に加算する。

（３）特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は算定できない。

［施設基準］

1　在宅薬学総合体制加算１の施設基準

（１）地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

（２）直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

（３）緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

（４）地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

（５）当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（６）医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則と

して衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７）麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

２　在宅薬学総合体制加算２の施設基準

（１）次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア　以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

①　医療用麻薬について、注射剤１品目以上を含む６品目以上を備蓄し、必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。

②　無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

イ　直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注５若しくは注６に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注４若しくは注５に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注４若しくは注５に規定する加算の算定回数の合計が６回以上であること。

（２）２名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。

（３）直近１年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が 24 回以上であること。

（４）医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

（５）１の基準を満たすこと。

２．在宅患者調剤加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略） （削除）	【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略） ８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理

	指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付１回につき15点を所定点数に加算する。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 八　薬剤調製料の注８に規定する施設基準 （略）
（削除）	九　薬剤調製料の注８に規定する患者 （略）

３．在宅患者訪問薬剤管理指導料について、注射による麻薬の投与が必要な患者に対する定期訪問の上限回数を週２回かつ月８回までに見直す。

４．調剤基本料の届出を行っていない薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅緊急患者訪問薬剤管理指導料を算定できないものとする。
「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪

性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 ２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。 注３～９　（略）	性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。 ２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。 注３～９　（略）

５．在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の緊急訪問の回数上限について、末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の場合は、現行の月４回から原則として月８回に見直す。

６．末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施した場合の加算を設ける。

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

［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月８回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。 ２～８　（略） ９　１について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　夜間訪問加算　400点 ロ　休日訪問加算　600点 ハ　深夜訪問加算　1,000点	［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。 ２～８　（略） （新設）

７．新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に

基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１を算定できることとする。

「Ⅱ－６－⑦」を参照のこと。

㉙　在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

（新）　在宅移行初期管理料（１回に限り）　230 点

［算定要件］

（１）　在宅での療養へ移行が予定されている通院が困難な患者であって、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が１人の場合）その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に１回に限り算定する。

（２）在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断したものを対象とする。

ア　認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者、６歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が１人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

（３）実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。
（４）在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料１は算定できない。
（５）在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。

[施設基準]
在宅移行初期管理料に規定する費用
（１）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）
（２）指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）

２．在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設けるとともに、残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 １　処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点 ２　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 １　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 （新設） （新設） ２　残薬調整に係るものの場合　30点

け付けた場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点	（新設） （新設）
［算定要件］ 注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　（略）	［算定要件］ 注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　（略）
(1)　（略） (2) 受け付けた処方箋の処方内容について処方医に対して連絡・確認を行い、処方に変更が行われた場合には「１」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「２」を算定する。	(1)　（略） （新設）
(3) 「１」のイ及び「２」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容である。 ア　併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ　併用薬、飲食物等との相互作用 ウ　そのほか薬学的観点から必要と認める事項	(2) 「イ　残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。 ア　併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ　併用薬、飲食物等との相互作用 ウ　そのほか薬学的観点から必要と認める事項
(4) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方	(3) 「ロ　残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に

箋について処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「１」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「２」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。	対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。
(5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。	(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。
(6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。	（新設）
(7)　（略）	(5)　（略）

㉚　医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合について、無菌製剤処理加算の評価の対象範囲に加える。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） (7)　注射薬の無菌製剤処理 ア　（略） イ　薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、１日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。 (ｲ)　２以上の注射薬を混合して中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合　69点（６歳未満の乳幼児の場合は137点） (ﾛ)　抗悪性腫瘍剤を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合　79点（６歳未満の乳幼児の場合は147点） (ﾊ)　麻薬を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で	【薬剤調製料】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） (7)　注射薬の無菌製剤処理 ア　（略） イ　薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、２以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を１日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（６歳未満の乳幼児の場合においては、１日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。

希釈する場合を含む。）無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合　69点 （６歳未満の乳幼児の場合は137点） ウ～カ　（略） (8)～(13)　（略）	ウ～カ　（略） (8)～(13)　（略）

㉛　高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．服薬管理指導料３の対象患者について、短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者が含まれることを明確化する。

２．介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者に対して、当該介護老人保険施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合に、服薬管理指導料３を算定できることとする。

３．服薬管理指導料３について、算定回数の上限を設ける。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １・２　（略） ３　介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合　45点 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月４回に限り、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。	【服薬管理指導料】 １・２　（略） ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　45点 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

イ～ヘ　（略） ３～14　（略） ［施設基準］ 十　服薬管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当する患者 (1) 介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第９項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第８条の２第７項に規定する介護予防短期入所生活介護を受けている患者 (2) 介護保険法第８条第29項に規定する介護医療院又は同条第28項に規定する介護老人保健施設に入所中の患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第４号ハに係る処方箋を交付したもの	イ～ヘ　（略） ３～14　（略） ［施設基準］ （新設）

４．特別養護老人ホーム等と連携した保険薬局の薬剤師が、患者の入所時等において特に服薬支援が必要と判断し、服用中の薬剤の整理等を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来服薬支援料】 ［算定要件］ 注４　介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注３に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の調剤済みの薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月	【外来服薬支援料】 ［算定要件］ （新設）

に１回に限り50点を所定点数に加算する。	

※　施設連携加算における具体的業務内容等については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。

○　以下のうち、特に重点的な服薬管理の支援が必要であると薬剤師が判断した場合に実施すること。

(1)施設入所時であって、服用薬剤が多い場合

(2)新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった場合

(3)副作用等の体調の変化における施設職員からの相談に基づく服薬支援が必要な場合

○　施設における患者の療養生活の状態等を確認した上で当該施設職員と協働して日常の服薬管理が容易になるような支援を実施すること。

○　当該保険薬局が調剤した薬剤以外に調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を実施すること。

○　単に施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設職員に対して服薬指導や情報共有等を行ったのみの場合は算定不可。

①　入院時の食費の基準の見直し

第１　基本的な考え方

食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

第２　具体的な内容

入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ１食当たり30円引き上げる。

改　定　案	現　　行
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養⑴（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　670円 ⑵　流動食のみを提供する場合　605円 注　（略） ２　入院時食事療養⑵（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　536円 ⑵　流動食のみを提供する場合　490円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養⑴ ⑴　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養⑴（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　640円 ⑵　流動食のみを提供する場合　575円 注　（略） ２　入院時食事療養⑵（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　506円 ⑵　流動食のみを提供する場合　460円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養⑴ ⑴　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき

） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 584円 ロ　流動食のみを提供する場合 530円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 450円 ⑵　（略） 注　（略）	） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 554円 ロ　流動食のみを提供する場合 500円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 420円 ⑵　（略） 注　（略）

①　一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

第１　基本的な考え方

不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） （削除） (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。また、そのうち１名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。 （削除） (3)　（略）	【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） ニ　一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)　当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。 (4)　（略）

(4)　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。 （削除）	（新設） (5)　令和４年９月 30 日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

２．胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

改　定　案	現　　行
【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定する。	【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。

②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

③　遺伝学的検査の見直し

第１　基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、脳内鉄沈着神経変性症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群（中略）、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症	【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群（中略）、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、ＤＹＴ１ジストニア、ＤＹＴ６ジストニア／ＰＴＤ、ＤＹＴ８ジスト

	ニア／ＰＮＫＤ１、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹＴ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症
③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群及び遺伝性ジストニア	③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群
オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及びＴＲＰＶ４異常症	①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症
②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠	②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠

損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）	損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

２．患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行

【遺伝学的検査】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。	【遺伝学的検査】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （新設）
［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の注１に規定する施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注１に規定する疾患 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの (3) 遺伝学的検査の注２に規定する施設基準 イ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師	［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注に規定する疾患 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの （新設）

が配置されていること。 ハ　遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たしていること。	

④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗 HLA 抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１.「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等の医学的に既存抗体陽性が疑われるものについて、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）の対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

２. 抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検査）を算定できる要件について、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）において既存抗体陽性が確認され

た患者に対して、抗 HLA 抗体獲得の確定を目的に行う場合を追加する。その上で、その結果に基づき脱感作療法を行った場合に、１年に２回に限り更に算定できることとする。

改　定　案	現　　行
【自己検体検査】 ［算定要件］ (30) 「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合、又は抗ＨＬＡ抗体獲得の確定を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己検体検査】 ［算定要件］ (30) 「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

令和４年度に新設された導入期加算の施設基準に係る届出を行っている医療機関数が限定的であることを踏まえ、慢性腎臓病の患者に対して心血管障害も含めた手厚い情報提供の実施を推進することや、それにより共同意思決定を推進するため、人工腎臓にかかる導入期加算について、心血管障害の治療法の説明を要件として追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　410点 ハ　導入期加算３　810点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)　導入期加算の施設基準	【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　400点 ハ　導入期加算３　800点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)　導入期加算の施設基準

イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。	イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） （新設） ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） （新設）
第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し必要な説明を行っていること。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） カ　腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） キ　(2)のカを満たしていること。	第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） （新設） (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） （新設）

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

「Ⅰ－５－②」を参照のこと。

⑧　医療安全対策の推進

第１　基本的な考え方

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

第２　具体的な内容

特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑥　（略） ⑦　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①、④及び⑦を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑦、ロの①	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑥　（略） （新設） ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①及び④を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ （新設）

（イの⑦に限る。）、ハの①（イの⑦に限る。）又はニの①（イの⑦に限る。）に該当するものとみなす。 ※　救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。 【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。）、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限	【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） （新設）

る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腟固定術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術及び腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術については、医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）	二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ［経過措置］ 令和六年三月三十一日において医科点数表第２章第10部手術の通則の第４号又は第18号に係る届出を行っている場合については、令和七年五月三十一日までの間に限り、第十二の一の（２）のハ又は二の五の（２）のハに該当するものとみなす。	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） （新設） ［経過措置］ （新設）

⑨　手術等の医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

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

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

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

４．治療薬の適応の判断に用いられるPET検査について迅速な保険適用が可能となるように､保険適用の手続きについて所用の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行うとともに、算定回数が極めて少なく、他の技術により置き換えられている技術について、項目を削除する。
　また、保険医療材料等専門組織において医療技術評価分科会における検討を要するとされ医療技術評価分科会で検討を行う技術について、直近の診療報酬改定において保険適用されるまでの間、評価療養として実施可能にする。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）内視鏡手術用支援機器を用いた弁置換術
（２）大腿骨骨切り術
（３）抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法
（４）ポジトロン断層撮影　^{18}F 標識フルシクロビンを用いた場合
（５）排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査　その他のもの

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】
（１）陽子線治療（※１）
（２）重粒子線治療（※２）
（３）腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
（４）腹腔鏡下スリーブ状胃切除及び十二指腸空腸バイパス術
（５）遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断（※３）

※１：早期肺癌（Ⅰ期～ⅡＡ期）に係るもの。なお、切除不能のものに限る。
※２:早期肺癌(Ⅰ期～ⅡＡ期)､大型の局所進行子宮頸部扁平上皮癌、婦人科領域悪性黒色腫に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
※３：遺伝子診断以外の遺伝カウンセリングの部分に係るもの

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術】
（１）インフルエンザ核酸検出
（２）プログラム医療機器による大腸内視鏡検査における大腸上皮性病変の検出支援

【廃止を行う技術の例】
（１）アレキサンダー手術

２．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】
（新）　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　15,000 点
注１　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200 点を所定点数に加算する。
２　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算１として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
３　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算２として、3,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に

用いた色素の費用は、算定しない。

３．外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

４．治療薬の適応の判断に用いられる PET 検査について迅速な保険適用が可能となるように、医療機関が購入した PET 製剤を使用する PET 検査について、保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織において保険適用の妥当性、準用技術料の設定及び薬価について審議を行うこととする。

⑩　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　微生物核酸同定・定量核酸検出検査

Ａ群β溶血連鎖球菌　204 点

⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

第１　基本的な考え方

患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和６年６月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

第２　具体的な内容

１．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準を改正し、訪問看護ステーションにおける明細書の無料発行について義務付ける。義務化にあたっては、既に交付が義務づけられている領収証において個別の項目ごとの金額等の記載が求められていることを踏まえ、現在の領収証を領収証兼明細書とする。

また、本改正に際し、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和７年５月 31 日までの経過措置期間を設ける。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （明細書の交付） 第十三条の二　指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、公費負担医療（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われ	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （新設） （新設）

るものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。	

２．診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する。

改　定　案	現　　行
【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書を無償で交付すること。なお、令和７年５月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで足りる。 11～13　（略） 14　「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。	【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。 11～13　（略） （新設）

⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

「Ⅱ－６－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進－①】

①　データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

第１　基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

第２　具体的な内容

１．データ提出加算について、データ提出に係る実態を踏まえ評価を見直す。
２．提出データ評価加算について、未コード化傷病名の使用状況を踏まえ、評価を廃止する。
３．十分に診療情報の管理等を行っているにもかかわらず、サイバー攻撃により適切なデータ提出が行えない場合があることを踏まえ、要件を見直す。
４．新規に保険医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているにもかかわらず、データ提出加算に係る要件を満たさないために入院基本料が算定できない医療機関について、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう、要件を見直す。
５．データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料及び 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料及び児童・思春期精神科入院医療管理料に拡大する。

改　定　案	現　　行
【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　145点 　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　215点 ２　データ提出加算２（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院	【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ２　データ提出加算２（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院

の場合　155点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　225点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　145点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　215点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　155点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　225点 ［算定要件］ （削除）	の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。
(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい	(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい

う。 ただし、区分番号「Ａ２０７」に掲げる診療録管理体制加算１の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。	う。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ (3) 提出データ評価加算の施設基準 （略）
【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって地域一般入院料３に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。	【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ⑧　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって療養病棟入院料２に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ⑧　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　十対一入院基本料の施設基準 ⑤　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　十三対一入院基本料の施設基準 ⑥　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　十対一入院基本料の施設基準 （新設） ロ　十三対一入院基本料の施設基準 （新設）
【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五　精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 へ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五　精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 （新設）
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (8)　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

［経過措置］

令和6年3月 31 日時点において現に精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料又は 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

令和6年3月 31 日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

ア　地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（13 対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満のもの

イ　精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの

②　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

「Ⅱ－４－⑬」を参照のこと。

③　回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

第１　基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、１日６単位を超えた実施単位数の増加に伴う ADL の明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者について、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が対象となっているところ、対象から運動器リハビリテーション料を算定する患者を除外する。

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション】 ［施設基準］ 別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者 　回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。） 　脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 　入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器	【リハビリテーション】 ［施設基準］ 別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者 　回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 　脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 　入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器

リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの	リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

第１　基本的な考え方

三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院３日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

（新）　救急患者連携搬送料

１	入院中の患者以外の患者の場合	1,800 点
２	入院１日目の患者の場合	1,200 点
３	入院２日目の患者の場合	800 点
４	入院３日目の患者の場合	600 点

［対象患者］

救急外来を受診した患者又は緊急入院後３日目までの患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

［施設基準］

（１）救急搬送について、相当の実績を有していること。

（２）救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

（３）連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
（４）連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

２．救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の４　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) 急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。(2)において同じ。）に転院した患者以外の患者をいう。 (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。	［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の４　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) 急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。 (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数	ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数
イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料」を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）	イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）

②　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。

２．救急医療管理加算２を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が５割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

３．救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

改　定　案	現　　行
【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の	【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の

状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療加算２を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して７日を限度として、210 点を所定点数に加算する。	状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。
(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表七の三」（以下この項で「別表」という。）に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。	(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
（削除）	ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ　意識障害又は昏睡 ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ　急性薬物中毒 オ　ショック カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 ク　外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

	コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 サ　蘇生術を必要とする重篤な状態 シ　その他の重症な状態
(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までのうち該当する状態 イ　別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって	(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでのうち該当する状態 イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態であってNYHA Ⅰ度若しくはP/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、

Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠
(5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	(5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠
[施設基準] 六の二　救急医療管理加算の施設基準 (1)　救急医療管理加算の注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 (2)　救急医療管理加算の注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準	[施設基準] 六の二　救急医療管理加算の施設基準 休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 （新設）

救急医療管理加算２を算定した患者のうち、別表第七の三の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。 別表第七の三　救急医療管理加算に係る状態 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 二 意識障害又は昏睡 三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態 五 急性薬物中毒 六 ショック 七 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 九 外傷、破傷風等で重篤な状態 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態 十三 その他の重症な状態 第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算の注１本文に関する施設基準 (1)～(3)　（略） ２ 救急医療管理加算の注１ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 当該保険医療機関において、直近６か月間で、救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が５割以上であること。 ３　（略）	（新設） 第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算に関する施設基準 (1)～(3)　（略） （新設）

	２　（略）

①　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設

第１　基本的な考え方

医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制と実績を有する新生児特定集中治療室において、高度な医療が必要となる重症新生児に対して、手厚い看護配置での看護を行う場合の入院管理料を新設する。

（新）　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）　14,539 点

［対象患者］
集中治療が必要な重症新生児

（※）具体的には区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者であって、以下のいずれかに該当する患者

- 体外式膜型人工肺を実施している
- 腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している
- 交換輸血を実施している
- 低体温療法を実施している
- 出生時体重が 750g 未満であって人工呼吸管理を実施している
- 人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を実施している
- 人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している
- 開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を実施している
- 新興感染症や先天性感染症等のために陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を実施している（合併症として発生した感染症は不可）

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して７日を限度として、所定点数を算定する。

（２）当該治療室に入室した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

（３）当該治療室に入室した患者が算定要件を満たす状態になった時点（入室時含む）から 24 時間以内は、Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の施設基準により看護を実施することができるが、この場合は、新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

［施設基準］

（１）区分番号Ａ３０２の１の新生児特定集中治療室管理料１又はＡ３０３の２の新生児集中治療室管理料の届出を行っている治療室の病床を単位として行うものであること。

（２）当該病床を有する治療室内に重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。

（３）当該治療室内の当該管理料の届出を行っている病床における助産師又は看護師の数は、常時、当該病床に係る入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。

（４）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。

（５）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。

②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

「Ⅱ－１－⑨」を参照のこと。

③　小児緩和ケア診療加算の新設

第１　基本的な考え方

小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する。

（新）　小児緩和ケア診療加算（１日につき）　700 点

［対象患者］

（１）悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ患者。

（２）末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　左室駆出率が 20%以下であること。

エ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

オ　ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する 15 歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）15 歳未満の小児患者に対する緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において小児緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
（３）がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

（新）　小児個別栄養食事管理加算（１日につき）　70 点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する 15 歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、70 点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）緩和ケアを要する 15 歳未満の小児患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

④　小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－７－③」を参照のこと。

⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し

第１　基本的な考え方

臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

小児特定集中治療室管理料について、臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。 ※　小児かかりつけ診療料についても同様。	【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

２．新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体

系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　604点 ロ　再診時　410点 ２　１以外の場合 イ　初診時　721点 ロ　再診時　528点	【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　599点 ロ　再診時　406点 ２　１以外の場合 イ　初診時　716点 ロ　再診時　524点

⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療的ケア児（者）に対して、入院をする前段階において、患家を訪問し、あるいは情報通信機器を用いて患者の状態や医療的ケアの手技の確認等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算　1,000 点

［対象患者］
医療的ケア判定スコア 16 点以上の医療的ケア児（者）

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（当該保険医療機関の入院期間が通算 30 日以上のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき１回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
医療的ケア児（者）の入院医療について、十分な実績を有していること。

［経過措置］
令和７年５月 31 日までの間は、上記の基準を満たしているものと

する。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算（情報通信機器を用いた場合）
500 点

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、保険医療機関ごとに患者１人につき１回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑧　入退院支援加算３の見直し

第１　基本的な考え方

重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算３の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算３の算定対象について、転院搬送された児であって退院困難な要因を有する患者の場合も算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者（他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定していない患者を含む）又は他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～オ（略）	【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～オ（略）

２．入退院支援加算３の施設基準で求める入退院支援部門の専任の看護師の経験について、新生児の集中治療だけでなく小児科病棟における経験も含めることとする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に入退院支援、地域連携及び新生児の集中治療等に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）又は入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験有する専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限	【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上

る。）及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し

第１　基本的な考え方

少子化等による入院患者の減少により１病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料３について、一般病棟（７対１に限る）との一体的な運用を可能とする。
２．一体的な運用を行い成人患者との混合病棟となる場合は、小児患者が安心して療養生活を送れるよう、小児用の病床を集めて区域特定することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） (6)　小児入院医療管理料３を算定しようとする保険医療機関であって、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の７対１入院基本料又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて１看護単位とすることができる。ただし、この場合は次の点に留意すること。 ア　小児入院医療管理料３を算定する病床を集めて区域特定	【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） （新設）

する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備すること。 イ　アの区域特定した病床における夜勤については、看護職員を２人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を３人以上配置していることが望ましい。	

⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

第１　基本的な考え方

入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料の注２及び注４の加算について、保育士を複数名かつ夜間に配置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 ３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、当該基	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。 ３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児

準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点	受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。
［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7) 小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　保育士１名の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ②　（略） ロ　保育士２名以上の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が二名以上配置されていること。 ②　イの②を満たすものであること。	［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7)　小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ロ　（略） （新設）
(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準	(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準

イ　重症児受入体制加算１の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ②・③　（略） ロ　重症児受入体制加算２の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が二名以上配置されていること。 ②　イの②及び③を満たすものであること。	イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ロ・ハ　（略） （新設）

２．小児入院医療管理料に、夜間を含めて看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

（新）　看護補助加算（１日につき）　151 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して 14 日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

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

（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）　156 点

［算定要件］
　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者及び看護補助加算を算定する患者に限る。)について、入院した日から起算して 14 日を限度として、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

３．小児入院医療管理料において、小児の家族等が希望により付き添う場合は、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを規定する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ (2) 小児入院医療管理料を算定する場合であって、小児の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

⑪　母体・胎児集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していることとする要件について、当該医師は宿日直を担当する医師であってはならないことを明確化する。
２．母体・胎児集中治療室内の医師の配置要件について、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務しており、当該医師に専任の医師を１名含む場合も、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　以下のいずれかを満たすこと。 ①　専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を	【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。 ウ～キ　（略） ク　当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。	ウ～キ　（略） ク　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算の対象患者の見直しを行う。

第２　具体的な内容

ハイリスク妊娠管理加算のうち、早産に係る対象患者について、分娩時の妊娠週数が、二十二週から三十二週未満である早産の患者であることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 分娩時の妊娠週数が妊娠二十二週から三十二週未満の早産である患者 （中略）	【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者 （中略）

①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関において、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき１回に限り所定点数に100点を加算する。 ３・４（略）	【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ２・３（略）
［施設基準］ (11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注２に規定する施設基準 がん患者に対するがん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及	［施設基準］ （新設）

び実績を有していること。 (11)の３　がん性疼痛緩和指導管理料の注４に規定する施設基準 （略）	(11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に規定する施設基準 （略）

②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

「Ⅱ－４－⑲」を参照のこと。

③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

「Ⅱ－８－⑥」を参照のこと。

④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

「Ⅱ－８－⑦」を参照のこと。

⑤　小児緩和ケア診療加算の新設

「Ⅲ－４－２－③」を参照のこと。

⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑦　がん拠点病院加算の見直し

第１　基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等について、令和４年８月の整備指針の改定により、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院が一時的に指定要件を満たさなくなった場合に該当する「特例型」の類型が新設されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を明確化するとともに、地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん拠点病院加算】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。<u>ただし、本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、イ又</u>	【がん拠点病院加算】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

はロの所定点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。	
[施設基準] 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を有しているものであること。 (2)　がん診療連携拠点病院加算注１ただし書に規定する施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を一部有しているものであること。 (3)・(4)　（略）	[施設基準] 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院であること。 （新設） (2)・(3)　（略）

①　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

②　認知症ケア加算の見直し

「Ⅱ－２－⑩」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

第１　基本的な考え方

認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患管理料における総合医療管理加算の対象患者に、認知症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は認知症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

第１　基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟の評価を新設する。

（新）　精神科地域包括ケア病棟入院料（１日につき）　1,535 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号Ａ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１１－３に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して 180 日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

（２）当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して 90 日間に限り、自宅等移行初期加算として、100 点を加算する。

（３）過去１年以内に、当該入院料又は（２）に規定する加算を算定した患者については、（１）又は（２）に規定する期間の計算に当たって、直近１年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を 180 日又は 90 日に算入するものとする。

（４）区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料、18 対１入院基本料並びに 20 対１入院基本料、区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号Ａ３１４に掲げる認知

症治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１８に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者１人につき１回に限る。

（５）当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき 15 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

（２）医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

（３）医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

（４）当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。

（５）当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。

（６）（５）の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。

（７）（５）の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

（８）当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

（９）夜勤については、（５）の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。

(10) 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。

(11) 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

(12) 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。

(13)入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

(14) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

(15)データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

[経過措置]

（１）令和６年３月 31 日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和７年５月 31 日までの間に限り、(10)、(11) 及び (12) に該当するものとみなす。

（２）令和６年３月 31 日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和７年９月 30 日までの間に限り、(13) 及び (15) に該当するものとみなす。

②　地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

第１　基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料にかかる実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

第２　具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が3.3%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×

100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 3.3%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 40%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 40%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） （削除）	100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） (21)令和２年３月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

２．当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】	【地域移行機能強化病棟入院料】

［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。 チ　当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 リ～ヲ　（略） (8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。 (9)　（略） (10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち１名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの	［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 （新設） チ～ル　（略） (8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、１名以上の専従の常勤精神保健福祉士、１名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。 (9)　（略） (10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

者であること。 ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者 ※　(10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様。	ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

３．地域移行機能強化病棟入院料については、令和６年３月 31 日までに届け出ることとしているところ、令和12年３月31日までに延長する。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第 21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和 12 年３月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１とし	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第 21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和６年３月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができるこ

て特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。	と（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

③　精神科入退院支援加算の新設

第１　基本的な考え方

精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価について見直す。

第２　具体的な内容

１．精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。

（新）　精神科入退院支援加算（退院時１回）　1,000 点

［対象患者］

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注７若しくは区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料の注６に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

ア　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入退院支援を行った場合

イ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
（２）当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
（３）当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
（４）各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
（５）その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

２．精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ （削除）	【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ 注　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ 注２　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携	【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ （新設）

して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。	

３．精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。	【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　認知症治療病棟入院料についても同様。	【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。

④　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （削除）	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注８　１を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り 250 点を所定点数に加算する。
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精	９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支

神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ　直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合 500 点 ロ　イ以外の患者の場合 350 点	援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350 点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 一の一の四　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。
一の一の五　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。	一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

⑤　通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

第１　基本的な考え方

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．通院・在宅精神療法について、60 分以上の精神療法を行った場合及び 30 分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合　600 点 (2) (1)以外の場合　550 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合　315 点 ②　①以外の場合　290 点 ２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初	【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合　560 点 (2) (1)以外の場合　540 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合　330 点 ②　①以外の場合　315 点 ２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初

診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 640 点 (2) (1)以外の場合 600 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60 分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 590 点 ② ①以外の場合 540 点 (2) 30 分以上 60 分未満の場合 （略） (3) 30 分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 315 点 ② ①以外の場合 290 点	診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 620 点 (2) (1)以外の場合 600 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60 分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 550 点 ② ①以外の場合 530 点 (2) 30 分以上 60 分未満の場合 （略） (3) 30 分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330 点 ② ①以外の場合 315 点

２．精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。 イ　病院の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合 20 点 (2) (1)以外の場合	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

15 点 ロ　診療所の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合 50 点 (2) (1)以外の場合 15 点 ［施設基準］ 一の一の八　通院・在宅精神療法の注 11 に規定する施設基準 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。	［施設基準］ （新設）

⑥　児童思春期支援指導加算の新設

第１　基本的な考え方

児童･思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．20 歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、20 歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　60 分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,000 点 ロ　イ以外の場合	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　450点 (2) (1)以外の場合　250点 ［施設基準］ 一の一の七　通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。	［施設基準］ （新設）

２．児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、320点を所定点数に加算する。ただし、注４又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定す	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定す

る。また、注３又は注 10 に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ・ロ　（略）	る。 イ・ロ　（略）

⑦　心理支援加算の新設

第１　基本的な考え方

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が心理支援を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注９　心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り 250 点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 一の一の六　通院・在宅精神療法の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める患者 心的外傷に起因する症状を有する患者	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑧　精神科在宅患者支援管理料の見直し

第１　基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑵　「１」のイ及び「２」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） ウ　平成 31～令和３年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を１つ以上満たす者又は５点以上である者	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑵　「１」のイ及び「２」のイについては、以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） （新設）
⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。	⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

ア～ウ　（略） エ　過去６月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者	ア～ウ　（略） （新規）

①　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

「Ⅱ－１－⑦」を参照のこと。

②　遺伝学的検査の見直し

「Ⅲ－２－③」を参照のこと。

【Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－①】

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

「Ⅱ－５－①」を参照のこと。

【Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－②】

②　特定疾患処方管理加算の見直し

「Ⅱ－５－②」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

④　慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

（新）　慢性腎臓病透析予防指導管理料

１　初回の指導管理を行った日から起算して１年以内の期間に行った場合　300 点

２　初回の指導管理を行った日から起算して１年を超えた期間に行った場合　250 点

［対象患者］

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

［算定要件］

(1)　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

(2)　区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

(3)　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、261 点又は 218 点を算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。

ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師

イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（２）（１）のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（３）（１）のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（４）（１）のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を２年以上有する者であること。

（５）（１）のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（６）（１）ア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。

（７）（２）から（４）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（８）（２）から（５）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

（９）腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室は区分番号Ｂ００１「27」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。

(10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。

(11) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑤　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

①　医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者を、周術期等口腔機能管理計画策定料の対象に追加するとともに、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）について、放射線治療等を実施する患者の区分を見直す。

２．終末期の悪性腫瘍の患者等に対して周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）及び周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を見直す。

改　定　案	現　　行
【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して６月を超えて、注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 （新設）
【周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）】 200点 注１　放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実	（新設）

施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して３月以内においては月２回に限り、その他の月においては月１回に限り算定する。	
２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して６月を超えて注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。	（新設）
３　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	（新設）
【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ	【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ

０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。	０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。
２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。	２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。
３　１について、注２の規定にかかわらず、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月４回に限り算定する。	（新設）
４　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規	３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規

定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、１月に１回に限り算定する。 ５・６　（略）	定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。 ４・５　（略）

②　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

③　歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し

第１　基本的な考え方

入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の要件及び評価を見直す。

【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　歯科診療を実施している保険	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 （新設）

医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注１に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注２に規定する場合に策定した管理計画等に基づき、歯科医師が口腔機能の	【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。

管理等を行う場合は、算定できない。 【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において月２回に限り算定する。

④　医歯薬連携の推進

第１　基本的な考え方

医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【診療情報等連携共有料】 ［算定要件］ １　診療情報等連携共有料１　120点 ２　診療情報等連携共有料２　120点 注１　１については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者１人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 ２　２については、別の保険医療	【診療情報連携共有料】 ［算定要件］ 診療情報連携共有料　　120点 注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 （新設）

機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 ３　１及び２について、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 ４　２について、区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。	２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 （新設）

⑤　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児口腔機能管理料】 60点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	【小児口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
【口腔機能管理料】 60点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ	【口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ

って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２．口腔機能発達不全症の患者及び口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は維持を目的として指導訓練を実施した場合の評価を新設する。

（新）　歯科口腔リハビリテーション料３（１口腔につき）

１　口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合　50点

２　口腔機能の低下を来している患者の場合　50点

［算定要件］

（１）１については、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。

（２）２については、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。

（３）区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料３は算定できない。

⑥　客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．咀嚼能力検査及び咬合圧検査の算定対象となる患者に、顎変形症に係る手術を実施する患者を追加する。

２．口腔機能低下症の診断を目的とする患者又は口腔機能低下症の患者に咀嚼能力検査又は咬合圧検査を行う場合について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【咀嚼能力検査（１回につき）】 １　咀嚼能力検査１　140点 ２　咀嚼能力検査２　140点 ［算定要件］ 注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咀嚼能力測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。 ２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は１	【咀嚼能力検査（１回につき）】 140点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。 （新設）

回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）
【咬合圧検査（１回につき）】 １　咬合圧検査１　130点 ２　咬合圧検査２　130点	【咬合圧検査（１回につき）】 130点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）

⑦　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

「Ⅲ－４－４－④」を参照のこと。

⑧　かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先に学校歯科医等を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注９　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者及び同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設）

⑨　歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し

第１　基本的な考え方

強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、強度行動障害の患者等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（初診料）】 【歯科診療特別対応加算２（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 【初診時歯科診療導入加算（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

⑩　う蝕の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

う蝕の重症化予防を推進する観点から、フッ化物歯面塗布処置等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う患者を追加する。

２．フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に罹患している患者及びエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して実施する場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　80点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　100点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降の	【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施

フッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 ２　２については、区分番号Ｂ●●に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 ３　３については、区分番号Ｂ●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。	月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 ２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 ３　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

３．65 歳以上の初期の根面う蝕に対する非切削による管理及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価を新設し、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を削除するとともに、機械的歯面清掃処置の算定頻度を見直す。

（新）　エナメル質初期う蝕管理料　30 点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月１回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48 点を所定点数に加算する。

（新）　根面う蝕管理料　30 点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料若しくは区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65 歳以上のものに限る。）又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月１回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48 点を所定点数に加算する。

改　定　案	現　　行
【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ	【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ

０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、区分番号●●に掲げる回復期等口腔機能管理料（Ⅳ）、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ●●に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、区分番号Ｂ●●に掲げる根面う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号Ｂ●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注３に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。	００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

⑪　歯周病の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯周病の重症化予防を推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１.糖尿病患者に対して歯周病安定期治療を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ （新設）

２.歯周病重症化予防治療について、歯周病安定期治療を行っている患者が、再評価の結果に基づき歯周病重症化予防治療に移行する場合には、２回目以降の実施であっても、初回実施の翌月から月１回算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、区分番号	【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。

Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。	

⑫　歯科衛生士による実地指導の推進

第１　基本的な考え方

歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科衛生実地指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ 注３　１及び２について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１及び注２に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。	【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ （新設）

⑬　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

「Ⅱ－１－⑪」を参照のこと。

【Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑭】

⑭　歯科遠隔連携診療料の新設

「Ⅱ－１－⑫」を参照のこと。

⑮　歯科固有の技術の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児の外傷歯に対して用いる、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の製作を評価する。

改　定　案	現　　行
【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２．舌接触補助床の算定対象となる患者に、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床	【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している

をいう。口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った場合に算定できる。	有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。
(2) 「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。	（新設）
(3)・(4)　（略）	(2)・(3)　（略）

３.口腔細菌定量検査の算定対象となる患者に、入院中の患者を加える。

改　定　案	現　　行
【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） ロ　イ又はハ以外の患者であって、入院中のもの ハ　（略）	【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） （新設） ロ　（略）

４．非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定対象となる患者に、経口摂取は可能であるが、ごく少量に限られる患者を加える。

改　定　案	現　　行
【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔	【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをい

内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。 (3)　(略)	う。 (3)　(略)

５．口腔バイオフィルム感染症の患者に対して、口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価を新設するとともに、歯周基本治療の評価対象を見直す。

（新）　口腔バイオフィルム除去処置　110 点

［算定要件］

（１）口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月２回に限り算定する。

（２）口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ●●に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

改　定　案	現　　行
【歯周基本治療】 ［算定要件］ （削除）	【歯周基本治療】 ［算定要件］ 注６　区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。

６．口腔リンパ管腫局所注入等の医科点数表において評価されている処置について、診療実態を踏まえて歯科点数表においても評価するとともに、第８部処置に薬剤料の節を新設する。

（新）　口腔リンパ管腫局所注入　1,020 点

［算定要件］

６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55 点を加算する。

（新）　摘便　100 点

（新）　ハイフローセラピー（１日につき）
　１　15 歳未満の患者の場合　282 点
　２　15 歳以上の患者の場合　192 点

（新）　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　200 点

［算定要件］
　区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

（新）　留置カテーテル設置　40 点

（新）　超音波ネブライザ（１日につき）　24 点

改　定　案	現　　行
【処置】 薬剤料 　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。	（新設）

７．歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、ICT の活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【印象採得】 ［算定要件］ 注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。 ２　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした	【印象採得】 ［算定要件］ （新設） （新設）

印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【咬合採得】 ［算定要件］	【咬合採得】 ［算定要件］
注１　２のイ（２）並びにロ（２）及び（３）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２のイ（２）及びロ（２）（３）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す	（新設）

るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【仮床試適】 ［算定要件］ 注１　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴	【仮床試適】 ［算定要件］ （新設）

物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	
２　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	（新設）
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【印象採得】 ［施設基準］ 一の二の二　印象採得、咬合採得及び仮床試適の歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２の施設基準	【印象採得】 ［施設基準］ （新設）

(1)歯科技工士連携加算１の施設基準 歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。 (2)歯科技工士連携加算２の施設基準 イ　歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。 ロ　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ※　咬合採得及び仮床試適についても同様。	

８．大臼歯ＣＡＤ/ＣＡＭ冠について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 ロ　大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合 ハ　第一大臼歯又は第二大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を使用する場合 なお、ハの場合は、当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。以下、咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合をいう。 ①　当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 （新設） ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合

着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等 ② 当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がなく、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合 二・ホ　（略） (3)～(5)　（略） （削除） 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） (8)「注１」の内面処理加算１又は「注２」の内面処理加算２を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。	ハ・ニ　（略） (3)～(5)　（略） (6) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用したＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着すること。 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） （新設）

９．クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。

改　定　案	現　　行
【クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物（区分番号Ｍ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、区分番号Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、区分番号Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠を除く。）又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。	【クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

10. 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

（新）　歯科矯正相談料

１	歯科矯正相談料１	420 点
２	歯科矯正相談料２	420 点

［算定要件］

（１）１については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

（２）２については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関以外の保険医療機関において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

（３）区分番号Ｅ０００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影又は区分番号Ｅ１００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

（４）保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

11. 歯科点数表第８部「処置」の抜髄等において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤の費用の算定方法を見直す。

改　定　案	現　　行
【処置（通則）】 ［算定要件］ 7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を行う場合の麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。	【処置（通則）】 ［算定要件］ 7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

12. 区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、技術料の新設等を行う。

（新）　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100 点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

（２）当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（３）当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

13. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例］
(1) 結合組織移植術
(2) 小児保隙装置
(3) ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠
(4) ＣＡＤ/ＣＡＭインレー修復に対する光学印象法
(5) 小児の舌圧検査

14. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

［評価の見直しを行う技術の例］
(1) 歯髄保護処置
(2) 歯髄切断
(3) 抜髄
(4) 感染根管処置
(5) 根管貼薬処置
(6) 加圧根管充填処置
(7) レジン前装金属冠
(8) 熱可塑性樹脂有床義歯
(9) 有床義歯修理
(10) 有床義歯内面適合法

①　薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師による患者の処方状況に応じた服薬指導の推進とともに、これらの業務の合理化を行う観点から、服薬管理指導料、服薬情報提供料等の薬学管理料について、業務実態に応じた要件及び評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．麻薬管理指導加算について、疼痛緩和の評価等の実施に当たり参考となる緩和ケアに関するガイドラインを示すとともに、薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化する。

２．特定薬剤管理指導加算１について、ハイリスク薬等の特に重点的な服薬指導が必要な場合における業務実態を踏まえ、算定対象となる時点等を見直し、明確化する。

３．服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合として、①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合、②長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等、患者に対してより丁寧な説明を実施する必要がある場合において、必要な指導・情報提供を行った際に、１回に限り、服薬管理指導料の加算として新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注２、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注３、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注２、在宅患者緊急時等共同指導料の注２についても同様。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合　10点 ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況の変化等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　５点 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注３についても同様。 ６　（略） ７　調剤を行う医薬品を選択する	【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。 ６　（略） （新設）

ために必要な説明及び指導を行った次に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、それぞれ５点を所定点数に加算する。 イ　特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 ロ　調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注５についても同様。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。 ［算定要件］ ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） (2)　(1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。 (3)　(1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版　がん緩和ケア	［算定要件］ ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） （新設）

ガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。 (4)　（略） ８　特定薬剤管理指導加算３ (1) 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者１人につき当該医薬品に関して最初に処方された１回に限り算定する。 (2) 「イ」については、「区分１０の２調剤管理料」の１の（１）を踏まえ、当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を用いて特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。 ・ＲＭＰの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、ＲＭＰに基づきＲＭＰに係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合 ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合	（新設） (2)　（略） （新設）

(3) 「ロ」に示す調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。 ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合 (4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付１回につきそれぞれ１回に限り算定するものであること。また複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。 (5) 当該加算を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導１及び特定薬剤管理指導加算２を算定できる。 (6) 薬剤服用歴等には対象となる医薬品がわかるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	

４．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直すとともに、薬剤師が調剤時に薬剤服用歴や医薬品リスク管理計画等の情報に基づき薬学的分析及び評価を行うことを算定要件に加える。

改　定　案	現　　行
【調剤管理料】 注３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点	【調剤管理料】 注３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

［算定要件］ (1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第２条第３項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。 (2)～(8)　（略）	［算定要件］ （新設） (1)～(7)　（略）

５．保険薬局と医療及び介護に関わる多職種との連携を推進するため、薬剤師が行う服薬情報等の提供に係る現行の評価体系を改正し、介護支援専門員やリフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供を新たに評価するとともに、薬剤師が必要性を認めて行う情報提供の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２ イ　保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合　20点 ロ　リフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合　20点 ハ　介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合　20点 ３　服薬情報等提供料３　50点 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関	【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２　20点 ３　服薬情報等提供料３　50点 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関

の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。	の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
２　２については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月１回に限り算定する。	２　２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。	３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
４　（略）	４　（略）
５　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局	５　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生

において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 ６　区分番号００に掲げる注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては、算定できない。 ［施設基準］ （削除）	労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 （新設） ［施設基準］ 十二の二　服薬情報等提供料の注５に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。

【Ⅲ－７　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価－②】

②　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

③　薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

調剤に係る業務の実態を踏まえ、嚥下困難者用製剤加算等の薬剤調製に係る評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤調製料における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、嚥下困難者用製剤加算に係る評価を廃止して、飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を自家製剤加算における算定のみとする。
２．自家製剤加算について、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう他の医薬品を用いて調製した場合も評価できるように改正する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） （削除） ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形	【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） ２　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形

の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 （ｲ）調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。 （ﾛ）　（略） オ～サ　（略） ［施設基準］ 七　薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 　使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（供給の状況が安定していないため、調剤時に必要な数量が確保できない医薬品を除く。）	の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 （ｲ）調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合 （ﾛ）　（略） オ～サ　（略） ［施設基準］ 七　薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 　使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

④　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑤　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

⑥　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－①】

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

調剤基本料２の算定対象となる薬局に、１月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が７割を超える薬局を加える。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ (1)　（略） (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ　処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（一月の処方箋の受付回数が多い上位三の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。）。 ロ～ホ　（略）	【調剤基本料】 ［施設基準］ (1)　（略） (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ　処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。）。 ロ～ホ　（略）

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－②】

②　地域支援体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、要件及び評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

２．夜間・休日対応について、輪番制等の周囲の薬局と連携した体制でも引き続き可能とするとともに、地域の住民や医療・介護等の関係者が地域の体制を把握できるよう、行政機関や薬剤師会を通じて地域における夜間・休日の対応状況を公表・周知するよう見直す。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。 イ　地域支援体制加算１　32点 ロ　地域支援体制加算２　40点 ハ　地域支援体制加算３　10点	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　39点 ロ　地域支援体制加算２　47点 ハ　地域支援体制加算３　17点

ニ　地域支援体制加算４　32点	ニ　地域支援体制加算４　39点
【地域支援体制加算】 ［施設基準］ (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　地域支援体制加算１ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む３項目以上を満たすこと。	【地域支援体制加算】 ［施設基準］ (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　地域支援体制加算１ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。
①　薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。	（新設）
②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が１回以上であること。	（新設）
③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。	（新設）
④　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が20回以上であること。	（新設）
⑤　外来服薬支援料１の算定回数が１回以上であること。	（新設）
⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。	（新設）
⑦　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療	（新設）

養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。	
⑧　服薬情報等提供料の算定回数が30回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。	④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。	（新設）
⑩　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席していること。	⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。
（削除）	①　麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売

	業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
（削除）	②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
（削除）	③　地方厚生（支）局長に対してかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
(ﾛ)　(ｲ)の⑩は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１	（新設）

万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 (ﾊ)　(ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　調剤後薬剤管理指導料 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）	(ﾛ)　(ｲ)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。） ・　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算２、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料２又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこ

	と。）
(ﾆ)　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ｲ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ｲ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ｲ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ｲ)の⑤の外来服薬支援料１並びに(ｲ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。	（新設）
(ﾎ)　(ｲ)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ｲ)の⑩以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。	（新設）
イ　地域支援体制加算２ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ｲ)の①から⑩までの10の要件のうち、８項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。	イ　地域支援体制加算２ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ｲ)の基準を満たした上で、以下の①から⑨までの９つの要件のうち３項目以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証してい

	る研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。 ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ⑤ 外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。 ⑥ 服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人

	の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。 ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。
（削除）	(ﾛ) (ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、アの(ﾛ)に準じて取り扱う。
（削除）	(ﾊ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ｲ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ｲ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ｲ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ｲ)の⑤の外来服薬支援料１並びに(ｲ)の⑥の服用薬剤調整支

	援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。
（削除）	(ﾆ) (ｲ)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ｲ)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。
（削除）	(ﾎ) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(ｲ)の①から⑨までについては、前年３月１日から当年２月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。
ウ　地域支援体制加算３ (ｲ) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。 ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。	ウ　地域支援体制加算３ (ｲ) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、イの(ｲ)の①から⑨までの９つの要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。

②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ⑤　外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。 ⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。 ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であるこ	

と。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑩　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。	
（削除）	(ﾛ) 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、ウの(ｲ)の①から⑩までの10の要件のうち８項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。	エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、イの(ｲ)の①から⑨までの９つの要件のうち８項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。
(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。	
ア　保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。	(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
イ　当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。	（新設）
ウ　医療材料及び衛生材料を供給	(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。	きる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
エ　麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。	（新設）
オ　処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近３月間の実績として70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「２　調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。	(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近３月間の実績として50%以上であること。 (23) 上記（22）の処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「２　調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。
カ　次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。 (ｲ)　一般名 (ﾛ)　剤形 (ﾊ)　規格 (ﾆ)　内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）	(12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。 ア　一般名 イ　剤形 ウ　規格 エ　内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

(ホ) 緊急安全性情報、安全性速報 (ヘ) 医薬品・医療機器等安全性情報 (ト) 医薬品・医療機器等の回収情報	オ 緊急安全性情報、安全性速報 カ 医薬品・医療機器等安全性情報 キ 医薬品・医療機器等の回収情報
(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応	
ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。	(7) 当該保険薬局の開局時間は、平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。
イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。	(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。

ウ　当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の(ｲ)から(ﾊ)までの体制が整備されていること。	（新設）
(ｲ)　夜間、休日を含む時間帯の対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。	（新設）
(ﾛ)　当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。	(4)　当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
(ﾊ)　これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。	また、これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
エ　地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応でき	(5) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行ってい

る体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。	ること。
(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。	
ア　在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。	(18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
イ　当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。	(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネ―ジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。
ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患	（新設）

者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。	
エ　当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。	(9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。
(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。	
ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新	(11) 医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬

の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。	品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
イ　「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月６日付け薬食総発第1006第１号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。	(20)　「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月６日付け薬食総発第1006第１号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。
ウ　副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。	(21)　副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
(6)　地方厚生（支）局長に対してかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。	（新設）
(7)　当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。	(6)　当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
(8)　当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。 ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として５年以上の薬局勤務経験があること。 イ　当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。 ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。	(8)　当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。 ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として５年以上の薬局勤務経験があること。 イ　当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。 ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。

(9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。	(10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
(10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。	(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。 ア　要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していれ	(14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ばいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第１条第２項第５号で規定する薬局）の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。	
イ　健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。	(16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。 (15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
ウ　緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。	（新設）
エ　当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。 ① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。 ② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。	（新設）

オ　当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第25条第１号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。	（新設）
(12) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のア又はウの(ｲ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年５月１日から当年４月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年６月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年５月１日から当年４月末日までの処方箋受付回数とする。	(24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のアの(ｲ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(ｲ)の①から⑨までについては、前年３月１日から当年２月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年３月１日から当年２月末日までの処方箋受付回数とする。
２　届出に関する事項	２　届出に関する事項
(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の３及び様式87の３の２を用いること。	(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の３及び様式87の３の２又は様式87の３の３を用いること。
(2) 令和６年５月31日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間に限り、１の(1)のアの(ｲ)の①から⑩、(2) のイ、オ、(3) のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。また、令和６年５月31日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算３の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間	(2) 令和４年３月31日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和５年３月31日までの間に限り、１の (1) のアの(ｲ)の②に規定する「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしているものとする。また、令和４年３月31日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域

に限り、１の（2）のイ、オ、（3）のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているもとし、地域支援体制加算４の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間に限り、１の（2）のイ、オ、（3）のエ、(4）のウ、(6）及び１の(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。 (3) 令和６年８月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局であって、令和６年９月１日以降も算定する場合においては、前年８月１日から当年７月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年９月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年８月１日から当年７月末日までの処方箋受付回数とする。	支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和５年３月31日までの間に限り、１の（1）のイの(ｲ)の⑦に規定する「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。 (3) 令和４年３月31日時点で現に調剤基本料１を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月31日までの間に限り、調剤基本料１を算定している保険薬局とみなし、地域支援体制加算の施設基準を満たしているかを判断する。

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－③】

③　休日・深夜加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていく観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における地域の行政機関からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。

改　定　案	現　　行
【調剤技術料の時間外加算等】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 （ｲ）　（略） （ﾛ）休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者 ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略）	【調剤技術料の時間外加算等】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 （ｲ）　（略） （ﾛ）休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者 ②　（略）

キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者 ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略） (ﾛ)　（略）	キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者 ②　（略） (ﾛ)　（略）

④　いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の調剤及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．特別調剤基本料についてＡ及びＢの区分を設け、評価を見直す。

２．いわゆる同一敷地内薬局を対象とする特別調剤基本料Ａにおいては、調剤基本料１、２及び３のイ～ハと同様に調剤基本料の施設基準の届出を求める。

３．調剤基本料にかかる施設基準の届出を行っていない保険薬局に対しては特別調剤基本料Ｂの算定区分を適用するとともに、調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。

改　定　案		現　　行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
１　調剤基本料１	45点	１　調剤基本料１	42点
２　調剤基本料２	29点	２　調剤基本料２	26点
３　調剤基本料３		３　調剤基本料３	
イ	24点	イ	21点
ロ	19点	ロ	16点
ハ	35点	ハ	32点
４　特別調剤基本料Ａ	5点	（新設）	
［算定要件］		［算定要件］	
注１　（略）		注１　（略）	
２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき３点を算定する。		２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。	

３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉙」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－②」を参照のこと。 ［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料１の施設基準	３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） （新設） （新設） ［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料１の施設基準

(2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。）であること。 イ～ホ　（略） (3) 調剤基本料３のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。	(2)から(5)まで又は二の二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ～ホ　（略） (3) 調剤基本料３のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ　特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5) 調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 (6) 特別調剤基本料Ａの施設基準 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。	イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ　特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5) 調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 （新設）
二　（略）	二　（略）
二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （削除） 一の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。	二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。 (2) 一の(1)から(5)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

４．薬学管理料の各算定項目について、特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局においては特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直すとともに、特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては算定を不可とする。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 イ～へ　（略） 15　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注６及び注９に規定する加算は、算定できない。 ※　特別調剤基本料Ａを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料２、外来服薬支援料１並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。 ※　特別調剤基本料Ｂを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、外来服薬支援料、服用薬剤調	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ～へ　（略） （新設）

整支援料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、服薬情報等提供料、調剤後薬剤管理指導料及び在宅移行初期管理料についても同様。	

５．医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、いわゆる同一敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

改　定　案	現　　行
【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） ３　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局及び区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する薬局において、処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） （新設）

６．１月あたりの処方箋の交付が平均 4000 回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が９割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） ９　１、２及び３について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号００調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合	【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） （新設）

は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。	

※　上記に併せて、保険薬局の指定・更新時の土地・建物の賃貸借料等の確認を含めた保険薬局に係る指定手続きの見直しを行う。

※　いわゆる同一敷地内薬局については、
- 医療機関及び薬局が地域医療に果たす役割、
- 同一敷地内の医療機関と薬局における、①構造的、機能的及び経済的な独立性、②医療機関の敷地内薬局を開設する際の公募等における要件、③土地・建物の賃貸借料等を踏まえた双方の関係性、
- 薬局の収益構造において費用に占める医薬品等費と医薬品購入状況等の医薬品流通の観点からの実態

等を踏まえた、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、中医協で引き続き検討する。

⑤　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。

①　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

第１　基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

第２　具体的な内容

１．長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後５年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする。

２．医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

３．長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が１%未満）である長期収載品は、上市後５年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。

４．あわせて、次のような対応を行う。

- 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
- 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。

［施行日等］
令和６年10月１日から施行・適用する。

②　医薬品取引状況に係る報告の見直し

第１　基本的な考え方

「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（以下「流通改善ガイドライン」という。）の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。

第２　具体的な内容

医療用医薬品の適正な流通取引が行われる環境を整備するため、今般改訂される流通改善ガイドラインを踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めることとする。

なお、流通改善ガイドラインは本年度中に改訂予定であり、現在示されている改訂案に基づき報告内容を見直すものである。

１．（調剤報酬）

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ ２　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア　（略） イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況を地方厚生（支）局長に報告して	【調剤基本料】 ［算定要件］ ２　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア　（略） イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を地方厚生（支）局長に報告して

いない保険薬局 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2)　当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）	いない保険薬局 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2)　当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）

２．（医科点数表）

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ※　再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。	【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同

	じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

※　上記の改正に伴い、「妥結率等に係る報告書」（現行の様式２の４及び様式 85）における報告事項ついては、妥結率のほか、現行の報告書で求めている単品単価契約率、一律値引き契約の状況に代えて、以下の事項の報告を求めることとする。

○　医薬品取引に係る状況（報告の前年度の医薬品取引の状況も含む。）

○　医療用医薬品の流通改善に向けた取組（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）

③　プログラム医療機器についての評価療養の新設

第１　基本的な考え方

イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第１段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

第２　具体的な内容

１．薬事上の第１段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第２段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）第１段階承認を取得後、第２段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第２段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）第２段階承認の申請中のものについては、第２段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第２段階承認の申請が受理されてから２年間に限り実施可能とする。

（３）第２段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して240日間に限り実施可能とする。

２．既に保険適用されているプログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して 240 日間に限り実施可能とする。

①　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

第１　基本的な考え方

医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　10点 ロ　一般名処方加算２　８点 ［施設基準］ 第七　投薬 五　医科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注７及び歯科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する一般名処方加算の施設基準 (1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場	F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　７点 ロ　一般名処方加算２　５点 ［施設基準］ 第七　投薬 （新設）

所に掲示していること。 (2) (1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ［経過措置］ 令和７年５月31日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。	

２.後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　87点 ２　後発医薬品使用体制加算２　82点 ３　後発医薬品使用体制加算３　77点 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載し	【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　47点 ２　後発医薬品使用体制加算２　42点 ３　後発医薬品使用体制加算３　37点 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ていること。	
(2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ （略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	(2)　後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ （略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び薬剤を変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ （略） （新設） ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
［経過措置］	

令和７年５月31日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。	
【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　８点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　７点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　５点	【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点
[施設基準] (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	[施設基準] (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及	(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	
(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ［経過措置］ 令和７年５月31日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。	(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

３．医療 DX の推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

改　定　案	現行
【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　４点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類	【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　10点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類

以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点 ３　１及び２以外の場合　60点	以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点 ３　１及び２以外の場合　68点

４．いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

改　定　案	現　　行
【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる	【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる

調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。	［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。
Ｆ４００　処方箋料 (15)保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。	Ｆ４００　処方箋料 (15)　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。
別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤 (1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。	別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤 (1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

②　バイオ後続品の使用促進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。

第２　具体的な内容

１．入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

（新）　バイオ後続品使用体制加算（入院初日）　100 点

［対象患者］

入院患者であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用している患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。

（２）直近１年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）

及びバイオ後続品の使用回数が 100 回を超えること。

（３）当該保険医療機関において調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、以下のいずれも満たすこと。

イ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が 80%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が 50 未満の場合を除く。

①　エポエチン
②　リツキシマブ
③　トラスツズマブ
④　テリパラチド

ロ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が 50%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が 50 未満の場合を除く。

①　ソマトロピン
②　インフリキシマブ
③　エタネルセプト
④　アガルシダーゼベータ
⑤　ベバシズマブ
⑥　インスリンリスプロ
⑦　インスリンアスパルト
⑧　アダリムマブ
⑨　ラニビズマブ

（４）バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（５）（４）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和７年５月 31 日までの間に限り、（５）に該当するものとみなす。

２．バイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

改　定　案	現　　行
【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。	【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

３．２に伴い、外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】 （削除）	【外来腫瘍化学療法診療料】 注７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

③　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

「Ⅲ－９－①」を参照のこと。

④　再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

第１　基本的な考え方

再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関において、手術における再製造単回使用医療機器の使用について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【第10部　手術】 通則 21　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。	【第10部　手術】 通則 （新設）
［施設基準］ 二の八　医科点数表第２章第10部第21号に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準 (1)　再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有していること。 (2)　再製造単回使用医療機器の使用につき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

⑤　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

「Ⅱ－１－⑯」を参照のこと。

①　実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

第１　基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

【評価を見直す検査の例】

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　103点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 150点	【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　106点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 300点

２．材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 960点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 1,000点

【在宅ハイフローセラピー装置加算】 １　自動給水加湿チャンバーを用いる場合 3,500点 ２　１以外の場合 2,500点	【在宅ハイフローセラピー装置加算】 1,600点

３．アルブミン（BCP 改良法・BCG 法）のうち、BCG 法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を２年間延長する。

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和８年５月31日までの間に限り、算定できるものとする。	【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

②　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

第２　具体的な内容

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓（１日につき）】	【人工腎臓（１日につき）】
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　1,876点	イ　４時間未満の場合　1,885点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,036点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点
ハ　５時間以上の場合　2,171点	ハ　５時間以上の場合　2,180点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,836点	イ　４時間未満の場合　1,845点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,996点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点
ハ　５時間以上の場合　2,126点	ハ　５時間以上の場合　2,135点
３　慢性維持透析を行った場合３	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　1,796点	イ　４時間未満の場合　1,805点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,951点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点
ハ　５時間以上の場合　2,081点	ハ　５時間以上の場合　2,090点

③　検査、処置及び麻酔の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

第２　具体的な内容

下記の処置、検査及び麻酔について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【眼底三次元画像解析】 190点	【眼底三次元画像解析】 200点
【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 110点	【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 112点
【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側　90点 ２　両側　160点	【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側　100点 ２　両側　180点
【トリガーポイント注射】 70点	【トリガーポイント注射】 80点

医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

「Ⅱ－１」を参照のこと。

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

「Ⅱ－４」を参照のこと。

外来医療の機能分化・強化等

「Ⅱ－５」を参照のこと。

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

「Ⅲ－５」を参照のこと。

【Ⅳ－８　医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進－①】

①　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

②　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

第２　具体的な内容

投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。

改　定　案	現　　行
（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。	（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。 ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。

(2)～(5)　（略）	なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。 (2)～(5)　（略）

【Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進】

薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

「Ⅲ－８」を参照のこと。

別紙７　別表１

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧（案）

※１のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度Ｉを評価する場合のみに用いること。
※２のついた項目のレセプト電算処理システム用コードについては、追って通知される。

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
Ａ　１　創傷処置（褥瘡の処置を除く）	140000610	創傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140000710	創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140000810	創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140000910	創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140001010	創傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140062110	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）
	140062210	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）
	140062310	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
	140032010	熱傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140032110	熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140032210	熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036510	熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036610	熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140034830	電撃傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140034930	電撃傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035030	電撃傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035130	電撃傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035230	電撃傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140035430	薬傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140035530	薬傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035630	薬傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035730	薬傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035830	薬傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140036030	凍傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140036130	凍傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140036230	凍傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036330	凍傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036430	凍傷処置（６０００ｃｍ２以上）
Ａ　２　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	140005610	酸素吸入
	140005750	突発性難聴に対する酸素療法
	140005810	酸素テント
	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140063810	人工呼吸（５時間超１５日目以降）
	140023510	人工呼吸（５時間超１４日目まで）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）
	140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）
	140009450	無水アルコール吸入療法
	140023650	無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）
	140063950	無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）
	140064050	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）
	140009650	酸素吸入（マイクロアダプター）
	140023850	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）
	140064150	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）
	140064450	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）
	140064350	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）
	140064750	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）
Ａ　３　注射薬剤３種類以上の管理	別紙７別表２の薬剤を除く、注射薬剤の種類数	
Ａ　４　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
Ａ　５　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621151301	献血ベニロンＩ静注用５００ｍｇ
	621151701	献血ベニロンＩ静注用２５００ｍｇ
	621449901	献血ベニロンＩ静注用５０００ｍｇ
	621152901	献血グロベニンＩ静注用５００ｍｇ
	621153301	献血グロベニンＩ静注用２５００ｍｇ
	621450001	献血グロベニンＩ静注用５０００ｍｇ
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトＦ注射用２５０
	622885801	コンファクトＦ静注用２５０単位
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	640431015	コンコエイトーＨＴ
	621153904	コンファクトＦ注射用５００
	622885901	コンファクトＦ静注用５００単位
	621153909	クロスエイトMC静注用５００単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトＦ注射用１０００
	622886001	コンファクトＦ静注用１０００単位
	621154006	クロスエイトMC静注用１０００単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトMC静注用２０００単位
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622865101	クロスエイトMC静注用３０００単位
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
	621154302	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「タケダ」
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
	621154502	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「タケダ」
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
	621755302	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「タケダ」
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
	621155502	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「タケダ」
	620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
	620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「KMB」
	621645902	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	620009137	アルブミンーベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
	621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「KMB」
	621157403	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
	621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
	621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
	621157607	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「タケダ」
	621157611	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「タケダ」
	621384901	ファイバ静注用１０００
	620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
	622607401	ガンマガード静注用５ｇ
	621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
	621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
	646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
	621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
	646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
	621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001350	献血ノンスロン５００注射用
	621159207	ノイアート静注用５００単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001351	献血ノンスロン１５００注射用
	620003071	ノイアート静注用１５００単位
	620009201	ベリナートＰ静注用５００
	622926301	ベリナート皮下注用２０００
	621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
	621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
	622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
	622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009263	クリスマシンＭ静注用４００単位
	622408201	ノバクトＭ静注用５００単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009264	クリスマシンＭ静注用１０００単位
	622408301	ノバクトＭ静注用１０００単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622408401	ノバクトＭ静注用２０００単位
	620009198	フィブロガミンＰ静注用
	629903301	アドベイト静注用キット２５０
	629903401	アドベイト静注用キット５００
	629903501	アドベイト静注用キット１０００
	629903601	アドベイト静注用キット１５００
	629903701	アドベイト静注用キット２０００
	629903801	アドベイト静注用キット３０００
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
	622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
	622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
	622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
	640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
	621971601	ベネフィクス静注用５００
	621971701	ベネフィクス静注用１０００
	621971801	ベネフィクス静注用２０００
	622273601	ベネフィクス静注用３０００
	622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
	622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622950901	キュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622951001	キュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622951101	キュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ
	622333001	ノボエイト静注用２５０
	622333101	ノボエイト静注用５００
	622333201	ノボエイト静注用１０００
	622333301	ノボエイト静注用１５００
	622333401	ノボエイト静注用２０００
	622333501	ノボエイト静注用３０００
	622364101	オルプロリクス静注用５００
	622364201	オルプロリクス静注用１０００
	622364301	オルプロリクス静注用２０００
	622364401	オルプロリクス静注用３０００
	622426501	オルプロリクス静注用２５０
	622608701	オルプロリクス静注用４０００
	622402801	イロクテイト静注用２５０
	622402901	イロクテイト静注用５００
	622403001	イロクテイト静注用７５０
	622403101	イロクテイト静注用１０００
	622403201	イロクテイト静注用１５００
	622403301	イロクテイト静注用２０００
	622403401	イロクテイト静注用３０００
	622682501	イロクテイト静注用４０００
	622424901	ノボサーティーン静注用２５００
	622442001	アコアラン静注用６００
	622583901	アコアラン静注用１８００
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０
	622623501	アディノベイト静注用キット５００
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００
	622489301	コバールトリイ静注用２５０
	622489401	コバールトリイ静注用５００
	622489501	コバールトリイ静注用１０００
	622489601	コバールトリイ静注用２０００
	622489701	コバールトリイ静注用３０００
	622526101	イデルビオン静注用２５０
	622526201	イデルビオン静注用５００
	622526301	イデルビオン静注用１０００
	622526401	イデルビオン静注用２０００
	629900101	イデルビオン静注用３５００
	622595901	エイフスチラ静注用２５０
	622596001	エイフスチラ静注用５００
	622596101	エイフスチラ静注用１０００
	622596201	エイフスチラ静注用１５００
	622596301	エイフスチラ静注用２０００
	622596401	エイフスチラ静注用２５００
	622596501	エイフスチラ静注用３０００
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
	622647001	レフィキシア静注用５００
	622647101	レフィキシア静注用１０００
	622647201	レフィキシア静注用２０００
	622658001	ジビイ静注用５００
	622658101	ジビイ静注用１０００
	622658201	ジビイ静注用２０００
	622658301	ジビイ静注用３０００
	629905101	イスパロクト静注用５００
	629905201	イスパロクト静注用１０００
	629905301	イスパロクト静注用１５００
	629905401	イスパロクト静注用２０００
	629905501	イスパロクト静注用３０００
	629908001	ボンベンディ静注用１３００
	622842901	リンスバッド点滴静注用1000mg
	629912801	ヌーイック静注用２５０
	629912901	ヌーイック静注用５００
	629913001	ヌーイック静注用１０００
	629913101	ヌーイック静注用２０００
	629913201	ヌーイック静注用２５００
	629913301	ヌーイック静注用３０００
	629913401	ヌーイック静注用４０００
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
	629926801	アレモ皮下注15mg
	629926901	アレモ皮下注60mg
	629927001	アレモ皮下注150mg
	629925701	オルツビーオ静注用500
	629925801	オルツビーオ静注用1000
	629925601	オルツビーオ静注用250
	629925901	オルツビーオ静注用2000
	629926001	オルツビーオ静注用3000
	629926101	オルツビーオ静注用4000
	150224810	自家採血輸血（１回目）
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）
	150224910	保存血液輸血（１回目）
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）
	150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
Ａ ６ 専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ））	620009152	サンドスタチン皮下注用５０μｇ
	622830401	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
	622504701	オクトレオチド皮下注５０μｇ「あすか」
	622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注５０μｇ「サンド」
	620009153	サンドスタチン皮下注用１００μｇ
	622830501	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
	622504801	オクトレオチド皮下注１００μｇ「あすか」
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注１００μｇ「サンド」
	622352101	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット１０ｍｇ
	622352201	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット２０ｍｇ
	622352301	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット３０ｍｇ
	620008225	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「サワイ」
	620008226	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「サワイ」
	644210058	注射用イホマイド１ｇ
	620009116	プスルフェクス点滴静注用６０ｍｇ
	644210065	注射用サイメリン５０ｍｇ
	644210066	注射用サイメリン１００ｍｇ
	640451006	アルケラン静注用５０ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	621982101	テモダール点滴静注用１００ｍｇ
	620007515	メソトレキセート点滴静注液２００ｍｇ
	622221301	メソトレキセート点滴静注液１０００ｍｇ
	644210049	注射用メソトレキセート５ｍｇ
	644210048	注射用メソトレキセート５０ｍｇ
	620003714	キロサイド注２０ｍｇ
	620003715	キロサイド注４０ｍｇ
	620003716	キロサイド注６０ｍｇ
	620003717	キロサイド注１００ｍｇ
	620003718	キロサイド注２００ｍｇ
	620003713	キロサイドＮ注４００ｍｇ
	621972001	キロサイドＮ注１ｇ
	622283003	シタラビン点滴静注液１ｇ「ＮＩＧ」
	622282903	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620914301	サンラビン点滴静注用１５０ｍｇ
	620914401	サンラビン点滴静注用２００ｍｇ
	620914501	サンラビン点滴静注用２５０ｍｇ
	620002600	フルダラ静注用５０ｍｇ
	620005897	アラノンジー静注用２５０ｍｇ
	622250601	エポルトラ点滴静注２０ｍｇ
	620007299	コスメゲン静注用０．５ｍｇ
	620005148	アクラシノン注射用２０ｍｇ
	620005176	ダウノマイシン静注用２０ｍｇ
	620003762	テラルビシン注射用１０ｍｇ
	620005206	ピノルビン注射用１０ｍｇ
	620003763	テラルビシン注射用２０ｍｇ
	620005207	ピノルビン注射用２０ｍｇ
	622513101	ピノルビン注射用３０ｍｇ
	620008800	イダマイシン静注用５ｍｇ
	640462038	カルセド注射用２０ｍｇ
	640462039	カルセド注射用５０ｍｇ
	620007499	マイロターグ点滴静注用５ｍｇ
	640454006	オンコビン注射用１ｍｇ
	644210059	注射用フィルデシン１ｍｇ
	644210060	注射用フィルデシン３ｍｇ
	620004777	ラステット注１００ｍｇ／５ｍＬ
	620004760	ベプシド注１００ｍｇ
	620008173	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
	622101701	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「タイヨー」
	622220501	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「ＳＮ」
	622101703	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「ＮＩＧ」
	622903600	エトポシド１００ｍｇ５ｍＬ注射液
	620005197	ハイカムチン注射用１．１ｍｇ
	620003247	ロイナーゼ注用５０００
	620003248	ロイナーゼ注用１００００
	620004129	シスプラチン注１０ｍｇ「日医工」
	620008946	ランダ注１０ｍｇ／２０ｍＬ
	620923301	シスプラチン点滴静注１０ｍｇ「マルコ」
	620004130	シスプラチン注２５ｍｇ「日医工」
	620008947	ランダ注２５ｍｇ／５０ｍＬ
	620923701	シスプラチン点滴静注２５ｍｇ「マルコ」
	620004131	シスプラチン注５０ｍｇ「日医工」
	620008948	ランダ注５０ｍｇ／１００ｍＬ
	620924101	シスプラチン点滴静注５０ｍｇ「マルコ」
	620001919	動注用アイエーコール１００ｍｇ
	620002591	動注用アイエーコール５０ｍｇ
	640454032	ノバントロン注２０ｍｇ
	644290005	ノバントロン注１０ｍｇ
	640407072	アクプラ静注用１０ｍｇ
	640407073	アクプラ静注用５０ｍｇ
	640407074	アクプラ静注用１００ｍｇ
	640462007	ロイスタチン注８ｍｇ
	620002417	トリセノックス注１０ｍｇ
	622919701	トリセノックス点滴静注１２ｍｇ
	620006806	ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット
	621954001	ミリプラ動注用７０ｍｇ
	622149401	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ
	629912501	ポライビー点滴静注用３０ｍｇ
	629912601	ポライビー点滴静注用１４０ｍｇ
	629914701	レミトロ点滴静注用３００μｇ
	629917001	パドセブ点滴静注用３０ｍｇ
	629923301	パドセブ点滴静注用２０ｍｇ
	622388101	マブキャンパス点滴静注３０ｍｇ
	629917301	ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ
	622449301	ヨンデリス点滴静注用０．２５ｍｇ
	620004742	ビシバニール注射用１ＫＥ
	620004743	ビシバニール注射用５ＫＥ
	622929301	ビシバニール注射用１ＫＥ
	622929401	ビシバニール注射用５ＫＥ
	620001918	注射用レザフィリン１００ｍｇ
	640453024	イムノマックスーγ注５０
	646390065	イムネース注３５
	622797601	ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ
	622622401	ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ
	622654901	ビーリンサイト点滴静注用３５μｇ
	629911001	アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ
	629916001	ユニツキシン点滴静注１７．５ｍｇ／５ｍＬ
	622870001	ルタテラ静注
	622875201	ライアットＭＩＢＧ－Ｉ１３１静注
	629923701	ベスレミ皮下注２５０μｇシリンジ
	629923801	ベスレミ皮下注５００μｇシリンジ
	629922501	イジュド点滴静注25mg
	629922601	イジュド点滴静注300mg
	629922701	リブタヨ点滴静注350mg
	622930501	アーウィナーゼ筋注用10000
Ａ ６ 専門的な治療・処置（② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理）	614220011	スタラシドカプセル５０
	614220012	スタラシドカプセル１００
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル５０ｍｇ「ＴＹＰ」
	620005101	ベサノイドカプセル１０ｍｇ
	622867601	タズベリク錠２００ｍｇ
	622871601	ハイヤスタ錠１０ｍｇ
	622875401	レットヴィモカプセル４０ｍｇ
	622875501	レットヴィモカプセル８０ｍｇ
	622669101	ビジンプロ錠１５ｍｇ
	622669201	ビジンプロ錠４５ｍｇ
	622688401	ヴァンフリタ錠１７．７ｍｇ
	622688501	ヴァンフリタ錠２６．５ｍｇ
	622696201	ベネクレクスタ錠１０ｍｇ
	622696301	ベネクレクスタ錠５０ｍｇ
	622696401	ベネクレクスタ錠１００ｍｇ
	622926701	エザルミア錠50mg
	622926801	エザルミア錠100mg
	622919601	ジェセリ錠40mg
	622910401	セムブリックス錠20mg
	622910501	セムブリックス錠40mg
	622885601	ルマケラス錠120mg
Ａ ６ 専門的な治療・処置（③ 麻薬の使用（注射剤のみ））	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
	620009272	パンオピン皮下注２０ｍｇ
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003067	アンペック注１０ｍｇ
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「シオノギ」
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「第一三共」
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「タケダ」
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003068	アンペック注５０ｍｇ
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「シオノギ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「第一三共」
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
	621454706	モルヒネ塩酸塩注１００ｍｇシリンジ「テルモ」
	620001373	アンペック注２００ｍｇ
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「シオノギ」
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「タケダ」
	628513501	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「テルモ」
	622135601	オキファスト注１０ｍｇ
	622685701	オキシコドン注射液１０ｍｇ「第一三共」
	622135701	オキファスト注５０ｍｇ
	622685801	オキシコドン注射液５０ｍｇ「第一三共」
	622625401	ナルベイン注２ｍｇ
	622625501	ナルベイン注２０ｍｇ
	648110014	複方オキシコドン注射液
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
	648110002	アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
	648110010	弱アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
	648210005	ペチジン塩酸塩注射液
	628512804	ペチジン塩酸塩注射液３５ｍｇ「タケダ」
	648210006	ペチジン塩酸塩注射液
	628513304	ペチジン塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
	621208101	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「第一三共」
	621899203	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「テルモ」
	621627101	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「第一三共」
	621899303	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「テルモ」
	621899403	フェンタニル注射液０．５ｍｇ「テルモ」
	622905700	フェンタニルクエン酸塩０．００５％２ｍＬ注射液
	622905800	フェンタニルクエン酸塩０．００５％５ｍＬ注射液
	622905900	フェンタニルクエン酸塩０．００５％１０ｍＬ注射液
	620004422	アルチバ静注用２ｍｇ
	622486801	レミフェンタニル静注用２ｍｇ「第一三共」
	620004423	アルチバ静注用５ｍｇ
	622486901	レミフェンタニル静注用５ｍｇ「第一三共」
	648210004	ペチロルファン注射液
	648210007	弱ペチロルファン注射液
	621208403	ペチロルファン配合注ＨＤ
	621208503	ペチロルファン配合注ＬＤ
Ａ ６ 専門的な治療・処置（④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理）	618110006	アヘン末
	628500001	アヘン末「第一三共」
	618110004	アヘン散
	628500501	アヘン散「第一三共」
	618110002	アヘンチンキ
	628501001	アヘンチンキ「第一三共」
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩
	618110025	パンオピン「タケダ」
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＰ」
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末
	622842601	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包１０ｍｇ「フジモト」
	622842701	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包３０ｍｇ「フジモト」
	610453130	モルペス細粒２％
	610453131	モルペス細粒６％
	618110023	ＭＳコンチン錠１０ｍｇ
	618110024	ＭＳコンチン錠３０ｍｇ
	610406378	ＭＳコンチン錠６０ｍｇ
	610453027	ＭＳツワイスロンカプセル１０ｍｇ
	610453028	ＭＳツワイスロンカプセル３０ｍｇ
	610453029	ＭＳツワイスロンカプセル６０ｍｇ
	620003165	パシーフカプセル３０ｍｇ
	620003166	パシーフカプセル６０ｍｇ
	620003167	パシーフカプセル１２０ｍｇ
	610470010	オプソ内服液５ｍｇ
	610470011	オプソ内服液１０ｍｇ
	618110011	コデインリン酸塩錠
	620009226	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「第一三共」
	628505804	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「タケダ」
	618110009	コデインリン酸塩水和物
	620009227	コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末
	628506001	コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末
	610462035	コデインリン酸塩散１０％
	620009225	コデインリン酸塩散１０％「タケダ」
	628506500	コデインリン酸塩散１０％「第一三共」
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「第一三共」
	628507804	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「タケダ」
	620003630	メテバニール錠２ｍｇ
	622016901	オキノーム散２．５ｍｇ
	622017001	オキノーム散５ｍｇ
	622017101	オキノーム散１０ｍｇ
	622303901	オキノーム散２０ｍｇ
	622576301	オキシコンチンＴＲ錠５ｍｇ
	622685301	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576401	オキシコンチンＴＲ錠１０ｍｇ
	622685401	オキシコドン徐放錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576501	オキシコンチンＴＲ錠２０ｍｇ
	622685501	オキシコドン徐放錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622576601	オキシコンチンＴＲ錠４０ｍｇ
	622685601	オキシコドン徐放錠４０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622303501	オキシコドン徐放カプセル５ｍｇ「テルモ」
	622303601	オキシコドン徐放カプセル１０ｍｇ「テルモ」
	622303701	オキシコドン徐放カプセル２０ｍｇ「テルモ」
	622303801	オキシコドン徐放カプセル４０ｍｇ「テルモ」
	622802101	オキシコドン錠２．５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802201	オキシコドン錠５ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802301	オキシコドン錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622802401	オキシコドン錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」
	622839101	オキシコドン内服液２．５ｍｇ「日本臓器」
	622839201	オキシコドン内服液５ｍｇ「日本臓器」
	622839301	オキシコドン内服液１０ｍｇ「日本臓器」
	622839401	オキシコドン内服液２０ｍｇ「日本臓器」
	622550201	ナルラピド錠１ｍｇ
	622550301	ナルラピド錠２ｍｇ
	622550501	ナルラピド錠４ｍｇ
	622549801	ナルサス錠２ｍｇ
	622549901	ナルサス錠６ｍｇ
	622550001	ナルサス錠１２ｍｇ
	622550101	ナルサス錠２４ｍｇ
	618110001	アヘン・トコン散
	618110027	ドーフル散
	618210001	ペチジン塩酸塩
	622293501	アブストラル舌下錠１００μｇ
	622293601	アブストラル舌下錠２００μｇ
	622293701	アブストラル舌下錠４００μｇ
	622264901	イーフェンバッカル錠５０μｇ
	622265001	イーフェンバッカル錠１００μｇ
	622265101	イーフェンバッカル錠２００μｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622265201	イーフェンバッカル錠４００μｇ
	622265301	イーフェンバッカル錠６００μｇ
	622265401	イーフェンバッカル錠８００μｇ
	622212701	メサペイン錠５ｍｇ
	622212801	メサペイン錠１０ｍｇ
	622350501	タペンタ錠２５ｍｇ
	622350601	タペンタ錠５０ｍｇ
	622350701	タペンタ錠１００ｍｇ
	668110001	アンペック坐剤１０ｍｇ
	668110002	アンペック坐剤２０ｍｇ
	660432005	アンペック坐剤３０ｍｇ
	620007678	デュロテップＭＴパッチ２．１ｍｇ
	622177901	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228201	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「明治」
	622628101	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「トーワ」
	622305202	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「テイコク」
	622228202	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「ユートク」
	620007679	デュロテップＭＴパッチ４．２ｍｇ
	622178001	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228301	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「明治」
	622628201	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「トーワ」
	622305302	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「テイコク」
	622228302	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「ユートク」
	620007680	デュロテップＭＴパッチ８．４ｍｇ
	622178101	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228401	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「明治」
	622628301	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「トーワ」
	622305402	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「テイコク」
	622228402	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「ユートク」
	620007681	デュロテップＭＴパッチ１２．６ｍｇ
	622178201	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228501	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「明治」
	622628401	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「トーワ」
	622305502	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「テイコク」
	622228502	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ユートク」
	620007682	デュロテップＭＴパッチ１６．８ｍｇ
	622178301	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「ＨＭＴ」
	622228601	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「明治」
	622628501	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「トーワ」
	622305602	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「テイコク」
	622228602	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「ユートク」
	622041901	ワンデュロパッチ０．８４ｍｇ
	622505001	フェンタニル１日用テープ０．８４ｍｇ「明治」
	622505002	フェンタニル１日用テープ０．８４ｍｇ「ユートク」
	622042001	ワンデュロパッチ１．７ｍｇ
	622505101	フェンタニル１日用テープ１．７ｍｇ「明治」
	622505102	フェンタニル１日用テープ１．７ｍｇ「ユートク」
	622042101	ワンデュロパッチ３．４ｍｇ
	622505201	フェンタニル１日用テープ３．４ｍｇ「明治」
	622505202	フェンタニル１日用テープ３．４ｍｇ「ユートク」
	622042201	ワンデュロパッチ５ｍｇ
	622505301	フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「明治」
	622505302	フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「ユートク」
	622042301	ワンデュロパッチ６．７ｍｇ
	622505401	フェンタニル１日用テープ６．７ｍｇ「明治」
	622505402	フェンタニル１日用テープ６．７ｍｇ「ユートク」
	622700801	ラフェンタテープ１．３８ｍｇ
	622700901	ラフェンタテープ２．７５ｍｇ
	622701001	ラフェンタテープ５．５ｍｇ
	622701101	ラフェンタテープ８．２５ｍｇ
	622701201	ラフェンタテープ１１ｍｇ
	621988502	フェントステープ１ｍｇ
	622643101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「第一三共」
	622696801	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「テイコク」
	621988602	フェントステープ２ｍｇ
	622643201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「第一三共」
	622696901	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「テイコク」
	621988702	フェントステープ４ｍｇ
	622643301	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「第一三共」
	622697001	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「テイコク」
	621988802	フェントステープ６ｍｇ
	622643401	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「第一三共」
	622697101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「テイコク」
	621988902	フェントステープ８ｍｇ
	622643501	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「第一三共」
	622697201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「テイコク」
	622645901	フェントステープ０．５ｍｇ
	622856201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ０．５ｍｇ「テイコク」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療）	180008810	体外照射（エックス線表在治療）（１回目）
	180019410	体外照射（エックス線表在治療）（２回目）
	180020710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（１門照射）
	180020810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（対向２門照射）
	180020910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（非対向２門照射）
	180021010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（３門照射）
	180021110	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（４門以上の照射）
	180021210	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（運動照射）
	180021310	体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（原体照射）
	180021410	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（１門照射）
	180021510	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（対向２門照射）
	180021610	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（非対向２門照射）
	180021710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（３門照射）
	180021810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（４門以上の照射）
	180021910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（運動照射）
	180022010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（原体照射）
	180031910	体外照射（１ＭＲＴ）
	180025270	施設基準不適合減算（放射線）（１００分の７０）
	180043270	一回線量増加加算（全乳房照射）
	180054970	一回線量増加加算（前立腺照射）
	180009270	術中照射療法加算
	180016970	体外照射用固定器具加算（体外照射）
	180054870	画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報）
	180054770	画像誘導放射線治療加算（骨構造の位置情報）
	180054670	画像誘導放射線治療加算（体表面の位置情報）
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療
	180019710	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）
	180035310	直線加速器による放射線治療（１以外）
	180026750	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療・体幹部に対する）
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）
	180055110	粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）
	180055010	粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）
	180055310	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）
	180055210	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（重粒子線治療）
	180046970	粒子線治療適応判定加算
	180047070	粒子線治療医学管理加算
	180012710	全身照射
	180009410	密封小線源治療（外部照射）
	180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009510	密封小線源治療（腔内照射）（その他）
	180027110	密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018610	密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032310	密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009610	密封小線源治療（組織内照射）（その他）
	180009710	密封小線源治療（放射性粒子照射）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	180027270	線源使用加算（密封小線源治療）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018770	食道用アプリケーター加算（密封小線源治療）
	180018870	気管、気管支用アプリケーター加算（密封小線源治療）
	180047170	画像誘導密封小線源治療加算
Ａ 6 専門的な治療・処置（⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ））	620007335	ソル・コーテフ注射用１００ｍｇ
	620518606	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用１００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620007332	ソル・コーテフ静注用２５０ｍｇ
	620518906	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用３００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620007333	ソル・コーテフ静注用５００ｍｇ
	620519006	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用５００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用１０００ｍｇ「武田テバ」
	620004661	ケナコルトーＡ皮内用関節腔内用水懸注５０ｍｇ／５ｍＬ
	620004660	ケナコルトーＡ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ
	620002613	リンデロン注２ｍｇ（０．４％）
	620003829	リノロサール注射液２ｍｇ（０．４％）
	620002614	リンデロン注４ｍｇ（０．４％）
	620003830	リノロサール注射液４ｍｇ（０．４％）
	620002615	リンデロン注２０ｍｇ（０．４％）
	620003831	リノロサール注射液２０ｍｇ（０．４％）
	620002616	リンデロン注２０ｍｇ（２％）
	620002617	リンデロン注１００ｍｇ（２％）
	620525001	デカドロン注射液１．６５ｍｇ
	620525101	デキサート注射液１．６５ｍｇ
	620525201	オルガドロン注射液１．９ｍｇ
	620525301	デカドロン注射液３．３ｍｇ
	620525401	デキサート注射液３．３ｍｇ
	620525801	オルガドロン注射液３．８ｍｇ
	620525601	デカドロン注射液６．６ｍｇ
	620525701	デキサート注射液６．６ｍｇ
	620525901	オルガドロン注射液１９ｍｇ
	620003832	リメタゾン静注２．５ｍｇ
	642450087	リンデロン懸濁注
	620007356	ソル・メドロール静注用４０ｍｇ
	620007357	ソル・メドロール静注用１２５ｍｇ
	620007358	ソル・メドロール静注用５００ｍｇ
	620007359	ソル・メドロール静注用１０００ｍｇ
	620007381	デポ・メドロール水懸注２０ｍｇ
	620007382	デポ・メドロール水懸注４０ｍｇ
	642450115	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450169	水溶性プレドニン１０ｍｇ
	642450116	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450170	水溶性プレドニン２０ｍｇ
	642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450171	水溶性プレドニン５０ｍｇ
	620894001	サンディミュン点滴静注用２５０ｍｇ
	643990141	プログラフ注射液５ｍｇ
	622047401	プログラフ注射液２ｍｇ
	620008850	スパニジン点滴静注用１００ｍｇ
	620008829	シムレクト静注用２０ｍｇ
	620008445	シムレクト小児用静注用１０ｍｇ
	620009011	ステロネマ注腸３ｍｇ
	620009010	ステロネマ注腸１．５ｍｇ
	622944201	アトガム点滴静注液250mg
	629919601	ウィフガート点滴静注４００ｍｇ
	629924801	リスティーゴ皮下注２８０ｍｇ
	622949301	ジルビスク皮下注１６．６ｍｇシリンジ
	622949401	ジルビスク皮下注２３．０ｍｇシリンジ
	622949501	ジルビスク皮下注３２．４ｍｇシリンジ
Ａ 6 専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ））	620008805	エホチール注１０ｍｇ
	640461008	ドパミン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
	620002175	イノバン注１００ｍｇ
	620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＮＰ」
	620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「イセイ」
	620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
	620244702	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ツルハラ」
	620002174	イノバン注５０ｍｇ
	620245102	ツルドパミ点滴静注２００ｍｇ
	620003194	イノバン注０．１％シリンジ
	620003195	イノバン注０．３％シリンジ
	620004105	イノバン注０．６％シリンジ
	621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＫＣＣ」
	620246106	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」
	621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＫＣＣ」
	620246405	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」
	620244734	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620244736	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」
	621399014	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「ＮＩＧ」
	622901200	ドパミン塩酸塩２００ｍｇ１０ｍＬ注射液
	622060503	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「ＮＩＧ」
	620246306	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」
	620246606	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」
	642110084	ドブトレックス注射液１００ｍｇ
	620005187	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
	621365306	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「ＡＦＰ」
	621365316	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「Ｆ」
	621365323	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」
	620247905	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」
	620248005	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」
	620005188	ドブトレックスキット点滴静注用２００ｍｇ
	620005189	ドブトレックスキット点滴静注用６００ｍｇ
	621512001	ドブタミン持続静注５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
	621512101	ドブタミン持続静注１５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
	621757901	ドブタミン持続静注３００ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
	620002593	ネオシネジンコーワ注１ｍｇ
	620002594	ネオシネジンコーワ注５ｍｇ
	642450005	アドレナリン注射液
	620517902	ボスミン注１ｍｇ
	642450071	ノルアドレナリン注射液
	620008384	ノルアドリナリン注１ｍｇ
	621371901	アドレナリン注０．１％シリンジ「テルモ」
	628704702	エピペン注射液０．１５ｍｇ
	628704802	エピペン注射液０．３ｍｇ
Ａ 6 専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ））	641210020	リドカイン注射液
	641210093	キシロカイン注射液０．５％
	641210094	リドカイン注「ＮＭ」０．５％
	641210021	リドカイン注射液
	641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液
	641210022	リドカイン注射液
	641210099	キシロカイン注射液１％
	641210100	リドカイン注「ＮＭ」１％
	641210023	リドカイン注射液
	641210102	キシロカイン注射液２％
	641210103	リドカイン注「ＮＭ」２％
	641210024	リドカイン注射液
	641210105	静注用キシロカイン２％
	620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」
	641210025	リドカイン注射液
	621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008355	アミサリン注１００ｍｇ
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008356	アミサリン注２００ｍｇ
	642120006	インデラル注射液２ｍｇ
	621494801	オノアクト点滴静注用５０ｍｇ
	622953001	ランジオロール塩酸塩点滴静注用５０ｍｇ「Ｆ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622953101	ランジオロール塩酸塩点滴静注用１５０ｍｇ「Ｆ」
	622094701	コアベータ静注用１２．５ｍｇ
	622422801	オノアクト点滴静注用１５０ｍｇ
	640462042	ブレビブロック注１００ｍｇ
	620004782	リスモダンＰ静注５０ｍｇ
	620005243	ワソラン静注５ｍｇ
	620009200	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「タイヨー」
	621555003	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「ＮＩＧ」
	620008940	メキシチール点滴静注１２５ｍｇ
	620262301	シベノール静注７０ｍｇ
	620007361	タンボコール静注５０ｍｇ
	620002584	シンビット静注用５０ｍｇ
	640443003	サンリズム注射液５０
	620002610	リドカイン静注用２％シリンジ「テルモ」
	620004876	アンカロン注１５０
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注１５０ｍｇ「ＴＥ」
	620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用１０ｍｇ「日医工」
	620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用５０ｍｇ「日医工」
	640407031	ヘルベッサー注射用２５０
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用２５０ｍｇ「サワイ」
	621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用２５０ｍｇ「日医工」
	621958501	ヘルベッサー注射用１０
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
	621958601	ヘルベッサー注射用５０
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用）	621406001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「サワイ」
	621267001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「日医工」
	621405904	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「ＳＮ」
	622944501	アルガトロバンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ「フソー」
	620002948	スロンノンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
	620002974	ノバスタンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
	620003192	アルガトロバン注シリンジ１０ｍｇ「ＮＰ」
	620002252	チトラミン液「フソー」－４％
	620812203	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」
	621824702	ヘパリンカルシウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621824802	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」
	621825002	ヘパリンカルシウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
	621824902	ヘパリンＣａ注射液５万単位／５０ｍＬ「サワイ」
	621825102	ヘパリンＣａ注射液１０万単位／１００ｍＬ「サワイ」
	622458001	ヘパリンＣａ皮下注１万単位／０．４ｍＬ「サワイ」
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注５千単位／０．２ｍＬシリンジ「モチダ」
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液
	620812504	ヘパリンナトリウム注Ｎ５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液
	621825302	ヘパリンＮａ注５千単位／５ｍＬ「モチダ」
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液
	621825802	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621825602	ヘパリンナトリウム注Ｎ１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
	621825704	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ニプロ」
	621825502	ヘパリンＮａ注１万単位／１０ｍＬ「モチダ」
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液
	621826102	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
	621826004	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ニプロ」
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液
	621826402	ヘパリンナトリウム注１０万単位／１００ｍＬ「ＡＹ」
	621701902	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日新」
	621699702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＫＣＣ」
	621757301	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬ「ＨＫ」
	621673901	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日医工」
	620812701	フラグミン静注５０００単位／５ｍＬ
	621702702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「サワイ」
	621673102	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＡＦＰ」
	620007360	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬシリンジ「ＨＫ」
	621994801	ダルテパリンＮａ静注２５００単位／１０ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621994901	ダルテパリンＮａ静注３０００単位／１２ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621995001	ダルテパリンＮａ静注４０００単位／１６ｍＬシリンジ「ニプロ」
	621995101	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／２０ｍＬシリンジ「ニプロ」
	620006789	リコモジュリン点滴静注用１２８００
	621373901	オルガラン静注１２５０単位
	620006203	ウロナーゼ静注用６万単位
	620006202	ウロナーゼ冠動注用１２万単位
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注液１０単位
	643950056	アクチバシン注６００万
	643950059	グルトパ注６００万
	643950057	アクチバシン注１２００万
	643950060	グルトパ注１２００万
	643950058	アクチバシン注２４００万
	643950061	グルトパ注２４００万
	620007270	クリアクター静注用４０万
	620007271	クリアクター静注用８０万
	621645001	オザグレルＮａ静注液２０ｍｇ「日医工」
	621536405	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＦＹ」
	621645201	オザグレルＮａ静注液８０ｍｇ「日医工」
	621536201	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「ケミファ」
	621536902	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＩＰ」
	621696901	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「トーワ」
	620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液８０ｍｇ「ＪＤ」
	621754402	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「ケミファ」
	621537002	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＩＰ」
	621697101	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「トーワ」
	620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液４０ｍｇ「ＪＤ」
	621536301	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「ケミファ」
	621645402	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＩＰ」
	621697001	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
	621536505	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＦＹ」
	621536605	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＦＹ」
	621645101	オザグレルＮａ静注液４０ｍｇ「日医工」
	640463085	注射用カタクロット２０ｍｇ
	621484101	オザグレルＮａ注射用２０ｍｇ「ＳＷ」
	621484201	オザグレルＮａ静注用２０ｍｇ「日医工」
	640463086	注射用カタクロット４０ｍｇ
	621484501	オザグレルＮａ注射用４０ｍｇ「ＳＷ」
	621519104	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	621519204	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	621519304	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「武田テバ」
	620008180	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇシリンジ「サワイ」
	621645502	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「ＩＰ」
	620005647	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇバッグ「サワイ」
	622093801	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「タカタ」
	622263401	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「テルモ」
	621660005	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／２００ｍＬバッグ「ＦＹ」
	620008178	オザグレルＮａ注射液２０ｍｇシリンジ「サワイ」
	620008179	オザグレルＮａ注射液４０ｍｇシリンジ「サワイ」
	622462201	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＩＰ」
	621643701	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「タカタ」
	621519105	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」
	621519205	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」
	621519305	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」
	620002925	カタクロット注射液２０ｍｇ
	620002926	カタクロット注射液４０ｍｇ
	621808401	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「タカタ」
	621808501	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「タカタ」
	622873901	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「トーワ」
Ａ ６ 専門的な治療・処置（⑩ ドレナージの管理）	140032310	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）
	140032410	ドレーン法（ドレナージ）（その他）
	140051810	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	140051910	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）
	140052010	局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）
	140052170	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２未満）
	140052270	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２以上）
	140052370	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（２００ｃｍ２以上）
	140004110	持続的胸腔ドレナージ
	140004310	胃持続ドレナージ
	140004510	持続的腹腔ドレナージ
	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法
Ａ 6 専門的な治療・処置（⑪ 無菌治療室での治療）	190106570	無菌治療室管理加算１
	190146510	無菌治療室管理加算２
Ａ 7 緊急に入院を必要とする状態	190171910	救急医療管理加算１
	190172010	救急医療管理加算２
	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料
Ｃ 15 開頭手術（11日間）	150067010	頭蓋開溝術
	150067210	試験開頭術
	150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髄空洞症）
	150067410	減圧開頭術（その他）
	150397510	後頭蓋窩減圧術
	150067510	脳膿瘍排膿術
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
	150067850	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術
	150068010	機能的定位脳手術（片側）
	150314910	機能的定位脳手術（両側）
	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術）
	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術（側頭葉切除術）
	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術（脳梁離断術）
	150068310	脳切截術（開頭）
	150068410	延髄における脊髄視床路切截術
	150068510	三叉神経節後線維切截術
	150068610	視神経管開放術
	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）
	150068850	顔面神経管開放術
	150068910	脳神経手術（開頭）
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術
	150069410	頭蓋骨膜下血腫摘出術
	150069510	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜外）
	150069610	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜下）
	150069710	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）
	150069850	脳血管塞栓摘出術
	150069950	脳血管血栓摘出術
	150070010	脳内異物摘出術
	150070110	脳膿瘍全摘術
	150070210	頭蓋内腫瘤摘出術
	150070310	脳切除術
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術（松果体部腫瘍）
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術（その他）
	150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
	150412010	脳動静脈奇形摘出術（単純）
	150412110	脳動静脈奇形摘出術（複雑）
	150071310	脳・脳膜脱手術
	150243410	脳動脈瘤被包術（１箇所）
	150243510	脳動脈瘤被包術（２箇所以上）
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（１箇所）
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（２箇所以上）
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング（１箇所）
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング（２箇所以上）
	150344370	ローフローバイパス術併用加算
	150397670	ハイフローバイパス術併用加算
	150072010	髄液漏閉鎖術
	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）
	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）
	150412210	頭蓋内電極植込術（硬膜下電極）
	150412310	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本未満の電極）
	150412410	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本以上の電極）
	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）
	150299250	脳新生血管造成術
	150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
Ｃ 16 開胸手術（９日間）	150107210	気管異物除去術（開胸手術）
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）
	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124410	胸壁瘻手術
	150124510	漏斗胸手術（胸骨挙上法）
	150124610	漏斗胸手術（胸骨翻転法）
	150124710	試験開胸術
	150127350	試験的開胸開腹術
	150125910	胸腔内（胸膜内）血腫除去術
	150126610	膿瘍胸膜、胸膜肥厚切除術（１肺葉に相当する範囲以内）
	150126710	膿瘍胸膜、胸膜肥厚切除術（１肺葉に相当する範囲を超える）
	150316810	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲以内）
	150316910	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲を超える）
	150127210	膿胸腔有茎筋肉弁充填術
	150357110	膿胸腔有茎大網充填術
	150127510	胸郭形成手術（膿胸手術）（肋骨切除を主とする）
	150127610	胸郭形成手術（膿胸手術）（胸膜肥厚切除を併施する）
	150127810	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）
	150128210	乳糜胸手術
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術
	150128310	縦隔腫瘍、胸腺摘出術
	150292710	縦隔切開術（経胸腔）
	150294710	縦隔切開術（経腹）
	150374110	拡大胸腺摘出術
	150128510	縦隔郭清術
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）
	150129010	肺膿瘍切開排膿術
	150129310	気管支異物除去術（開胸手術）
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術
	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
	150129810	肺切除術（区域切除（１肺葉に満たない））
	150129910	肺切除術（肺葉切除）
	150130010	肺切除術（複合切除（１肺葉を超える））
	150130110	肺切除術（１側肺全摘）
	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）
	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）
	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）
	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）
	150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）
	150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）
	150317510	同種死体肺移植術
	150336510	移植用部分肺採取術（生体）
	150336610	生体部分肺移植術
	150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）
	150131210	肺剥皮術
	150131310	気管支瘻閉鎖術
	150131610	肺縫縮術
	150287750	肺縫縮術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）
	150131710	気管支形成手術（楔状切除術）
	150131810	気管支形成手術（輪状切除術）
	150253410	先天性気管狭窄症手術
	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）
	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）
	150132510	食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）
	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））
	150346310	食道空置バイパス作成術
	150133110	食道異物摘出術（開胸手術）
	150133710	食道憩室切除術（開胸）
	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）
	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）
	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）
	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）
	150414710	食道切除術（単に切除のみ）
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
	150428110	再建胃管悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作によるもの）
	150136610	横隔膜縫合術（経胸）
	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）
	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）
	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150138210	心膜縫合術
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
	150138410	心膜切開術
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
	150138710	収縮性心膜炎手術
	150140510	試験開心術
	150140610	心腔内異物除去術
	150140710	心房内血栓除去術
	150140810	心腫瘍摘出術（単独）
	※２	心腫瘍摘出術（単独）（その他）
	150318010	心腔内粘液腫摘出術（単独）
	150317810	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150317910	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））
	150140010	開胸心臓マッサージ
	150145710	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（１箇所）
	150145810	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（２箇所以上）
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（１吻合）
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（２吻合以上）
	150302770	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）併施加算
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（１吻合）
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（２吻合以上）
	150143010	心室瘤切除術（単独）
	150143110	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318610	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150318710	左室形成術（単独）
	150319010	心室中隔穿孔閉鎖術（単独）
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150319110	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150319210	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）
	150141010	弁形成術（１弁）
	150279510	弁形成術（２弁）
	150279610	弁形成術（３弁）
	150141410	弁置換術（１弁）
	150141610	弁置換術（２弁）
	150141710	弁置換術（３弁）
	150359470	心臓弁再置換術加算（弁置換術）
	150387210	経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術
	150143710	大動脈弁上狭窄手術
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む）
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	150375570	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（１弁）
	150375670	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（２弁）
	150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（３弁）
	150319610	ＤＫＳ吻合を伴う大動脈狭窄症手術
	150292910	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）
	150150010	大動脈瘤切除術（弓部）
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）
	150264810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）
	150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（１弁）
	150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（２弁）
	150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（３弁）
	150381550	オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）
	150381650	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）
	150381750	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）
	150381850	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）
	150381950	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）
	150382050	オープン型ステントグラフト内挿術（下行）
	150151810	動脈管開存症手術（動脈管開存閉鎖術（直視下））
	150139110	肺動脈絞扼術
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォータースストン手術）
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）
	150320310	三尖弁手術（エブスタイン氏奇形、ウール氏病手術）
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150145110	肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）
	150144910	肺静脈形成術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）
	150142050	三心房心手術
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）
	150144010	バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）
	150320710	バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）
	150144550	右室二腔症手術
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）
	150146910	両大血管右室起始症手術（単独）
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシッヒ・ビング奇形手術）
	150142510	大血管転位症手術（マスタード・セニング手術）
	150145310	大血管転位症手術（ジャテーン手術）
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150321510	修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）
	150147310	総動脈幹症手術
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）
	150145510	冠動静脈瘻開胸的遮断術
	150145410	冠動脈起始異常症手術
	150322010	心室憩室切除術
	150322110	心臓脱手術
	150144310	肺動脈塞栓除去術
	150346610	肺動脈血栓内膜摘除術
	150144810	肺静脈血栓除去術
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）
	150253910	不整脈手術（心室頻拍症手術）
	150275610	不整脈手術（メイズ手術）
	150415010	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）
	150400510	肺静脈隔離術
	150147610	人工心肺（初日）
	150428510	体外式膜型人工肺（初日）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150322310	移植用心採取術
	150322410	同種心移植術
	150322510	移植用心肺採取術
	150322610	同種心肺移植術
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）
	150149010	動脈塞栓除去術（開胸を伴う）
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
	150154610	胸管内頸静脈吻合術
	150175810	肝膿瘍切開術（開胸）
C 17 開腹手術（6日間）	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
	150271050	胸壁外皮膚管形成吻合術（腹部操作）
	150267550	胸壁外皮膚管形成吻合術（バイパスのみ作成）
	150374610	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
	150328650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）
	150135510	食道アカラシア形成手術
	150135710	食道切除後２次的再建術（皮弁形成）
	150135810	食道切除後２次的再建術（消化管利用）
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150137810	後胸骨ヘルニア手術
	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）
	150148910	動脈塞栓除去術（開腹を伴う）
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）
	150156910	リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150158010	腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）
	150158410	腹壁瘢痕ヘルニア手術
	150158510	半月状線ヘルニア手術
	150158810	臍ヘルニア手術
	150158910	臍帯ヘルニア手術
	150159010	鼠径ヘルニア手術
	150159110	大腿ヘルニア手術
	150159210	腰ヘルニア手術
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術
	150251110	坐骨ヘルニア手術
	150251210	会陰ヘルニア手術
	150159410	内ヘルニア手術
	150160010	試験開腹術
	150347410	ダメージコントロール手術
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（横隔膜下膿瘍）
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）
	150160610	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
	150160950	結核性腹膜炎手術
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）
	150161410	大網切除術
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）
	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術
	150162610	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴わない）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150162710	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴う）
	150245310	骨盤内臓全摘術
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）
	150163010	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）
	150163110	胃切開術
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150164110	胃捻転症手術
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹）
	150323210	胃局所切除術
	150165210	胃切除術（単純切除術）
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150347770	有茎腸管移植加算
	150165650	十二指腸憩（内方）憩室摘出術
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150165910	胃縮小術
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150429010	胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術
	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
	150171510	十二指腸空腸吻合術
	150171810	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）
	150171910	噴門形成術
	150172010	胃横断術（静脈瘤手術）
	150172110	胆管切開術
	150172210	胆嚢切開結石摘出術
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）
	150172410	胆嚢摘出術
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
	150173210	総胆管拡張症手術
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150417410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）
	150429310	胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術
	150174110	胆嚢外瘻造設術
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術
	150175610	肝縫合術
	150175710	肝膿瘍切開術（開腹）
	150175910	肝嚢胞切開又は縫縮術
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
	150176210	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150362710	肝切除術（亜区域切除）
	150362810	肝切除術（外側区域切除）
	150362910	肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））
	150363010	肝切除術（２区域切除）
	150363110	肝切除術（３区域切除以上）
	150363210	肝切除術（２区域切除以上で血行再建）
	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
	150436210	移植用部分肝採取術（生体）（その他のもの）
	150284810	生体部分肝移植術
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150324410	同種死体肝移植術
	150348210	急性膵炎手術（感染性壊死部切除を伴う）
	150277310	急性膵炎手術（その他）
	150177810	膵結石手術（膵切開）
	150177910	膵結石手術（経十二指腸乳頭）
	150348310	膵中央切除術
	150389110	膵腫瘍摘出術
	150296810	膵破裂縫合術
	150178110	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）
	150348410	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）
	150178210	膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150277410	膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150277510	膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178410	膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）
	150296910	膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150297010	膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）
	150297110	膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150297210	膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178710	膵全摘術
	150409950	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（内視鏡）
	150418910	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）
	150179110	膵管空腸吻合術
	150179310	膵嚢胞外瘻造設術（開腹）
	150179410	膵管外瘻造設術
	150179550	膵管誘導手術
	150179610	膵瘻閉鎖術
	150324610	同種死体膵移植術
	150324810	同種死体膵腎移植術
	150179710	脾縫合術（部分切除を含む）
	150179810	脾摘出術
	150180010	破裂腸管縫合術
	150180110	腸切開術
	150180210	腸管癒着症手術
	150180350	腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）
	150181110	腸重積症整復術（観血的）
	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）
	150297310	小腸切除術（複雑）
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）
	150181210	小腸切除術（その他）
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）
	150401710	生体部分小腸移植術
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150181710	結腸切除術（小範囲切除）
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150363810	全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150297410	結腸憩室摘出術
	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）
	150184110	腸吻合術
	150184310	腸瘻造設術
	150184410	虫垂瘻造設術
	150184510	人工肛門造設術
	150184610	腹壁外腸管前置術
	150184710	腸狭窄部切開縫合術
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）
	150185810	盲腸縫縮術
	150185910	腸回転異常症手術
	150186010	先天性巨大結腸症手術
	150402310	腸管延長術
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）
	150186710	直腸異物除去術（開腹）
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）
	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）
	150420610	直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）
	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
	150187510	直腸狭窄形成手術
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）
	150187910	直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））
	150264010	肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）
	150191610	鎖肛手術（腹会陰式）
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））
	150192810	副腎悪性腫瘍手術
	150193010	腎破裂縫合術
	150193150	腎破裂手術
	150193210	腎周囲膿瘍切開術
	150193410	腎切半術
	150193510	癒合腎離断術
	150193610	腎被膜剥離術（除神経術を含む）
	150193710	腎固定術
	150193810	腎切石術
	150194410	腎盂切石術
	150194610	腎部分切除術
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）
	150194810	腎嚢胞切除縮小術
	150195010	腎摘出術
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）
	150196110	腎盂形成手術
	150196210	移植用腎採取術（生体）
	150196310	同種死体腎移植術
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）
	150338610	生体腎移植術
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150196810	尿管切石術（上部及び中部）
	150196910	尿管切石術（膀胱近接部）
	150197110	残存尿管摘出術
	150248950	尿管剥離術
	150197210	尿管膀胱吻合術
	150197310	尿管尿管吻合術
	150197410	尿管腸吻合術
	150197510	尿管腸膀胱吻合術
	150197810	尿管皮膚瘻造設術
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）
	150198110	尿管腟瘻閉鎖術
	150198310	尿管口形成手術
	150198410	膀胱破裂閉鎖術
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）
	150199210	膀胱壁切除術
	150199310	膀胱憩室切除術
	150199510	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）
	150245810	膀胱腫瘍摘出術
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）
	150162150	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴わない）
	150162250	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴う）
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
	150201010	尿膜管摘出術
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術
	150404010	導尿路造設術
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術
	150201610	膀胱腟瘻閉鎖術
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術
	150201950	膀胱尿管逆流手術
	150202010	ボアリー氏手術
	150202110	腸管利用膀胱拡大術
	150264310	回腸（結腸）導管造設術
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術）
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術
	150208810	前立腺膿瘍切開術
	150209010	前立腺被膜下摘出術
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
	150326910	腟断端挙上術（腟式、腹式）
	150214810	子宮位置矯正術（アレキサンダー手術）
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）
	150215010	子宮位置矯正術（癒着剥離矯正術）
	150215410	子宮脱手術（腟壁形成手術及び子宮全摘術）（腟式、腹式）
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）
	150217410	子宮腟上部切断術
	150217510	子宮全摘術
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）
	150217610	広靭帯内腫瘍摘出術
	150217710	子宮悪性腫瘍手術
	150218210	腹壁子宮瘻手術
	150218310	重複子宮手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150218410	双角子宮手術
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
	150219410	子宮附属器癒着剥離術（両側）（開腹）
	150219710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（開腹）
	150219850	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（開腹）
	150219650	卵管口切開術（開腹）
	150220010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
	150409410	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）
	150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
	150220250	卵管腫瘤全摘除術（両側）（開腹）
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
	150220710	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
	150222910	子宮破裂手術（子宮腟上部切断を行う）
	150223010	子宮破裂手術（その他）
	150223110	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）
	150223310	子宮内反症整復手術（腹式）（観血的）
	150349310	性腺摘出術（開腹）
C 18 骨の手術（10日間）	150019210	骨折観血的手術（大腿）
	150019410	骨折観血的手術（下腿）
	150019610	骨折観血的手術（膝蓋骨）
	150019810	骨折観血的手術（足）
	150352210	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
	150352410	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
	150352610	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨）
	150021610	骨部分切除術（大腿）
	150021810	骨部分切除術（下腿）
	150021910	骨部分切除術（鎖骨）
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
	150022210	骨部分切除術（足）
	150022510	腐骨摘出術（肩甲骨）
	150022610	腐骨摘出術（上腕）
	150022710	腐骨摘出術（大腿）
	150022810	腐骨摘出術（前腕）
	150022910	腐骨摘出術（下腿）
	150023010	腐骨摘出術（鎖骨）
	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨）
	150023410	骨全摘術（肩甲骨）
	150023510	骨全摘術（上腕）
	150023610	骨全摘術（大腿）
	150023710	骨全摘術（前腕）
	150023810	骨全摘術（下腿）
	150023910	骨全摘術（鎖骨）
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨）
	150024210	骨全摘術（足その他）
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨）
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕）
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕）
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨）
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨）
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨）
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕）
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕）
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨）
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨）
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手）
	150027310	骨悪性腫瘍手術（足その他）
	150027510	骨切り術（肩甲骨）
	150027610	骨切り術（上腕）
	150027710	骨切り術（大腿）
	150027810	骨切り術（前腕）
	150027910	骨切り術（下腿）
	150028010	骨切り術（鎖骨）
	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
	150028310	骨切り術（足）
	150289710	骨切り術（その他）
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）
	150395810	一時的創外固定骨折治療術
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
	150028610	偽関節手術（肩甲骨）
	150028710	偽関節手術（上腕）
	150028810	偽関節手術（大腿）
	150028910	偽関節手術（前腕）
	150029010	偽関節手術（下腿）
	150309010	偽関節手術（手舟状骨）
	150029110	偽関節手術（鎖骨）
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
	150029310	偽関節手術（手（舟状骨を除く））
	150029410	偽関節手術（足）
	150289810	偽関節手術（その他）
	150029810	変形治癒骨折矯正手術（大腿）
	150030010	変形治癒骨折矯正手術（下腿）
	150030210	変形治癒骨折矯正手術（膝蓋骨）
	150030410	変形治癒骨折矯正手術（足）
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）
	150031610	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）
	150353110	関節鏡下自家骨軟骨移植術
	150041710	関節切除術（肩）
	150041810	関節切除術（股）
	150041910	関節切除術（膝）
	150042010	関節切除術（胸鎖）
	150042110	関節切除術（肘）
	150042310	関節切除術（足）
	150042410	関節切除術（肩鎖）
	150042710	関節内骨折観血的手術（股）
	150042810	関節内骨折観血的手術（膝）
	150043210	関節内骨折観血的手術（足）
	150353710	関節鏡下関節内骨折観血的手術（手）
	150353810	関節鏡下関節内骨折観血的手術（足）
	150396110	関節鏡下関節授動術（肩）
	150396310	関節鏡下関節授動術（膝）
	150396510	関節鏡下関節授動術（肘）
	150396710	関節鏡下関節授動術（足）
	150047410	観血的関節固定術（肘）
	150047510	観血的関節固定術（手）
	150047610	観血的関節固定術（足）
	150048210	関節形成手術（肩）
	150048310	関節形成手術（股）
	150048410	関節形成手術（膝）
	150048510	関節形成手術（胸鎖）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150048610	関節形成手術（肘）
	150048710	関節形成手術（手）
	150048810	関節形成手術（足）
	150048910	関節形成手術（肩鎖）
	150049410	人工骨頭挿入術（肩）
	150049510	人工骨頭挿入術（股）
	150049810	人工骨頭挿入術（肘）
	150049910	人工骨頭挿入術（手）
	150050010	人工骨頭挿入術（足）
	150050210	人工骨頭挿入術（指）
	150050310	人工関節置換術（肩）
	150050410	人工関節置換術（股）
	150050510	人工関節置換術（膝）
	150050610	人工関節置換術（胸鎖）
	150050710	人工関節置換術（肘）
	150050810	人工関節置換術（手）
	150050910	人工関節置換術（足）
	150051010	人工関節置換術（肩鎖）
	150051110	人工関節置換術（指）
	150300210	人工関節抜去術（肩）
	150300310	人工関節抜去術（股）
	150300410	人工関節抜去術（膝）
	150300510	人工関節抜去術（胸鎖）
	150300610	人工関節抜去術（肘）
	150300710	人工関節抜去術（手）
	150300810	人工関節抜去術（足）
	150300910	人工関節抜去術（肩鎖）
	150301010	人工関節抜去術（指）
	150255910	人工関節再置換術（肩）
	150256010	人工関節再置換術（股）
	150256110	人工関節再置換術（膝）
	150256210	人工関節再置換術（胸鎖）
	150256310	人工関節再置換術（肘）
	150256410	人工関節再置換術（手）
	150256510	人工関節再置換術（足）
	150256610	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256710	人工関節再置換術（指）
	150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
	150411610	人工距骨全置換術
	※２	人工股関節置換術（手術支援装置を用いる）
	150051310	四肢切断術（上腕）
	150051410	四肢切断術（前腕）
	150051610	四肢切断術（大腿）
	150051710	四肢切断術（下腿）
	150051810	四肢切断術（足）
	150052110	四肢関節離断術（肩）
	150052210	四肢関節離断術（股）
	150052310	四肢関節離断術（膝）
	150052410	四肢関節離断術（肘）
	150052510	四肢関節離断術（手）
	150052610	四肢関節離断術（足）
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他）
	150053910	切断四肢再接合術（四肢）
	150059310	脊椎骨掻爬術
	150059410	骨盤骨掻爬術
	150059810	脊椎、骨盤脱臼観血的手術
	150060210	仙腸関節脱臼観血的手術
	150060310	恥骨結合離開観血的手術
	150060810	腸骨翼骨折観血的手術
	150384510	寛骨臼骨折観血的手術
	150060910	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血的手術を除く）
	150314210	内視鏡下椎弓切除術
	150063710	脊椎腫瘍切除術
	150063810	骨盤腫瘍切除術
	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
	150064210	骨盤切断術
	150064610	脊椎骨切り術
	150064710	骨盤骨切り術
	150064810	臼蓋形成手術
	150314510	寛骨臼移動術
	150354910	脊椎制動術
	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算（前方椎体固定）
	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算（後方又は後側方固定）
	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算（後方椎体固定）
	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算（前方後方同時固定）
	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓切除）
	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓形成）
	150282750	脊椎側彎症手術（固定術）
	150343910	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）
	150344010	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）
	150344110	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）
	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
	150397210	内視鏡下椎弓形成術
	150397310	歯突起骨折骨接合術
	150397410	腰椎分離部修復術
	150066110	仙腸関節固定術
	150095010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術
	150095210	中耳悪性腫瘍手術（切除）
	150095310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）
	150096210	アブミ骨摘出術
	150096350	アブミ骨可動化手術
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150111510	頬粘膜悪性腫瘍手術
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ未満）
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ以上）
	150115610	下顎骨部分切除術
	150115710	下顎骨離断術
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）
	150116210	上顎骨全摘術
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	150123610	胸骨切除術
	310006710	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	310008010	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	310036610	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）
	310008410	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）
	310008310	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	310007910	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	310034710	同種骨移植術（非生体）（特殊）
	310008210	下顎骨離断術
	310012610	同種骨移植術（生体）
	310007110	頬粘膜悪性腫瘍手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	310008110	下顎骨部分切除術
	310034810	同種骨移植術（非生体）（その他）
	310012510	自家骨移植術（困難）
	310008610	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く）（長径３ｃｍ以上）
	310008510	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く）（長径３ｃｍ未満）
	310007810	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）
	310012410	自家骨移植術（簡単）
Ｃ 19 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（４日間）	150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）
	150356910	胸腔鏡下試験開胸術
	150357010	胸腔鏡下試験切除術
	150292410	胸腔鏡下膿瘍胸膜又は胸膜肥厚切除術
	150317010	胸腔鏡下膿胸腔掻爬術
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）
	150357310	胸腔鏡下縦隔切開術
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150374310	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
	150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）
	※２	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）
	※２	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）（内視鏡手術用支援機器）
	150270750	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
	150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術
	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、１肺葉超・手術用支援機器使用）
	150428010	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	※２	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150399510	腹腔鏡下食道憩室切除術
	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）
	150387070	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）
	150399610	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
	150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150296310	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術
	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）
	150359110	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術
	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術
	150359210	胸腔鏡下心膜開窓術
	※２	心腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）
	150399710	胸腔鏡下弁形成術（１弁）
	150406410	胸腔鏡下弁形成術（１弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399810	胸腔鏡下弁形成術（２弁）
	150406510	胸腔鏡下弁形成術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399910	胸腔鏡下弁置換術（１弁）
	150400010	胸腔鏡下弁置換術（２弁）
	※２	胸腔鏡下弁置換術（１弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	※２	胸腔鏡下弁置換術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
	※２	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
	150424650	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）
	150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
	150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）
	150428810	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）
	150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
	150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
	150361210	腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁瘢痕ヘルニア）
	150361310	腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）
	150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）
	150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術（臍ヘルニア）
	150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）
	150263610	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
	150361410	腹腔鏡下試験開腹術
	150361510	腹腔鏡下試験切除術
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
	150361710	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
	150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
	150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
	※２	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術
	150271650	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術
	150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）
	150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）
	150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）
	※２	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）
	150407010	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150429110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）
	150407110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術
	150441410	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器）
	150429210	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150441810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）（内視鏡手術用支援機器）
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150441910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除・内視鏡手術用支援機器）
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	150442010	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）（内視鏡手術用支援機器）
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）
	150442410	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）（内視鏡手術用支援機器）
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150441510	腹腔鏡下肝切除術（１区域切除・外側区域切除を除・内視鏡支援機器）
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）
	150441610	腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）（内視鏡手術用支援機器）
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）
	150441710	腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）（内視鏡手術用支援機器）
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（腹腔鏡）
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（腹腔鏡）
	150429410	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）
	150401510	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
	※２	腹腔鏡下膵中央切除術
	150389210	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）
	150418310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則１８）
	150389310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）
	150418410	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150418510	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）
	150418610	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）
	150418710	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）
	150418810	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
	150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	150442110	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術
	150364010	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
	150420510	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後）
	150442610	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍以外に対する直腸切除術後）
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	150407210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150407310	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）
	150429910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）
	※２	腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除・内視鏡手術用支援機器）
	150430110	腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）
	※２	腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合伴う・内視鏡手術用支援機器）
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	150407410	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
	150442210	腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器）
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	150378910	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
	150442310	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器）
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
	150364810	腹腔鏡下腎嚢胞切除術
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150436510	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術支援機器・７センチ以下）
	150430410	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）（その他）
	150430510	腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術
	150379310	腹腔鏡下膀胱脱手術
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）
	150379510	腹腔鏡下尿膜管摘出術
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術
	150278310	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術
	150326410	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150365810	腹腔鏡下造瘻術
	150431310	腹腔鏡下腟断端挙上術
	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
	150390410	腹腔鏡下仙骨腟固定術
	150421210	腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	150366010	腹腔鏡下子宮腟上部切断術
	150272250	腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	150409110	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害）
	150409210	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150409710	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害・内視鏡手術用支援機器使用）
	150327210	腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）
	150409810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る）
	150431410	腹腔鏡下子宮瘻痕部修復術
	150264610	子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）
	150264710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（腹腔鏡）
	150267650	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（腹腔鏡）
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術
	150270010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）
	150409510	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）
	150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡）
	150268150	卵管腫瘤全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150268050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150264910	異所性妊娠手術（腹腔鏡）
Ｃ 20 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	150232910	脊椎麻酔
	150332510	閉鎖循環式全身麻酔１（麻酔困難な患者）
	150332610	閉鎖循環式全身麻酔１
	150332710	閉鎖循環式全身麻酔２（麻酔困難な患者）
	150332810	閉鎖循環式全身麻酔２
	150332910	閉鎖循環式全身麻酔３（麻酔困難な患者）
	150333010	閉鎖循環式全身麻酔３
	150333110	閉鎖循環式全身麻酔４（麻酔困難な患者）
	150333210	閉鎖循環式全身麻酔４

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150328210	閉鎖循環式全身麻酔５（麻酔困難な患者）
	150233410	閉鎖循環式全身麻酔５
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頸・胸部）
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）
	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）
	150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的心臓手術）
	150350670	臓器移植術加算
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）
	150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（①経皮的血管内治療）	190126810	超急性期脳卒中加算
	150254910	脳血管内手術（１箇所）
	150344410	脳血管内手術（２箇所以上）
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）
	150273510	経皮的脳血管形成術
	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）
	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭部脳血管）（内頸、椎骨動脈）
	150372510	経皮的脳血栓回収術
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術
	150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）
	150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）
	150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）
	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術
	150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）
	150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）
	150443750	経皮的冠動脈形成術（アテローム切除アブレーション式カテーテル）
	150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）
	150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）
	150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）
	160107550	冠動脈内血栓溶解療法
	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術
	150387310	経カテーテル弁置換術（経皮的大動脈弁置換術）
	150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）
	150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）
	150301410	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）
	150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）
	150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）
	150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）
	150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）
	150401110	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（②経皮的心筋焼灼術等の治療）	150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）
	150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）
	150346870	三次元カラーマッピング加算
	150370050	磁気ナビゲーション加算
	150303310	経皮的中隔心筋焼灼術
	150267310	体外ペースメーキング術
	150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）
	150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）
	150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）
	150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）
	150347210	経皮的大動脈遮断術
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（③侵襲的な消化器治療）	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）
	150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）
	150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）
	150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）
	150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石術を伴う）
	150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）
	150175310	内視鏡的胆道拡張術
	150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）
	150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道砕石術を伴う）
	150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）
	150254410	内視鏡的胆道ステント留置術
	150363610	内視鏡的膵管ステント留置術
	150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（その他）
	150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（その他）
	150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
	150164850	内視鏡的消化管止血術
	150341450	内視鏡的乳頭拡張術
C 22 別に定める検査（２日間）	160098010	経皮的針生検法
	160219410	経皮的腎生検法
	160188210	ＥＵＳ－ＦＮＡ
	160093150	縦隔鏡検査
	160095010	腹腔鏡検査
	160093010	胸腔鏡検査
	160092110	関節鏡検査（片）
	160160830	関節鏡検査（両）
	160064510	心カテ（左心）
	160064610	心カテ（右心）
C 23 別に定める手術（５日間）	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	150006710	分層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	150333910	全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）
	150334010	全層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	※２	自家皮膚非培養細胞移植術（２００ｃｍ２以上）
	150008010	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）
	150009010	筋（皮）弁術
	150008810	動脈（皮）弁術
	150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）
	150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）
	150425310	自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	150020350	象皮病根治手術（大腿）
	150020450	象皮病根治手術（下腿）
	150011510	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（肩）
	150011710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（前腕）
	150011610	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）
	150011910	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
	150308710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（躯幹）
	150011810	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
	150013510	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他）
	150352110	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕）
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）
	150029710	変形治癒骨折矯正手術（上腕）
	150029910	変形治癒骨折矯正手術（前腕）
	150392050	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）
	150392150	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）
	150052850	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩）
	150052950	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（股）
	150053050	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝）
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝）
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩）
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股）
	150036110	先天性股関節脱臼観血的整復術
	150042610	関節内骨折観血的手術（肩）
	150043010	関節内骨折観血的手術（肘）
	150353610	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肘）
	150353210	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩）
	150353410	関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）
	150313310	関節鏡下靭帯断裂縫合術（十字靭帯）
	150045310	観血的関節授動術（股）
	150045410	観血的関節授動術（膝）
	150045210	観血的関節授動術（肩）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150045810	観血的関節授動術（足）
	150045610	観血的関節授動術（肘）
	150046210	観血的関節制動術（股）
	150046310	観血的関節制動術（膝）
	150046110	観血的関節制動術（肩）
	150047110	観血的関節固定術（股）
	150047010	観血的関節固定術（肩）
	150047210	観血的関節固定術（膝）
	150047910	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150313710	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150354110	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靭帯）
	150049250	内反足手術
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）
	150343810	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単）
	150425810	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単）（上腕二頭筋腱の固定を伴う）
	150354310	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）
	150384210	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）
	150384310	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わない）
	150384410	関節鏡下股関節唇形成術
	150426010	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下）
	150411710	人工股関節摺動面交換術
	150054010	切断四肢再接合術（指）
	150055410	足三関節固定（ランプリヌディ）手術
	150290910	デュプイトレン拘縮手術（４指以上）
	150057210	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要する）
	150058110	裂足手術
	150058010	裂手手術
	150058210	母指化手術
	150062910	黄色靭帯骨化症手術
	150397110	後縦靭帯骨化症手術（前方進入）
	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）
	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
	150314310	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）
	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）
	150410650	人工椎間板置換術（頸椎）
	150064410	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）
	150064510	脊椎披裂手術（その他）
	150072950	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術
	150344250	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用）
	150426110	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
	150243210	体外式脊椎固定術
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
	150372210	定位脳腫瘍生検術
	180058750	集束超音波による機能的定位脳手術
	150372310	内視鏡下脳内血腫除去術
	150426310	内視鏡下脳腫瘍生検術
	150426410	内視鏡下脳腫瘍摘出術
	150070810	経耳的聴神経腫瘍摘出術
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））
	150301610	水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））
	150301710	水頭症手術（シャント手術）
	150255110	脳刺激装置植込術（片側）
	150315010	脳刺激装置植込術（両側）
	150355510	迷走神経刺激装置植込術
	150315210	神経交差縫合術（その他）
	150072510	脊髄硬膜切開術
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）
	150072610	減圧脊髄切開術
	150072710	脊髄切截術
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術
	150426810	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）
	150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）
	150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）
	150315310	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（髄内）
	150073410	脊髄血管腫摘出術
	150076010	神経移植術
	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術
	150086210	角膜移植術
	150087110	虹彩腫瘍切除術
	150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）
	150089410	網膜復位術
	150373110	網膜再建術
	150356310	水晶体再建術（計画的後嚢切開を伴う）
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）
	150093910	上鼓室乳突洞開放術
	150094110	乳突削開術
	150095910	中耳根治手術
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）
	150427510	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（上鼓室開放を伴わない）
	150427410	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（上鼓室・乳突洞開放を伴う）
	150394850	人工中耳植込術
	150096610	内リンパ嚢開放術
	150255010	内耳窓閉鎖術
	150266510	人工内耳植込術
	150274210	鼻骨変形治癒骨折矯正術
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術４型（汎副鼻腔手術）
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術５型（拡大副鼻腔手術）
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）
	150427610	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清等）
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（複雑）（骨性閉鎖）
	150292110	経上顎洞的顎動脈結紮術
	150102310	汎副鼻腔根治手術
	150102510	経上顎洞的翼突管神経切除術
	150412710	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
	150441110	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術含・内視鏡用支援機器）
	150114450	鼻咽腔閉鎖術
	150104610	上咽頭悪性腫瘍手術
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）
	150344910	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）
	150412910	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150441210	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）（内視鏡手術用支援機器）
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150108710	喉頭狭窄症手術（前方開大術）
	150108810	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）
	150109010	気管狭窄症手術
	150109310	喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）
	150398710	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具使用）
	150109710	縦隔気管口形成手術
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）
	150345310	嚥下機能手術（喉頭気管分離術）
	150345410	嚥下機能手術（喉頭全摘術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	150113110	口唇悪性腫瘍手術
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	150274310	頬骨変形治癒骨折矯正術
	150274410	下顎骨折観血的手術（両側）
	150345610	下顎関節突起骨折観血的手術（片側）
	150345710	下顎関節突起骨折観血的手術（両側）
	150114910	顎関節脱臼観血的手術
	150115210	顔面多発骨折観血的手術
	150116710	上顎骨形成術（単純）
	150116810	上顎骨形成術（複雑及び２次的再建）
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150268610	下顎骨形成術（伸長）
	150268510	下顎骨形成術（短縮）
	150268710	下顎骨形成術（再建）
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150262410	顎関節授動術（開放授動術）
	150117810	顎下腺悪性腫瘍手術
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）
	150119310	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150386210	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）
	150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）
	150398810	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（切除）
	150398910	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）
	150119810	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋内移植）
	150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
	150119910	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
	150120410	頸部郭清術（片）
	150262610	頸部郭清術（両）
	150120610	頸部悪性腫瘍手術
	150423650	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150316610	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）
	150316710	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（二次的）
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）
	150133610	食道憩室切除術（頸部手術）
	150382950	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法
	150260050	経皮的大動脈弁拡張術
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術
	150400310	経皮的僧帽弁クリップ術
	150319710	動脈管開存症手術（経皮的動脈管開存閉鎖術）
	150346410	経皮的大動脈形成術
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術
	150346510	経皮的肺動脈形成術
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術
	150411050	経皮的卵円孔開存閉鎖術
	150410850	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術）
	150387510	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いる）
	150387610	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いない）
	150149410	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）
	150322710	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）
	150149510	動脈血栓内膜摘出術（その他）
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）
	150153810	四肢の血管拡張術・血栓除去術
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）
	150416810	経皮的下肢動脈形成術
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）
	150156410	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）
	150156710	リンパ節群郭清術（胸骨旁）
	150322810	リンパ節群郭清術（骨盤）
	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍）
		経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）
	150277910	仙尾部奇形腫手術
	150194010	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む）
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む）
	150364910	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）
	150365010	経尿道的尿路結石除去術（レーザー）
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術
	150404110	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡）
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）
	150246910	尿道形成手術（後部尿道）
	150204810	尿道下裂形成手術
	150407910	尿道下裂形成手術（性同一性障害）
	150204950	陰茎形成術
	150408010	陰茎形成術（性同一性障害）
	150285610	尿失禁手術（その他）
	150326310	膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）
	150206710	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）
	150206810	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）
	150404410	経尿道的前立腺核出術
	150211010	女子外性器悪性腫瘍手術（切除）
	150211110	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））
	150326710	腟壁裂創縫合術（分娩時を除く）（直腸裂傷を伴う）
	150213210	腟壁悪性腫瘍手術
	150404510	腟腸瘻閉鎖術（内視鏡）
	150404610	腟腸瘻閉鎖術（その他）
	150285910	造腟術（腟断端挙上）
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
	310021710	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	310004210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	310021510	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）
	310031810	上顎骨形成術（骨移動を伴う）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	310023810	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	310031910	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	310022310	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
	310014210	上顎骨形成術（複雑及び２次的再建）
	310011310	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	310016110	顔面多発骨折観血的手術
	310014410	頬骨変形治癒骨折矯正術
	310011110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	310006610	口唇悪性腫瘍手術
	310010910	顎下腺悪性腫瘍手術
	310011210	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	310015910	下顎骨形成術（再建）
	310021410	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術
	310020810	全層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	310003810	口腔底悪性腫瘍手術
	310014110	上顎骨形成術（単純）
	310014810	下顎骨折観血的手術（両側）
	310011010	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	310005810	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	310030510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	310015810	下顎骨形成術（短縮又は伸長）
	310022410	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）
	310004110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	310020710	全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）
	310016310	顎関節脱臼観血的手術
	310016710	顎関節授動術（開放授動術）
	310020410	分層植皮術（２００ｃｍ２以上）
	310005010	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	310005510	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	310006010	鼻咽腔閉鎖術
	310022710	神経移植術
	310004910	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋）
	310005710	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）
	310021310	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）
	310022110	動脈形成術、吻合術

別紙７　別表２

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧の「Ａ３注射薬剤３種類以上の管理」において、薬剤の種類数の対象から除くもの（案）

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620000225	グルアセト３５注　５００ｍＬ
620000226	グルアセト３５注　２５０ｍＬ
620000237	生理食塩液　１．３Ｌ
620000238	生理食塩液　１．５Ｌ
620000239	生理食塩液　２Ｌ
620001328	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．３Ｌ
620001893	大塚食塩注１０％　２０ｍＬ
620002215	生食注シリンジ「ＮＰ」　１０ｍＬ
620002216	生食注シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
620002471	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．５Ｌ
620002569	塩化ナトリウム注１モルシリンジ「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620002570	塩化ナトリウム注１０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002947	１０％食塩注シリンジ「タイヨー」　２０ｍＬ
620004100	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
620004101	アセトキープ３Ｇ注　２００ｍＬ
620004136	生食注シリンジ「オーツカ」５ｍＬ
620004137	生理食塩液「ヒカリ」　２５０ｍＬ
620004322	１０％食塩注「小林」　２０ｍＬ
620004658	ＫＣＬ注１０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル１０ｍＬ
620004659	ＫＣＬ注２０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620005681	ニソリM注　２５０ｍＬ
620005682	ニソリM注　５００ｍＬ
620005702	ペロール注　３００ｍＬ
620005703	ペロール注　５００ｍＬ
620005704	ペンライブ注　２００ｍＬ
620005705	ペンライブ注　３００ｍＬ
620005706	ペンライブ注　５００ｍＬ
620005818	塩化ナトリウム注１０％「日新」　２０ｍＬ
620006186	アステマリン３号MG輸液　５００ｍＬ
620006236	生理食塩液バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006237	生理食塩液バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006238	生理食塩液バッグ「フソー」　１Ｌ
620006246	ソルアセトＦ輸液　５００ｍＬ
620006247	ソルアセトＦ輸液　１Ｌ
620006248	ソルアセトD輸液　２５０ｍＬ
620006249	ソルアセトD輸液　５００ｍＬ
620006250	ソルマルト輸液　２００ｍＬ
620006251	ソルマルト輸液　５００ｍＬ
620006252	ソルラクトＳ輸液　２５０ｍＬ
620006253	ソルラクトＳ輸液　５００ｍＬ
620006254	ソルラクトＴＭＲ輸液　２５０ｍＬ
620006255	ソルラクトＴＭＲ輸液　５００ｍＬ
620006256	ソルラクトD輸液　２５０ｍＬ
620006257	ソルラクトD輸液　５００ｍＬ
620006258	ソルラクト輸液　２５０ｍＬ
620006259	ソルラクト輸液　５００ｍＬ
620006260	ソルラクト輸液　１Ｌ
620006274	ニソリ輸液　５００ｍＬ
620006285	ヒシナルク３号輸液　２００ｍＬ
620006286	ヒシナルク３号輸液　５００ｍＬ
620006330	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006331	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006333	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006334	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006335	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006336	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006337	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006338	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006347	リン酸２カリウム注２０ｍＥｑキット「テルモ」　０．５モル２０ｍＬ
620006610	塩化ナトリウム注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620006622	生食液５００ｍＬ「ＣＭＸ」
620006623	生食注２０ｍＬ「ＣＭＸ」
620006624	生理食塩液バッグ「フソー」　１．５Ｌ
620006625	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006626	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５０ｍＬ
620006627	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006628	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006629	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006630	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１Ｌ
620006631	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２Ｌ
620006632	生理食塩液「フソー」　５ｍＬ
620006766	リンゲル液「オーツカ」　５００ｍＬ
620007164	アクマルト輸液　５００ｍＬ
620007192	ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007230	塩化Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007245	大塚生食注２ポート１００ｍＬ
620007277	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
620007282	ＫＮＭＧ３号輸液　５００ｍＬ
620007284	ＫＮ１号輸液　２００ｍＬ
620007285	ＫＮ１号輸液　５００ｍＬ
620007286	ＫＮ２号輸液　５００ｍＬ
620007288	ＫＮ３号輸液　２００ｍＬ
620007289	ＫＮ３号輸液　５００ｍＬ
620007290	ＫＮ４号輸液　５００ｍＬ
620007291	ＫＣＬ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007315	１０％ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007337	ソルデム１輸液　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620007338	ソルデム１輸液　５００ｍＬ
620007339	ソルデム２輸液　２００ｍＬ
620007340	ソルデム２輸液　５００ｍＬ
620007341	ソルデム３ＡＧ輸液　２００ｍＬ
620007342	ソルデム３ＡＧ輸液　５００ｍＬ
620007343	ソルデム３Ａ輸液　２００ｍＬ
620007344	ソルデム３Ａ輸液　５００ｍＬ
620007345	ソルデム３Ａ輸液　１Ｌ
620007346	ソルデム３ＰＧ輸液　２００ｍＬ
620007347	ソルデム３ＰＧ輸液　５００ｍＬ
620007348	ソルデム３輸液　２００ｍＬ
620007349	ソルデム３輸液　５００ｍＬ
620007354	ソルデム６輸液　２００ｍＬ
620007355	ソルデム６輸液　５００ｍＬ
620007378	デノサリン１輸液　２００ｍＬ
620007379	デノサリン１輸液　５００ｍＬ
620007396	トリフリード輸液　５００ｍＬ
620007397	トリフリード輸液　１Ｌ
620007403	乳酸Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007434	ハルトマン－Ｇ３号輸液　５００ｍＬ
620007435	ハルトマン－Ｇ３号輸液　２００ｍＬ
620007444	ビカーボン輸液　５００ｍＬ
620007494	ポタコールＲ輸液　２５０ｍＬ
620007495	ポタコールＲ輸液　５００ｍＬ
620007531	ラクテックＧ輸液　２５０ｍＬ
620007532	ラクテックＧ輸液　５００ｍＬ
620007533	ラクテックＧ輸液　１Ｌ
620007535	ラクテックＤ輸液　５００ｍＬ
620008176	大塚生食注２ポート５０ｍＬ
620008404	リンゲル液「フソー」　５００ｍＬ
620008529	生食注シリンジ「オーツカ」１０ｍＬ
620008530	生食注シリンジ「オーツカ」２０ｍＬ
620008857	生食注シリンジ「ＳＮ」５ｍＬ
620008858	生食注シリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ
620008859	生食注シリンジ「ＳＮ」２０ｍＬ
620009265	生食液ＮＳ　５ｍＬ
620009562	生食注シリンジ「ＮＰ」　５ｍＬ
620765806	塩化ナトリウム注１０％「ＨＫ」　２０ｍＬ
620765904	生理食塩液「ＮＰ」　５ｍＬ
620766006	生理食塩液「ＮＰ」　２０ｍＬ
620766024	生理食塩液「ヒカリ」　２０ｍＬ
620766032	生理食塩液「マイラン」　２０ｍＬ
620766034	生食注２０ｍＬ「Ｈｐ」
620766727	生理食塩液「マイラン」　１００ｍＬ
620766904	生理食塩液「マイラン」　２５０ｍＬ
620767118	生理食塩液「マイラン」　５００ｍＬ
620767302	生理食塩液「ＮＰ」　５００ｍＬ
620767310	生理食塩液「ＡＹ」　５００ｍＬ
620767507	エポプロステノール静注ヤンセン専用溶解液（生理食塩液）　５０ｍＬ
620767704	生食液バッグ１００ｍＬ「ＣＭＸ」
620767902	生理食塩液「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620768401	生食注キット「フソー」　１００ｍＬ
620769401	サリンヘス輸液６％　５００ｍＬ
620791601	ヘスパンダー輸液　５００ｍＬ
620793801	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
620794204	リナセートＤ輸液　５００ｍＬ
620795601	サヴィオゾール輸液　５００ｍＬ
620797301	フィジオ７０輸液　５００ｍＬ
620797401	フィジオ３５輸液　２５０ｍＬ
620797501	フィジオ３５輸液　５００ｍＬ
621311001	フィジオ１４０輸液　２５０ｍＬ
621311101	フィジオ１４０輸液　５００ｍＬ
621514701	ハルトマン輸液「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514801	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514901	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　１Ｌ
621554802	ユエキンキープ３号輸液　２００ｍＬ
621554902	ユエキンキープ３号輸液　５００ｍＬ
621560603	テルモ生食　１．３Ｌ
621572001	ＫＣＬ補正液キット２０ｍＥｑ　０．４モル５０ｍＬ
621621301	フィジオゾール３号輸液　５００ｍＬ
621672103	生食注シリンジ「テバ」２０ｍＬ
621672202	生食注シリンジ「テバ」１０ｍＬ
621672303	生食注シリンジ「テバ」５ｍＬ
621695101	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
621753501	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　２００ｍＬ
621753601	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　５００ｍＬ
621956601	生食注キット「フソー」　５０ｍＬ
621969101	塩化Ｎａ補正液２．５ｍＥｑ／ｍＬ　２．５モル２０ｍＬ
621969501	塩化アンモニウム補正液５ｍＥｑ／ｍＬ　５モル２０ｍＬ
622016601	ビカネイト輸液　５００ｍＬ
622016701	ビカネイト輸液　１Ｌ
622046601	リン酸Ｎａ補正液０．５ｍｍｏｌ／ｍＬ　０．５モル２０ｍＬ
622100901	ソリューゲンＧ注　２００ｍＬ
622121101	アクマルト輸液　２００ｍＬ
622121202	アクメインＤ輸液　２００ｍＬ
622130601	生食注シリンジ「テルモ」５ｍＬ
622130701	生食注シリンジ「テルモ」１０ｍＬ
622132801	生食注シリンジ「テルモ」２０ｍＬ
622132901	ソルアセトＤ輸液　２００ｍＬ
622133001	テルモ生食ＴＫ　５０ｍＬ
622250401	ボルベン輸液６％　５００ｍＬ
622344502	リナセートＤ輸液　２００ｍＬ
622344601	ソリタックスーＨ輸液　５００ｍＬ
622344701	ソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622344801	ソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622344901	ソリターＴ２号輸液　２００ｍＬ
622345001	ソリターＴ２号輸液　５００ｍＬ
622345101	ソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622345201	ソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622345301	ソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622345401	ソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622345501	ソリターＴ４号輸液　２００ｍＬ
622345601	ソリターＴ４号輸液　５００ｍＬ
622445901	ＹＤソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ
622446001	ＹＤソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622446101	ＹＤソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622446201	ＹＤソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622446301	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622446401	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622507501	生食注シリンジ５０ｍＬ「ニプロ」
622572001	アクチット輸液　２００ｍＬ
622572101	アクチット輸液　５００ｍＬ
622572201	ヴィーンＦ輸液　５００ｍＬ
622572301	ヴィーンＤ輸液　２００ｍＬ
622572401	ヴィーンＤ輸液　５００ｍＬ
622572501	ヴィーン３Ｇ輸液　２００ｍＬ
622572601	ヴィーン３Ｇ輸液　５００ｍＬ
622574501	リナセートＦ輸液　５００ｍＬ
622702401	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
622702501	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
622791701	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
622804301	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
622804401	エスロンＢ注　５００ｍＬ
622804601	ソリューゲンＧ注　５００ｍＬ
622829801	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
622829901	グルアセト３５注　５００ｍＬ
622830001	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
622830101	ハルトマン－Ｇ３号輸液　５００ｍＬ
622830201	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
622842200	生理食塩液　２００ｍＬ
622842201	生理食塩液バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406034	大塚生食注ＴＮ　５０ｍＬ
640406207	ラクトリンゲルＭ注「フソー」　２００ｍＬ
640407051	生食溶解液キットＨ　５０ｍＬ
640407056	テルモ生食　２５０ｍＬ
640407166	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
640412008	エスロンＢ注　２００ｍＬ
640412033	ソリューゲンＧ注　３００ｍＬ
640412045	低分子デキストランＬ注　２５０ｍＬ
640412105	生理食塩液　１００ｍＬ
640412107	生理食塩液　２５０ｍＬ
640412109	テルモ生食ＴＫ　１００ｍＬ
640421007	生食液ＮＳ　２０ｍＬ
640421008	大塚生食注　５００ｍＬ
640421009	大塚生食注　５００ｍＬ
640421010	大塚生食注　１Ｌ
640421011	大塚生食注　１Ｌ
640441013	生食注「トーワ」　２０ｍＬ
640441019	テルモ生食　１００ｍＬ
640460009	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
640463101	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
643310004	１０％塩化ナトリウム注射液　２０ｍＬ
643310086	ニソリ・Ｓ注　５００ｍＬ
643310102	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
643310155	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ
643310156	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310157	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310170	リンゲル液　５００ｍＬ
643310181	生理食塩液　５ｍＬ
643310182	生理食塩液　２０ｍＬ
643310183	生理食塩液　１００ｍＬ
643310184	生理食塩液　２００ｍＬ
643310185	生理食塩液　２５０ｍＬ
643310187	生理食塩液　５００ｍＬ
643310188	生理食塩液　１Ｌ
643310190	大塚生食注　２０ｍＬ
643310209	テルモ生食　５００ｍＬ
643310210	テルモ生食　１Ｌ
643310213	ニソリＭ注　５００ｍＬ
643310214	ニソリＭ注　２５０ｍＬ
643310223	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
643310225	大塚生食注　１００ｍＬ
643310226	大塚生食注　２５０ｍＬ
643310284	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310286	生理食塩液　５００ｍＬ
643310287	生理食塩液　１Ｌ
643310328	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310329	ラクトリンゲル液″フソー″　１Ｌ
643310330	ラクトリンゲルＭ注「フソー」　５００ｍＬ
643310332	エスロンＢ注　５００ｍＬ
643310335	生理食塩液　５０ｍＬ
643310336	低分子デキストランＬ注　５００ｍＬ
643310337	低分子デキストラン糖注（大塚製薬工場）　５００ｍＬ
643310343	ペンライブ注　５００ｍＬ
643310347	ラクテック注　５００ｍＬ
643310348	ラクテック注　１Ｌ
643310356	大塚生食注　５０ｍＬ
643310384	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
643310391	ラクトリンゲルM注「フソー」　５００ｍＬ
643310394	ラクトリンゲルM注「フソー」　２００ｍＬ
643310397	リンゲル液　５００ｍＬ
643310402	ペンライブ注　２００ｍＬ
643310403	ペンライブ注　３００ｍＬ
643310406	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
643310407	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310408	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310415	生食液「小林」　５ｍＬ
643310429	生理食塩液「ヒカリ」　５０ｍＬ
643310434	生理食塩液「ヒカリ」　１００ｍＬ
643310445	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
643310450	カーミパック生理食塩液　５００ｍＬ
643310452	生理食塩液「ヒカリ」　１Ｌ
643310454	カーミパック生理食塩液　１Ｌ
643310473	大塚生食注ＴＮ　１００ｍＬ
643310476	大塚生食注　２５０ｍＬ
643310486	ソリューゲンG注　５００ｍＬ
643310491	フルクトラクト注　２００ｍＬ
643310492	フルクトラクト注　５００ｍＬ
643310493	ペロール注　３００ｍＬ
643310494	ペロール注　５００ｍＬ
643310497	ラクテック注　２５０ｍＬ
643310508	生食溶解液キットＨ　１００ｍＬ
620767311	生食液バッグ５００ｍＬ「ＣＭＸ」
622830800	生理食塩液
622830801	大塚生食注
622902900	生理食塩液１０ｍＬキット
621672203	生食注シリンジ「ＮＩＧ」１０ｍＬ
621672104	生食注シリンジ「ＮＩＧ」２０ｍＬ
622903000	生理食塩液５ｍＬキット
621672304	生食注シリンジ「ＮＩＧ」５ｍＬ
621606302	ハルトマンＤ液「フソー」
622830002	ハルトマンＤ液「フソー」
620001315	大塚糖液５０％　２００ｍＬ
620001316	大塚糖液５０％　５００ｍＬ
620001317	光糖液１０％　５００ｍＬ
620001892	キシリトール注２０％（大塚製薬工場）　２０ｍＬ
620001947	キシリトール注射液　５％２００ｍＬ
620001948	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
620002399	キシリトール注「ヒカリ」５％　５００ｍＬ
620002599	ブドウ糖注５０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002935	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
620003059	キリット注５％　３００ｍＬ
620003091	キリット注５％　５００ｍＬ
620004172	光糖液５％　２５０ｍＬ
620004173	光糖液２０％　５００ｍＬ
620004174	光糖液３０％　５００ｍＬ
620004396	果糖注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620004397	キシリトール注５％「フソー」　２００ｍＬ
620004398	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004399	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004400	キシリトール注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620004401	キシリトール注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620006218	カロナリーＨ輸液　７００ｍＬ
620006219	カロナリーＭ輸液　７００ｍＬ
620006220	カロナリーＬ輸液　７００ｍＬ
620006268	テルモ糖注５％　２５０ｍＬ
620006269	テルモ糖注５％　５００ｍＬ
620006292	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006293	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006294	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006634	テルモ糖注５％　１００ｍＬ
620006635	テルモ糖注１０％　５００ｍＬ
620006636	テルモ糖注５０％　２００ｍＬ
620006637	テルモ糖注５０％　５００ｍＬ
620006641	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006642	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006643	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006645	ブドウ糖注１０％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006646	ブドウ糖注１０％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006647	ブドウ糖注２０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006648	ブドウ糖注４０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006649	ブドウ糖注５０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620007246	大塚糖液５％２ポート１００ｍＬ
620007416	ハイカリックＲＦ輸液　２５０ｍＬ
620007417	ハイカリックＲＦ輸液　５００ｍＬ
620007419	ハイカリックＮＣ－Ｈ輸液　７００ｍＬ
620007421	ハイカリックＮＣ－Ｎ輸液　７００ｍＬ
620007423	ハイカリックＮＣ－Ｌ輸液　７００ｍＬ
620007507	マルトス輸液１０％　２５０ｍＬ
620007508	マルトス輸液１０％　５００ｍＬ
620008177	大塚糖液５％２ポート５０ｍＬ
620155611	ブドウ糖注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620155634	光糖液２０％　２０ｍＬ
620155640	ブドウ糖注射液２０％「マイラン」　２０ｍＬ
620155641	ブドウ糖注２０％ＰＬ「Ｈｐ」　２０ｍＬ
620155645	糖液注２０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620155714	光糖液５０％　２０ｍＬ
620155716	糖液注５０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620735116	光糖液５％　２０ｍＬ
620735118	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２０ｍＬ
620735119	ブドウ糖注５％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
620735121	糖液注５％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620735907	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２５０ｍＬ
620736117	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　５００ｍＬ
620737702	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620738002	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　５００ｍＬ
620738010	ブドウ糖注射液「ＡＹ」５％　５００ｍＬ
620738011	小林糖液５％　５００ｍＬ
620740001	マルトース輸液１０％「フソー」　５００ｍＬ
620740601	マルトース輸液１０％「フソー」　２００ｍＬ
620741309	キシリトール注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620745601	リハビックスーＫ１号輸液　５００ｍＬ
620745701	リハビックスーＫ２号輸液　５００ｍＬ
621626501	キシリトール注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621646001	ブドウ糖注５％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621651401	ブドウ糖注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
622133101	テルモ糖注ＴＫ　５％５０ｍＬ
622688901	マンニットールＳ注射液　３００ｍＬ
622842300	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
622842301	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406035	大塚糖液５％ＴＮ　５０ｍＬ
640407023	５％糖液キットＨ　５０ｍＬ
640407024	５％糖液キットＨ　１００ｍＬ
640408013	２０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640412067	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
640412069	ブドウ糖注射液　５０％２００ｍＬ
640412070	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
640412071	ブドウ糖注射液　７０％３５０ｍＬ
640412102	果糖注射液　５％２００ｍＬ
640412103	果糖注射液　５％５００ｍＬ
640412110	テルモ糖注ＴＫ　５％１００ｍＬ
640412111	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
640412112	ブドウ糖注射液　１０％２０ｍＬ
640421002	２０％ブドウ糖注「日医工」　２０ｍＬ
640431047	ブドウ糖注２０％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
640450010	５％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460006	５０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460011	光糖液５％　５００ｍＬ
643230011	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
643230012	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
643230013	キシリトール注射液　１０％２０ｍＬ
643230018	キシリトール２０％２０ｍＬ注射液
643230026	ハイカリック液－１号　７００ｍＬ
643230027	ハイカリック液－２号　７００ｍＬ
643230032	ブドウ糖注射液　５％２０ｍＬ
643230034	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
643230035	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
643230036	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
643230038	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230039	ブドウ糖注射液　５％１Ｌ
643230042	ブドウ糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230048	ブドウ糖注射液　５０％２０ｍＬ
643230050	ブドウ糖注射液　５０％３００ｍＬ
643230052	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
643230076	果糖注射液　５％５００ｍＬ
643230077	果糖注射液　５％１Ｌ
643230081	果糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230089	大塚糖液１０％　２０ｍＬ
643230090	大塚糖液５％　２０ｍＬ
643230176	ハイカリック液－３号　７００ｍＬ
643230212	大塚糖液５％　１００ｍＬ
643230230	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230251	大塚糖液５％　５０ｍＬ
643230252	ブドウ糖注射液　５０％１００ｍＬ
643230253	ブドウ糖注射液　１０％５００ｍＬ
643230254	ブドウ糖注射液　５％５０ｍＬ
643230267	光糖液５％　５０ｍＬ
643230270	光糖液５％　１００ｍＬ
643230274	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230282	小林糖液５％　５００ｍＬ
643230283	光糖液５％　５００ｍＬ
643230287	大塚糖液５％　５００ｍＬ
643230297	大塚糖液１０％　５００ｍＬ
643230298	大塚糖液２０％　２０ｍＬ
643230314	大塚糖液４０％　２０ｍＬ
643230317	大塚糖液５０％　２０ｍＬ
643230346	２０％フルクトン注　２０ｍＬ
643230390	キシリトール注射液２０％「トーワ」　２０ｍＬ
643230406	大塚糖液５％ＴＮ　１００ｍＬ
643230411	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230412	大塚糖液７０％　３５０ｍＬ
620003682	イオパミロン注１５０　３０．６２％５０ｍＬ
620003683	イオパミロン注１５０　３０．６２％２００ｍＬ
620003684	イオパミロン注３００　６１．２４％２０ｍＬ
620003685	イオパミロン注３００　６１．２４％５０ｍＬ
620003686	イオパミロン注３００　６１．２４％１００ｍＬ
620003687	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％５０ｍＬ
620003688	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％８０ｍＬ
620003689	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１００ｍＬ
620003690	イオパミロン注３７０　７５．５２％２０ｍＬ
620003691	イオパミロン注３７０　７５．５２％５０ｍＬ
620003692	イオパミロン注３７０　７５．５２％１００ｍＬ
620003693	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％５０ｍＬ
620003694	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％８０ｍＬ
620003695	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％１００ｍＬ
620003697	イソビスト注２４０　５１．２６％１０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620003698	イソビスト注３００　６４．０８％１０ｍＬ
620004304	ウログラフイン注６０％　２０ｍＬ
620004305	ウログラフイン注６０％　１００ｍＬ
620004306	ウログラフイン注７６％　２０ｍＬ
620005214	プロスコープ３００注シリンジ１００ｍＬ　６２．３４％
620005215	プロスコープ３００注２０ｍＬ　６２．３４％
620005216	プロスコープ３００注５０ｍＬ　６２．３４％
620005217	プロスコープ３００注１００ｍＬ　６２．３４％
620005218	プロスコープ３７０注２０ｍＬ　７６．８９％
620005219	プロスコープ３７０注５０ｍＬ　７６．８９％
620005220	プロスコープ３７０注１００ｍＬ　７６．８９％
620005697	プロスコープ３００注シリンジ５０ｍＬ　６２．３４％
620005698	プロスコープ３００注シリンジ８０ｍＬ　６２．３４％
620007447	ビジパーク２７０注２０ｍＬ　５４．９７％
620007448	ビジパーク２７０注５０ｍＬ　５４．９７％
620007449	ビジパーク２７０注１００ｍＬ　５４．９７％
620007450	ビジパーク３２０注５０ｍＬ　６５．１５％
620007451	ビジパーク３２０注１００ｍＬ　６５．１５％
620009142	オムニパーク２４０注シリンジ１００ｍＬ　５１．７７％
620009143	オムニパーク３００注シリンジ５０ｍＬ　６４．７１％
620009144	オムニパーク３００注シリンジ８０ｍＬ　６４．７１％
620009145	オムニパーク３００注シリンジ１００ｍＬ　６４．７１％
620009146	オムニパーク３００注シリンジ１２５ｍＬ　６４．７１％
620009147	オムニパーク３００注シリンジ１５０ｍＬ　６４．７１％
620009148	オムニパーク３５０注シリンジ７０ｍＬ　７５．４９％
620009149	オムニパーク３５０注シリンジ１００ｍＬ　７５．４９％
621176405	リピオドール４８０注１０ｍＬ
621183101	ビリスコピン点滴静注５０　１０．５５％１００ｍＬ
621183301	イオパミドール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183402	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621183701	イオパミドール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621184101	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184202	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184501	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184602	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184901	イオパミドール１５０注５０ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185101	イオパミドール１５０注２００ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185301	イオパミドール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621185603	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185703	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185802	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621185901	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621186003	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186103	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186501	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621187201	オムニパーク１４０注５０ｍＬ　３０．２０％
621187301	オムニパーク１４０注２２０ｍＬ　３０．２０％
621187401	オムニパーク１８０注１０ｍＬ　３８．８２％
621187501	オムニパーク２４０注１０ｍＬ　５１．７７％
621187601	オムニパーク２４０注２０ｍＬ　５１．７７％
621187701	オムニパーク２４０注５０ｍＬ　５１．７７％
621187801	オムニパーク２４０注１００ｍＬ　５１．７７％
621187901	オムニパーク３００注１０ｍＬ　６４．７１％
621188001	オムニパーク３００注２０ｍＬ　６４．７１％
621188601	オムニパーク３００注５０ｍＬ　６４．７１％
621188701	オムニパーク３００注１００ｍＬ　６４．７１％
621188801	オムニパーク３５０注２０ｍＬ　７５．４９％
621188901	オムニパーク３５０注５０ｍＬ　７５．４９％
621189001	オムニパーク３５０注１００ｍＬ　７５．４９％
621189701	オプチレイ３２０注２０ｍＬ　６７．８％
621189801	オプチレイ３２０注５０ｍＬ　６７．８％
621189901	オプチレイ２４０注シリンジ１００ｍＬ　５０．９％
621190001	オプチレイ３２０注シリンジ７５ｍＬ　６７．８％
621190101	オプチレイ３２０注シリンジ１００ｍＬ　６７．８％
621190201	オプチレイ３２０注１００ｍＬ　６７．８％
621190301	オプチレイ３５０注２０ｍＬ　７４．１％
621190401	オプチレイ３５０注５０ｍＬ　７４．１％
621190501	オプチレイ３５０注１００ｍＬ　７４．１％
621190701	イオメロン３００注２０ｍＬ　６１．２４％
621190801	イオメロン３００注５０ｍＬ　６１．２４％
621190901	イオメロン３００注１００ｍＬ　６１．２４％
621191001	イオメロン３５０注２０ｍＬ　７１．４４％
621191101	イオメロン３５０注５０ｍＬ　７１．４４％
621191201	イオメロン３５０注１００ｍＬ　７１．４４％
621191401	イオメロン４００注５０ｍＬ　８１．６５％
621191501	イオメロン４００注１００ｍＬ　８１．６５％
621191601	イオメロン３００注シリンジ５０ｍＬ　６１．２４％
621191701	イオメロン３００注シリンジ１００ｍＬ　６１．２４％
621191801	イオメロン３５０注シリンジ５０ｍＬ　７１．４４％
621191901	イオメロン３５０注シリンジ１００ｍＬ　７１．４４％
621451301	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621451401	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621451501	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621452002	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452102	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452202	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621452302	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452702	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452902	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621453002	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621453102	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453202	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453302	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
621453402	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453501	オムニパーク３００注１５０ｍＬ　６４．７１％
621490402	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490502	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490601	イオメロン３００注シリンジ７５ｍＬ　６１．２４％
621490701	イオメロン３５０注シリンジ７５ｍＬ　７１．４４％
621493001	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621534901	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621535102	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535202	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535302	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535402	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535502	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535602	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621695401	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
621728802	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　５１．７７％
621728902	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621758502	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621758602	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621782301	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621834101	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834201	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834301	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621834401	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621892301	イオメロン３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７１．４４％
621922401	オプチレイ３５０注シリンジ１００ｍＬ　７４．１％
621928003	イオプロミド３００注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928103	イオプロミド３００注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928203	イオプロミド３００注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928303	イオプロミド３００注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928403	イオプロミド３００注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928503	イオプロミド３００注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928603	イオプロミド３７０注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928703	イオプロミド３７０注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928803	イオプロミド３７０注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928903	イオプロミド３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929003	イオプロミド３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929103	イオプロミド３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
622027101	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027201	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027301	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027402	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027502	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622027602	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027702	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027902	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028002	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028102	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622030802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
622059902	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622067703	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067803	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067901	オムニパーク３００注シリンジ１１０ｍＬ　６４．７１％
622074101	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074201	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074301	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074401	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622090603	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622104702	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622104802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
622154401	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622157902	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　５１．７７％
622177401	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％６５ｍＬ
622179201	プロスコープ３７０注シリンジ５０ｍＬ　７６．８９％
622179301	プロスコープ３７０注シリンジ８０ｍＬ　７６．８９％
622179401	プロスコープ３７０注シリンジ１００ｍＬ　７６．８９％
622213602	イオパミドール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
622267501	オムニパーク３５０注シリンジ４５ｍＬ　７５．４９％
622286602	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622347001	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622347101	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622347201	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622376902	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622432202	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622432302	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
622450501	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622547001	オプチレイ３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７４．１％
622765700	イオパミドール（３００）５０ｍＬ注射液　６１．２４％
622765800	イオパミドール（３００）１００ｍＬ注射液　６１．２４％
622765900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬ注射液　７５．５２％
622766100	イオパミドール（１５０）５０ｍＬ注射液　３０．６２％
622766300	イオパミドール（３００）２０ｍＬ注射液　６１．２４％
622766400	イオパミドール（３００）１００ｍＬキット　６１．２４％
622766500	イオパミドール（３００）５０ｍＬキット　６１．２４％
622766600	イオパミドール（３００）８０ｍＬキット　６１．２４％
622766700	イオパミドール（３７０）８０ｍＬキット　７５．５２％
622766800	イオパミドール（３７０）２０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬキット　７５．５２％
622767000	イオパミドール（３００）１５０ｍＬキット　６１．２４％
622767100	イオパミドール（３７０）６５ｍＬキット　７５．５２％
622768400	イオヘキソール（３５０）１００ｍＬキット　７５．４９％
622769000	イオヘキソール（３００）１００ｍＬ注射液　６４．７１％

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622849000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬキット　７５．５２％
622853201	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１３０ｍＬ
622853301	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１５０ｍＬ
647210004	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
647210005	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210006	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　７６％２０ｍＬ
647210013	イオタラム酸ナトリウム注射液　６６．８％２０ｍＬ
647210015	イオタラム酸メグルミン注射液　３０％２２０ｍＬ
647210016	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210017	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％５０ｍＬ
647210018	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
622766200	イオパミドール（１５０）２００ｍＬ注射液
620003833	レボビスト注射用　２．５ｇ（溶解液付）
620005210	フルオレサイト静注５００ｍｇ　１０％５ｍＬ
620005898	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％５ｍＬ
620005899	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％１０ｍＬ
620007248	オムニスキャン静注３２％　３２．３％２０ｍＬ
620007249	オムニスキャン静注３２％シリンジ５ｍＬ　３２．３％
620007250	オムニスキャン静注３２％シリンジ１０ｍＬ　３２．３％
620007251	オムニスキャン静注３２％シリンジ１５ｍＬ　３２．３％
620007252	オムニスキャン静注３２％シリンジ２０ｍＬ　３２．３％
620007319	ソナゾイド注射用１６μＬ　（溶解液付）
621198901	プロハンス静注５ｍＬ
621199001	プロハンス静注１５ｍＬ
621199101	プロハンス静注２０ｍＬ
621199201	プロハンス静注１０ｍＬ
621453902	マグネスコープ静注３８％シリンジ１０ｍＬ　３７．６９５％
621454002	マグネスコープ静注３８％シリンジ１５ｍＬ　３７．６９５％
621454102	マグネスコープ静注３８％シリンジ２０ｍＬ　３７．６９５％
621464301	プロハンス静注シリンジ１３ｍＬ
621464401	プロハンス静注シリンジ１７ｍＬ
622396901	マグネスコープ静注３８％シリンジ１１ｍＬ　３７．６９５％
622397001	マグネスコープ静注３８％シリンジ１３ｍＬ　３７．６９５％
622404301	スクラッチダニアレルゲンエキストリイ１０万ＪＡＵ／ｍＬ　１ｍＬ
622410801	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ５ｍＬ　６０．４７％
622411101	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ７．５ｍＬ　６０．４７％
622411201	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ１０ｍＬ　６０．４７％
622455401	アレルゲンスクラッチエキス陽性液トリイヒスタミン二塩酸塩　２ｍＬ
622624101	ガドテリドール静注シリンジ１３ｍＬ「ＨＫ」
622624201	ガドテリドール静注シリンジ１７ｍＬ「ＨＫ」
622639501	レギチーン注射液５ｍｇ　０．５％１ｍＬ
622639601	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌ　２ｍＬ　６０．４７％
622818101	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１０ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818201	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１１ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818301	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１３ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818401	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１５ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818501	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ２０ｍＬＧＥ３７．６９５％
628000001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アサ布１：１，０００　２ｍＬ
628000201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アジ１：１，０００　２ｍＬ
628000401	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アスペルギルス１：１万　２ｍＬ
628000701	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アルテルナリア１：１万　２ｍＬ
628000901	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」イーストパン種１：１千　２ｍＬ
628001001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イカ１：１，０００　２ｍＬ
628001401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イネワラ１：１千　２ｍＬ
628001501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イワシ１：１，０００　２ｍＬ
628002601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エダマメ１：１千　２ｍＬ
628002701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エビ１：１，０００　２ｍＬ
628002801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」大麦１：１，０００　２ｍＬ
628003101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カツオ１：１，０００　２ｍＬ
628003201	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」カナムグラ花粉１：１千　２ｍＬ
628003301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カニ１：１，０００　２ｍＬ
628003401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カポック１：１千　２ｍＬ
628003701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カモガヤ花粉１：１千　２ｍＬ
628003901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カンジダ１：１万　２ｍＬ
628004101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」キヌ１：１，０００　２ｍＬ
628004901	診断用アレルゲン皮内エキストリイクラドスポリウム１：１万　２ｍＬ
628005001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」クリ１：１，０００　２ｍＬ
628005501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」小麦粉１：１，０００　２ｍＬ
628005601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」米１：１，０００　２ｍＬ
628006601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」サバ１：１，０００　２ｍＬ
628007701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」スギ花粉１：１千　２ｍＬ
628007801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ススキ花粉１：１千　２ｍＬ
628008301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバガラ１：１千　２ｍＬ
628008401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバ粉１：１，０００　２ｍＬ
628008801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」タタミ１：１，０００　２ｍＬ
628010101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウフ１：１，０００　２ｍＬ
628010201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウモロコシ１：１千　２ｍＬ
628010801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナイロン１：１千　２ｍＬ
628010901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナシ１：１，０００　２ｍＬ
628012601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」バナナ１：１，０００　２ｍＬ
628012901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ヒメガマ花粉１：１千　２ｍＬ
628013101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ビール１：１，０００　２ｍＬ
628013401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ブタクサ花粉１：１千　２ｍＬ
628014001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ペニシリウム１：１万　２ｍＬ
628014401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マグロ１：１，０００　２ｍＬ
628014501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マユ１：１，０００　２ｍＬ
628015001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿布１：１，０００　２ｍＬ
628015201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」モミガラ１：１千　２ｍＬ
628015901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」リンゴ１：１，０００　２ｍＬ
628016301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿１：１，０００　２ｍＬ
640462008	オフサグリーン静注用２５ｍｇ　（溶解液付）
640462043	リゾビスト注　４４．６ｍｇ１．６ｍＬ
647250002	診断用アレルゲンスクラッチエキス「トリイ」　１ｍＬ
620002496	アデノスキャン注６０ｍｇ　２０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620007509	ミオテクター冠血管注　１瓶１管
620008566	タイロゲン筋注用０．９ｍｇ
621954101	ミリプラ用懸濁用液４ｍＬ
622364701	アデノシン負荷用静注６０ｍｇシリンジ「ＦＲＩ」　２０ｍＬ
620002282	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５０単位
620002283	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１００単位
620002284	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５００単位
620002285	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１，０００単位
620004183	ヘパフィルド透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　５千単位
620004184	ヘパリンＮａ透析１５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　３千Ｕ
620004185	ヘパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　４千Ｕ
620004186	ヘパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　４千Ｕ
620004187	ヘパリンＮａ透析２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」　５千Ｕ
620004188	ヘパリンＮａ透析２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　５千Ｕ
620004192	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５０Ｕ
620004193	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１００Ｕ
620004194	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５００Ｕ
620004195	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１千Ｕ
620004874	アリクストラ皮下注１．５ｍｇ　０．３ｍＬ
620004875	アリクストラ皮下注２．５ｍｇ　０．５ｍＬ
620005699	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　３千Ｕ
620005700	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬフソー２０ｍＬ　３千Ｕ
620005701	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬフソー２０ｍＬ　４千Ｕ
620006786	クレキサン皮下注キット２０００ＩＵ　２千低ヘパ国際単位０．２ｍＬ
621463103	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５０Ｕ
621463203	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１００Ｕ
621463403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１千Ｕ
621497403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５００Ｕ
621544001	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５０Ｕ
621544101	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１００Ｕ
621544201	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５００Ｕ
621544301	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１千Ｕ
621653101	ヘパリンＮａ透析用５００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＰ」　５千Ｕ
621653201	ヘパリンＮａ透析用５００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＰ」　１万Ｕ
621700002	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５０Ｕ
621700102	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１００Ｕ
621700202	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１千Ｕ
621700302	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５００Ｕ
620005700	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
620005701	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
620006312	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
621832801	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「ＮＳ」２０ｍＬ
620004184	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620005699	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」
621759505	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
620004185	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620004186	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」
621759605	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
622083701	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ１２ｍＬ「ニプロ」
622083801	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ１６ｍＬ「ニプロ」
620004187	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620004188	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」
622083901	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ニプロ」
621759805	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
621956701	ヘパリンＮａ透析用３５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」
621653101	ヘパリンＮａ透析用５００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＰ」
621653201	ヘパリンＮａ透析用５００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＰ」
621728001	ローヘパ透析用１００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　２千低ヘパ単位
621728101	ローヘパ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千低ヘパ単位
621728201	ローヘパ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千低ヘパ単位
621956701	ヘパリンＮａ透析３５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「フソー」　７千Ｕ
621989202	バルナパリンＮａ透析１００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　２千Ｕ
621989302	バルナパリンＮａ透析１５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　３千Ｕ
621989402	バルナパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　４千Ｕ
622044501	アリクストラ皮下注５ｍｇ　０．４ｍＬ
622044601	アリクストラ皮下注７．５ｍｇ　０．６ｍＬ
622083701	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ１２ｍＬニプロ　３千Ｕ
622083801	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ１６ｍＬニプロ　４千Ｕ
622083901	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬニプロ　５千Ｕ
622131301	ヘパフィルド透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千単位
622131401	ヘパフィルド透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千単位
622757800	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
622811101	ヘパリンＮａ透析ロック用１千Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５千Ｕ
643330016	輸血用クエン酸ナトリウム注射液　１０％５ｍＬ
643330019	輸血用チトラミン「フソー」　１０％５ｍＬ
621480902	バルナパリンＮａ透析５００Ｕ／ｍＬバイアル１０ｍＬＩＬＳ　５千Ｕ
621515201	ローヘパ透析用５００単位／ｍＬバイアル１０ｍＬ　５千低ヘパ単位
622757900	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
621544005	ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ「ＮＩＧ」
621544105	ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＩＧ」
621544205	ヘパリンＮａロック用１００単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ「ＮＩＧ」
621544305	ヘパリンＮａロック用１００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＩＧ」
620000197	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000198	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000263	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000264	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000343	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000344	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620002936	キシロカイン注シリンジ０．５％　１０ｍＬ
620002937	キシロカイン注シリンジ１％　１０ｍＬ
620003201	塩酸メピバカイン注シリンジ０．５％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003202	塩酸メピバカイン注シリンジ１％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003203	塩酸メピバカイン注シリンジ２％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620004312	カルボカインアンプル注０．５％　５ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620004313	カルボカインアンプル注０．５％　１０ｍＬ
620004314	カルボカインアンプル注１％　２ｍＬ
620004315	カルボカインアンプル注１％　５ｍＬ
620004316	カルボカインアンプル注１％　１０ｍＬ
620004317	カルボカインアンプル注２％　２ｍＬ
620004318	カルボカインアンプル注２％　５ｍＬ
620004319	カルボカインアンプル注２％　１０ｍＬ
620005863	ロカイン注１％　１ｍＬ
620005864	ロカイン注１％　２ｍＬ
620005865	ロカイン注１％　５ｍＬ
620005866	ロカイン注２％　１ｍＬ
620005867	ロカイン注２％　２ｍＬ
620005868	ロカイン注２％　５ｍＬ
620006809	ポプスカイン０．２５％注シリンジ２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006810	ポプスカイン０．２５％注バッグ２５０ｍｇ／１００ｍＬ
620006811	ポプスカイン０．２５％注２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006812	ポプスカイン０．７５％注シリンジ７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006813	ポプスカイン０．７５％注７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006814	ポプスカイン０．７５％注１５０ｍｇ／２０ｍＬ
620007260	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　５ｍＬ
620007261	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　１０ｍＬ
620007262	キシロカイン注ポリアンプ１％　５ｍＬ
620007263	キシロカイン注ポリアンプ１％　１０ｍＬ
620007264	キシロカイン注ポリアンプ２％　５ｍＬ
620007265	キシロカイン注ポリアンプ２％　１０ｍＬ
620008387	プロカニン注０．５％　５ｍＬ
620008389	プロカニン注１％　５ｍＬ
620008888	テトカイン注用２０ｍｇ「杏林」
620163902	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」１ｍＬ
620164001	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」２ｍＬ
620164104	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　５ｍＬ
620164903	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　１０ｍＬ
620164406	プロカイン塩酸塩注１％「日新」
620164706	プロカイン塩酸塩注２％「日新」
621537102	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　５ｍＬ
621537202	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　１０ｍＬ
621537302	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　５ｍＬ
621537402	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　１０ｍＬ
621644201	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　５ｍＬ
621644301	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　１０ｍＬ
621651601	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　５ｍＬ
621651701	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　１０ｍＬ
621653501	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　５ｍＬ
621653601	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　１０ｍＬ
621698402	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　１０ｍＬ
621698502	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　５ｍＬ
622086301	ポプスカイン０．５％注シリンジ５０ｍｇ／１０ｍＬ
622086401	ポプスカイン０．５％注５０ｍｇ／１０ｍＬ
640422006	メピバカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ
640422007	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
640422008	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
620166710	メピバカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」
621563701	メピバカイン塩酸塩注０．５％「日新」
621563801	メピバカイン塩酸塩注０．５％「日新」
640422010	メピバカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
640422011	メピバカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
620166810	メピバカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」
621565201	メピバカイン塩酸塩注１％「日新」
621565301	メピバカイン塩酸塩注１％「日新」
640422014	メピバカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
640422015	メピバカイン塩酸塩注射液　２％１０ｍＬ
620166910	メピバカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」
621562101	メピバカイン塩酸塩注２％「日新」
621562001	メピバカイン塩酸塩注２％「日新」
640422017	メピバカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
621710002	メピバカイン塩酸塩注射液０．５％シリンジ５０ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
621710102	メピバカイン塩酸塩注射液１％シリンジ１００ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
621710202	メピバカイン塩酸塩注射液２％シリンジ２００ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
640431026	０．５％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431027	１％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431028	２％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640443005	マーカイン注脊麻用０．５％高比重　４ｍＬ
640443006	マーカイン注脊麻用０．５％等比重　４ｍＬ
640451000	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１０ｍＬ
640451001	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１００ｍＬ
640451002	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％１０ｍＬ
640451003	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％２０ｍＬ
640451004	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％１０ｍＬ
640451005	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％２０ｍＬ
641210003	キシロカイン注射液「０．５％」エピレナミン１：１００，０００含有
641210004	キシロカイン注射液「１％」エピレナミン（１：１００，０００）含有
641210005	キシロカイン注射液「２％」エピレナミン（１：８０，０００）含有
641210017	マーカイン注０．１２５％
641210018	マーカイン注０．２５％
641210019	マーカイン注０．５％
641210026	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１ｍＬ
641210027	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％２ｍＬ
641210028	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
641210029	プロカイン塩酸塩注射液　１％１ｍＬ
641210030	プロカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
641210031	プロカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
641210032	プロカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
641210034	プロカイン塩酸塩注射液　２％１ｍＬ
641210035	プロカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
641210036	プロカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
641210039	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％
641210040	メピバカイン塩酸塩注射液　１％
641210041	メピバカイン塩酸塩注射液　２％
641210042	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
641210058	塩プロ１％注「小林」　１ｍＬ
641210063	塩プロ１％注「小林」　２ｍＬ
641210065	１％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　５ｍＬ
641210067	塩プロ１％注「小林」　５ｍＬ
641210078	２％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　２ｍＬ
641210090	０．５％カルボカイン注
641210091	１％カルボカイン注
641210092	２％カルボカイン注
620005154	カーボスター透析剤・Ｍ　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620005155	カーボスター透析剤・Ｌ　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005156	カーボスター透析剤・Ｌ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005157	カーボスター透析剤・Ｐ　２袋
620007210	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007211	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007212	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007213	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007307	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　１０１０ｍＬ
620007308	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　２０２０ｍＬ
620007429	バイフィル専用炭酸水素ナトリウム補充液１．３９％　２Ｌ
620007430	バイフィル透析剤　６Ｌ
620007543	リンパック透析剤ＴＡ１　２袋
620007544	リンパック透析剤ＴＡ３　２袋
620008806	キンダリー透析剤２Ｅ　２袋
620008808	キンダリー透析剤３Ｅ　２袋
620008809	キンダリー透析剤３Ｄ　３袋
620009543	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　１０１０ｍＬ
620009544	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　２０２０ｍＬ
620820901	キンダリー透析剤ＡＦ１号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620821001	キンダリー透析剤ＡＦ１Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822001	キンダリー透析剤ＡＦ２号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822101	キンダリー透析剤ＡＦ２Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822301	キンダリー透析剤ＡＦ２号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822901	キンダリー透析剤ＡＦ３号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620823001	キンダリー透析剤ＡＦ３Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620823201	キンダリー透析剤ＡＦ３号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
621315901	キドライム　透析剤　Ｔ－３０　２袋
621561701	Ｄドライ透析剤２．５Ｓ　２瓶
621561801	Ｄドライ透析剤３．０Ｓ　２瓶
622054501	キンダリー透析剤ＡＦ４Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622054601	キンダリー透析剤４Ｄ　３袋
622054701	キンダリー透析剤４Ｅ　２袋
622181701	キンダリー透析剤ＡＦ４号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622420401	キンダリー透析剤ＡＦ４号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622530601	Ｄドライ透析剤２．７５Ｓ　２瓶
622836101	キンダリー透析剤５Ｅ　２袋
622836201	キンダリー透析剤ＡＦ５Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622836301	キンダリー透析剤ＡＦ５号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622836401	キンダリー透析剤ＡＦ５号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620008830	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008831	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008832	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008833	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008834	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008835	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008836	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008837	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008838	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008839	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620008840	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008841	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008842	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008843	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008844	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008845	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008846	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008847	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008848	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008849	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620009138	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ
620009139	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620009140	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ
620009141	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009154	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009155	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009156	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009157	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009158	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009159	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009160	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009161	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009162	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009163	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009164	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009165	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009166	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009167	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009168	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009169	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009170	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620009171	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009172	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009173	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009174	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009175	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009176	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009177	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009178	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009179	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009180	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009181	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009182	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009183	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009184	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009185	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009186	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009187	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009188	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009189	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009190	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
620009191	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009192	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009193	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620009194	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009195	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620829801	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
620829901	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ
620830101	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ
620830201	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620830301	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620830401	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620830801	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
620830901	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ
620831201	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620831301	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620831401	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620831901	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ
620832401	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621317201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ
621317301	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621317401	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
621317501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621317601	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ
621317701	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318001	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ
621318101	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621318201	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
621318301	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621318401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ
621318501	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318901	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621319201	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ
621319301	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621492801	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621492901	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501501	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621501601	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621501801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621501901	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502001	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502101	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621502201	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621502301	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621502401	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621502501	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621502601	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502701	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502801	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621502901	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503001	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621503101	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621503201	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621503301	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503401	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621503501	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503601	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621503701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621503801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503901	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621505201	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621505301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621505401	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621563301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621564101	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621628201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ
621633401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ
621633501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621633601	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
622132501	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ
622132601	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622132701	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622299401	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622299501	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622299601	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622299701	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622299801	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622299901	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300001	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300101	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300201	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300301	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622300401	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300501	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300601	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300701	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300801	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622300901	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622301001	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622301101	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622301201	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622301301	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622301401	レギュニール　ＨＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622301501	レギュニール　ＬＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622396501	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ
622396601	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
622396701	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ
622396801	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620002416	注射用ＧＨＲＰ科研１００　１００μｇ（溶解液付）
620003705	ＬＨ－ＲＨ注０．１ｍｇ「タナベ」
620003755	ＴＲＨ注０．５ｍｇ「タナベ」
620007191	アンチレクス静注１０ｍｇ　１％１ｍＬ
620007311	ジアグノグリーン注射用２５ｍｇ　（溶解液付）
620007383	テリパラチド酢酸塩静注用１００旭化成　１００酢酸テリパラチド単位
621194401	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「サワイ」
621194701	プロチレリン酒石酸塩注０．５ｍｇ「ＮＰ」
621194803	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「日医工」
621195201	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
621195401	プロチレリン酒石酸塩注２ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
621196001	ヒトＣＲＨ静注用１００μｇ「タナベ」　（溶解液付）
621196304	インジゴカルミン注２０ｍｇ「ＡＦＰ」　０．４％５ｍＬ
621196404	パラアミノ馬尿酸ソーダ注射液１０％（ＡＦＰ）　２０ｍＬ
621196604	フェノールスルホンフタレイン注０．６％「ＡＦＰ」　１．３ｍＬ
621197401	グルカゴンＧノボ注射用１ｍｇ　（溶解液付）
621515302	グルカゴン注射用１単位「ＩＬＳ」　１Ｕ．Ｓ．Ｐ．単位（溶解液付）
621792802	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621792902	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621921002	アルギニン点滴静注３０ｇ「ＡＹ」　１０％３００ｍＬ
621967502	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
622080102	プロチレリン酒石酸塩注１ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
622256801	イヌリード注　４ｇ４０ｍＬ
622769600	プロチレリン酒石酸塩０．５ｍｇ注射液
622769700	プロチレリン酒石酸塩１ｍｇ１ｍＬ注射液
622769800	プロチレリン酒石酸塩２ｍｇ１ｍＬ注射液
640454036	ヒルトニン０．５ｍｇ注射液
641190002	ヒルトニン１ｍｇ注射液　１ｍＬ
641190003	ヒルトニン２ｍｇ注射液　１ｍＬ
647280004	インジゴカルミン注射液　０．４％５ｍＬ
647280017	フェノールスルホンフタレイン注射液　０．６％１．３ｍＬ
621894701	ゾレア皮下注用１５０ｍｇ
622489001	ヌーカラ皮下注用１００ｍｇ
622586701	ファセンラ皮下注３０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
622680501	ゾレア皮下注７５ｍｇシリンジ　０．５ｍＬ
622680601	ゾレア皮下注１５０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
629906501	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ
629906601	ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ
620004411	ニューモバックスＮＰ　０．５ｍＬ
621150308	ビームゲン注０．２５ｍＬ
621150408	ビームゲン注０．５ｍＬ
622405001	メナクトラ筋注　０．５ｍＬ
622629101	ヘプタバックス－２水性懸濁注シリンジ０．２５ｍＬ
622629201	ヘプタバックス－２水性懸濁注シリンジ０．５ｍＬ
622683901	ラビピュール筋注用　（溶解液付）
622833101	ニューモバックスＮＰシリンジ　０．５ｍＬ
646310001	乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310009	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．２５ｍＬ
646310010	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．５ｍＬ
646310011	組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310024	肺炎球菌ワクチン　０．５ｍＬ
646310025	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）０．２５ｍＬ
646310026	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）　０．５ｍＬ
620005861	破トキ「ビケンＦ」　０．５ｍＬ
640451044	沈降破傷風トキソイドキット「タケダ」　０．５ｍＬ
646320001	沈降破傷風トキソイド　１０ｍＬ
646320003	沈降破傷風トキソイド　０．５ｍＬ
646320005	沈降破傷風トキソイド「生研」　０．５ｍＬ
620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621151601	献血ベニロン－Ｉ静注用１０００ｍｇ
621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621153804	コンファクトＦ注射用２５０
621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
640431015	コンコエイト－ＨＴ
621153904	コンファクトＦ注射用５００
621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621154003	コンファクトＦ注射用１０００
621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622865101	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
621154301	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「ニチヤク」２００国際単位溶解液付
646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
621154501	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「ニチヤク」５００国際単位溶解液付
646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
621755301	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ニチヤク」
621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
621155501	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ニチヤク」
621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621645901	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
620009137	アルブミン－ベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
621157401	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621155407	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
621384901	ファイバ静注用１０００

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
622607401	ガンマガード静注用５ｇ
621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001350	献血ノンスロン５００注射用
621159206	アンスロビンＰ５００注射用
621159207	ノイアート静注用５００単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001351	献血ノンスロン１５００注射用
620003071	ノイアート静注用１５００単位
620003432	アンスロビンＰ１５００注射用
620009201	ベリナートＰ静注用５００
621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622683601	ビリヴィジェン１０％点滴静注５ｇ／５０ｍＬ
622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622683701	ビリヴィジェン１０％点滴静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683801	ビリヴィジェン１０％点滴静注２０ｇ／２００ｍＬ
622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009263	クリスマシンＭ静注用４００単位
622408201	ノバクトＭ静注用５００単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009264	クリスマシンＭ静注用１０００単位
622408301	ノバクトＭ静注用１０００単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622408401	ノバクトＭ静注用２０００単位
620009198	フィブロガミンＰ静注用
629903301	アドベイト静注用キット２５０
629903401	アドベイト静注用キット５００
629903501	アドベイト静注用キット１０００
629903601	アドベイト静注用キット１５００
629903701	アドベイト静注用キット２０００
629903801	アドベイト静注用キット３０００
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
620006788	メドウェイ注２５％
621971601	ベネフィクス静注用５００
621971701	ベネフィクス静注用１０００
621971801	ベネフィクス静注用２０００
622273601	ベネフィクス静注用３０００
622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622950901	キュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622951001	キュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622951101	キュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ
622333001	ノボエイト静注用２５０
622333101	ノボエイト静注用５００
622333201	ノボエイト静注用１０００
622333301	ノボエイト静注用１５００
622333401	ノボエイト静注用２０００
622333501	ノボエイト静注用３０００
622364101	オルプロリクス静注用５００
622364201	オルプロリクス静注用１０００
622364301	オルプロリクス静注用２０００
622364401	オルプロリクス静注用３０００
622426501	オルプロリクス静注用２５０
622608701	オルプロリクス静注用４０００

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622402801	イロクテイト静注用２５０
622402901	イロクテイト静注用５００
622403001	イロクテイト静注用７５０
622403101	イロクテイト静注用１０００
622403201	イロクテイト静注用１５００
622403301	イロクテイト静注用２０００
622403401	イロクテイト静注用３０００
622682501	イロクテイト静注用４０００
622424901	ノボサーティーン静注用２５００
622442001	アコアラン静注用６００
622583901	アコアラン静注用１８００
622623201	アディノベイト静注用キット２５０
622623501	アディノベイト静注用キット５００
622623601	アディノベイト静注用キット１０００
622623701	アディノベイト静注用キット２０００
622646001	アディノベイト静注用キット１５００
622646101	アディノベイト静注用キット３０００
622489301	コバールトリイ静注用２５０
622489401	コバールトリイ静注用５００
622489501	コバールトリイ静注用１０００
622489601	コバールトリイ静注用２０００
622489701	コバールトリイ静注用３０００
622526101	イデルビオン静注用２５０
622526201	イデルビオン静注用５００
622526301	イデルビオン静注用１０００
622526401	イデルビオン静注用２０００
629900101	イデルビオン静注用３５００
622595901	エイフスチラ静注用２５０
622596001	エイフスチラ静注用５００
622596101	エイフスチラ静注用１０００
622596201	エイフスチラ静注用１５００
622596301	エイフスチラ静注用２０００
622596401	エイフスチラ静注用２５００
622596501	エイフスチラ静注用３０００
622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
622647001	レフィキシア静注用５００
622647101	レフィキシア静注用１０００
622647201	レフィキシア静注用２０００
622658001	ジビイ静注用５００
622658101	ジビイ静注用１０００
622658201	ジビイ静注用２０００
622658301	ジビイ静注用３０００
629905101	イスパロクト静注用５００
629905201	イスパロクト静注用１０００
629905301	イスパロクト静注用１５００
629905401	イスパロクト静注用２０００
629905501	イスパロクト静注用３０００
629908001	ボンベンディ静注用１３００
622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
629912801	ヌーイック静注用２５０
629912901	ヌーイック静注用５００
629913001	ヌーイック静注用１０００
629913101	ヌーイック静注用２０００
629913201	ヌーイック静注用２５００
629913301	ヌーイック静注用３０００
629913401	ヌーイック静注用４０００
622367201	バイクロット配合静注用
622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
629926801	アレモ皮下注15mg
629926901	アレモ皮下注60mg
629927001	アレモ皮下注150mg
629925701	オルツビーオ静注用500
629925801	オルツビーオ静注用1000
629925601	オルツビーオ静注用250
629925901	オルツビーオ静注用2000
629926001	オルツビーオ静注用3000
629926101	オルツビーオ静注用4000
620009152	サンドスタチン皮下注用５０μｇ
622507301	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
622830401	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
622504701	オクトレオチド皮下注５０μｇ「あすか」
622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注５０μｇ「サンド」
620009153	サンドスタチン皮下注用１００μｇ
622507401	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
622830501	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
622504801	オクトレオチド皮下注１００μｇ「あすか」
622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注１００μｇ「サンド」
622352101	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット１０ｍｇ
622352201	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット２０ｍｇ
622352301	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット３０ｍｇ
620005691	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「Ｆ」
620008225	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「サワイ」
620005692	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「Ｆ」
620008226	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「サワイ」
622356301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
622344201	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「ファイザー」
622337201	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ヤクルト」
622342601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「テバ」
622360301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工」
622344301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ファイザー」

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622391001	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「サワイ」
644210058	注射用イホマイド１ｇ
620009116	ブスルフェクス点滴静注用６０ｍｇ
644210065	注射用サイメリン５０ｍｇ
644210066	注射用サイメリン１００ｍｇ
640451006	アルケラン静注用５０ｍｇ
621982101	テモダール点滴静注用１００ｍｇ
620007515	メソトレキセート点滴静注液２００ｍｇ
622221301	メソトレキセート点滴静注液１０００ｍｇ
644210049	注射用メソトレキセート５ｍｇ
644210048	注射用メソトレキセート５０ｍｇ
620003714	キロサイド注２０ｍｇ
620003715	キロサイド注４０ｍｇ
620003716	キロサイド注６０ｍｇ
620003717	キロサイド注１００ｍｇ
620003718	キロサイド注２００ｍｇ
620003713	キロサイドＮ注４００ｍｇ
621972001	キロサイドＮ注１ｇ
622283001	シタラビン点滴静注液１ｇ「テバ」
622282901	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「テバ」
620914301	サンラビン点滴静注用１５０ｍｇ
620914401	サンラビン点滴静注用２００ｍｇ
620914501	サンラビン点滴静注用２５０ｍｇ
622460401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５．３ｍＬ「ホスピーラ」
622460501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２６．３ｍＬ「ホスピーラ」
622019601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ホスピーラ」
622062103	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＴＹＫ」
622019701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ホスピーラ」
622062203	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＴＹＫ」
620002600	フルダラ静注用５０ｍｇ
620005897	アラノンジー静注用２５０ｍｇ
622250601	エポルトラ点滴静注２０ｍｇ
620007299	コスメゲン静注用０．５ｍｇ
620005148	アクラシノン注射用２０ｍｇ
620005176	ダウノマイシン静注用２０ｍｇ
620003762	テラルビシン注射用１０ｍｇ
620005206	ピノルビン注射用１０ｍｇ
620003763	テラルビシン注射用２０ｍｇ
620005207	ピノルビン注射用２０ｍｇ
622513101	ピノルビン注射用３０ｍｇ
620008800	イダマイシン静注用５ｍｇ
640462038	カルセド注射用２０ｍｇ
640462039	カルセド注射用５０ｍｇ
620007499	マイロターグ点滴静注用５ｍｇ
640454006	オンコビン注射用１ｍｇ
644210059	注射用フィルデシン１ｍｇ
644210060	注射用フィルデシン３ｍｇ
620004777	ラステット注１００ｍｇ／５ｍＬ
620004760	ベプシド注１００ｍｇ
620008173	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
622101701	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「タイヨー」
622220501	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「ＳＮ」
622903600	エトポシド１００ｍｇ５ｍＬ注射液
622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイヨー」
622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「日医工」
622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
622903800	イリノテカン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
622082001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ「サンド」
622082101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
620005197	ハイカムチン注射用１．１ｍｇ
620003247	ロイナーゼ注用５０００
620003248	ロイナーゼ注用１００００
620004129	シスプラチン注１０ｍｇ「日医工」
620008946	ランダ注１０ｍｇ／２０ｍＬ
620923301	シスプラチン点滴静注１０ｍｇ「マルコ」
620923202	シスプラチン点滴静注液１０ｍｇ「ファイザー」
620004130	シスプラチン注２５ｍｇ「日医工」
620008947	ランダ注２５ｍｇ／５０ｍＬ
620923701	シスプラチン点滴静注２５ｍｇ「マルコ」
620923602	シスプラチン点滴静注液２５ｍｇ「ファイザー」
620004131	シスプラチン注５０ｍｇ「日医工」
620008948	ランダ注５０ｍｇ／１００ｍＬ
620924101	シスプラチン点滴静注５０ｍｇ「マルコ」
620924002	シスプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ファイザー」
620001919	動注用アイエーコール１００ｍｇ
620002591	動注用アイエーコール５０ｍｇ
640454032	ノバントロン注２０ｍｇ
644290005	ノバントロン注１０ｍｇ
620004117	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
622098103	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620004119	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サワイ」
622098203	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620004121	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サワイ」
622098303	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620007300	コホリン静注用７．５ｍｇ
640407072	アクプラ静注用１０ｍｇ
640407073	アクプラ静注用５０ｍｇ
640407074	アクプラ静注用１００ｍｇ
640462007	ロイスタチン注８ｍｇ
620002417	トリセノックス注１０ｍｇ
622394701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「テバ」
622394801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「テバ」
622437301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ＫＣＣ」

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622437401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ＫＣＣ」
622432401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「テバ」
620006806	ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット
621954001	ミリプラ動注用７０ｍｇ
622149401	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ
629912501	ポライビー点滴静注用３０ｍｇ
629912601	ポライビー点滴静注用１４０ｍｇ
629914701	レミトロ点滴静注用３００μｇ
629917001	バドセブ点滴静注用３０ｍｇ
622388101	マブキャンパス点滴静注３０ｍｇ
629917301	ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ
622449301	ヨンデリス点滴静注用０．２５ｍｇ
620004740	ピシバニール注射用０．２ＫＥ
620004741	ピシバニール注射用０．５ＫＥ
620004742	ピシバニール注射用１ＫＥ
620004743	ピシバニール注射用５ＫＥ
620001918	注射用レザフィリン１００ｍｇ
640453024	イムノマックスーγ注５０
646390065	イムネース注３５
622797601	ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ
622622401	ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ
622654901	ビーリンサイト点滴静注用３５μｇ
629911001	アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ
629916001	ユニツキシン点滴静注１７．５ｍｇ／５ｍＬ
622870001	ルタテラ静注
622875201	ライアットＭＩＢＧ－Ｉ１３１静注
648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
620009272	パンオピン皮下注２０ｍｇ
648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
620003067	アンペック注１０ｍｇ
620009277	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「シオノギ」
628504000	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「第一三共」
628504304	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「タケダ」
640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
620003068	アンペック注５０ｍｇ
620009278	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「シオノギ」
628504500	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「第一三共」
628504804	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
621454706	モルヒネ塩酸塩注１００ｍｇシリンジ「テルモ」
620001373	アンペック注２００ｍｇ
620009279	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」
628505102	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「シオノギ」
628505304	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「タケダ」
628513501	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「テルモ」
622135601	オキファスト注１０ｍｇ
622685701	オキシコドン注射液１０ｍｇ「第一三共」
622135701	オキファスト注５０ｍｇ
622685801	オキシコドン注射液５０ｍｇ「第一三共」
622625401	ナルベイン注２ｍｇ
622625501	ナルベイン注２０ｍｇ
648110014	複方オキシコドン注射液
648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
648110002	アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
648110010	弱アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液
648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
648210005	ペチジン塩酸塩注射液
628512804	ペチジン塩酸塩注射液３５ｍｇ「タケダ」
648210006	ペチジン塩酸塩注射液
628513304	ペチジン塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」
621208101	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「第一三共」
621899203	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「テルモ」
621627101	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「第一三共」
621899303	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「テルモ」
621899403	フェンタニル注射液０．５ｍｇ「テルモ」
622905700	フェンタニルクエン酸塩０．００５％２ｍＬ注射液
622905800	フェンタニルクエン酸塩０．００５％５ｍＬ注射液
622905900	フェンタニルクエン酸塩０．００５％１０ｍＬ注射液
620004422	アルチバ静注用２ｍｇ
622486801	レミフェンタニル静注用２ｍｇ「第一三共」
620004423	アルチバ静注用５ｍｇ
622486901	レミフェンタニル静注用５ｍｇ「第一三共」
648210004	ペチロルファン注射液
648210007	弱ペチロルファン注射液
620007335	ソル・コーテフ注射用１００ｍｇ
620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用１００ｍｇ「武田テバ」
620007332	ソル・コーテフ静注用２５０ｍｇ
620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用３００ｍｇ「武田テバ」
620007333	ソル・コーテフ静注用５００ｍｇ
620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用５００ｍｇ「武田テバ」
620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用１０００ｍｇ「武田テバ」
620004661	ケナコルト－Ａ皮内用関節腔内用水懸注５０ｍｇ／５ｍＬ
620004660	ケナコルト－Ａ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ
620002613	リンデロン注２ｍｇ（０．４％）
620003829	リノロサール注射液２ｍｇ（０．４％）
620002614	リンデロン注４ｍｇ（０．４％）
620003830	リノロサール注射液４ｍｇ（０．４％）
620002615	リンデロン注２０ｍｇ（０．４％）
620003831	リノロサール注射液２０ｍｇ（０．４％）
620002616	リンデロン注２０ｍｇ（２％）
620002617	リンデロン注１００ｍｇ（２％）
620525001	デカドロン注射液１．６５ｍｇ
620525101	デキサート注射液１．６５ｍｇ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620525201	オルガドロン注射液１．９ｍｇ
620525301	デカドロン注射液３．３ｍｇ
620525401	デキサート注射液３．３ｍｇ
620525801	オルガドロン注射液３．８ｍｇ
620525601	デカドロン注射液６．６ｍｇ
620525701	デキサート注射液６．６ｍｇ
620525901	オルガドロン注射液１９ｍｇ
620003832	リメタゾン静注２．５ｍｇ
642450087	リンデロン懸濁注
620007356	ソル・メドロール静注用４０ｍｇ
620007357	ソル・メドロール静注用１２５ｍｇ
620007358	ソル・メドロール静注用５００ｍｇ
620007359	ソル・メドロール静注用１０００ｍｇ
620007381	デポ・メドロール水懸注２０ｍｇ
620007382	デポ・メドロール水懸注４０ｍｇ
642450115	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450169	水溶性プレドニン１０ｍｇ
642450116	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450170	水溶性プレドニン２０ｍｇ
642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450171	水溶性プレドニン５０ｍｇ
620894001	サンディミュン点滴静注用２５０ｍｇ
643990141	プログラフ注射液５ｍｇ
622047401	プログラフ注射液２ｍｇ
620008850	スパニジン点滴静注用１００ｍｇ
620008829	シムレクト静注用２０ｍｇ
620008445	シムレクト小児用静注用１０ｍｇ
620009011	ステロネマ注腸３ｍｇ
620009010	ステロネマ注腸１．５ｍｇ
629919601	ウィフガート点滴静注４００ｍｇ
629924801	リスティーゴ皮下注２８０ｍｇ
622949301	ジルビスク皮下注１６．６ｍｇシリンジ
622949401	ジルビスク皮下注２３．０ｍｇシリンジ
622949501	ジルビスク皮下注３２．４ｍｇシリンジ
620008805	エホチール注１０ｍｇ
640461008	ドパミン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
620002175	イノバン注１００ｍｇ
620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＮ」
620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＮＰ」
620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「イセイ」
620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
620002174	イノバン注５０ｍｇ
621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「タイヨー」
620245102	ツルドパミ点滴静注２００ｍｇ
622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「タイヨー」
620002179	塩酸ドパミン注キット２００
620002180	塩酸ドパミン注キット６００
620003194	イノバン注０．１％シリンジ
620003195	イノバン注０．３％シリンジ
620004105	イノバン注０．６％シリンジ
620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「武田テバ」
620246201	ドパミン塩酸塩点滴２００ｍｇバッグニチヤク
621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＫＣＣ」
620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「武田テバ」
620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ニチヤク」
621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＫＣＣ」
620244734	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＩＧ」
621399014	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「ＮＩＧ」
622901200	ドパミン塩酸塩２００ｍｇ１０ｍＬ注射液
622060503	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「ＮＩＧ」
620246306	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」
620246606	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」
642110084	ドブトレックス注射液１００ｍｇ
620005187	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」
621365306	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「ＡＦＰ」
621365316	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「Ｆ」
621365321	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
620247903	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620248003	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620005188	ドブトレックスキット点滴静注用２００ｍｇ
620005189	ドブトレックスキット点滴静注用６００ｍｇ
620003225	ドブポン注０．１％シリンジ
620003226	ドブポン注０．３％シリンジ
620004161	ドブポン注０．６％シリンジ
621512001	ドブタミン持続静注５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
621512101	ドブタミン持続静注１５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
621757901	ドブタミン持続静注３００ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」
620002593	ネオシネジンコーワ注１ｍｇ
620002594	ネオシネジンコーワ注５ｍｇ
642450005	アドレナリン注射液
620517902	ボスミン注１ｍｇ
642450071	ノルアドレナリン注射液
620008384	ノルアドリナリン注１ｍｇ
621371901	アドレナリン注０．１％シリンジ「テルモ」
628704702	エピペン注射液０．１５ｍｇ
628704802	エピペン注射液０．３ｍｇ
641210020	リドカイン注射液
641210093	キシロカイン注射液０．５％

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
641210094	リドカイン注「ＮＭ」０．５％
641210021	リドカイン注射液
641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液
641210022	リドカイン注射液
641210099	キシロカイン注射液１％
641210100	リドカイン注「ＮＭ」１％
641210023	リドカイン注射液
641210102	キシロカイン注射液２％
641210103	リドカイン注「ＮＭ」２％
641210024	リドカイン注射液
641210105	静注用キシロカイン２％
620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」
641210025	リドカイン注射液
621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」
642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008355	アミサリン注１００ｍｇ
642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008356	アミサリン注２００ｍｇ
642120006	インデラル注射液２ｍｇ
621494801	オノアクト点滴静注用５０ｍｇ
622953001	ランジオロール塩酸塩点滴静注用５０ｍｇ「Ｆ」
622953101	ランジオロール塩酸塩点滴静注用１５０ｍｇ「Ｆ」
622094701	コアベータ静注用１２．５ｍｇ
622422801	オノアクト点滴静注用１５０ｍｇ
640462042	ブレビブロック注１００ｍｇ
620004782	リスモダンＰ静注５０ｍｇ
620005243	ワソラン静注５ｍｇ
620009200	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「タイヨー」
620008940	メキシチール点滴静注１２５ｍｇ
620262301	シベノール静注７０ｍｇ
620007361	タンボコール静注５０ｍｇ
620002584	シンビット静注用５０ｍｇ
640443003	サンリズム注射液５０
620002610	リドカイン静注用２％シリンジ「テルモ」
620004876	アンカロン注１５０
622609302	アミオダロン塩酸塩静注１５０ｍｇ「ＴＥ」
620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用１０ｍｇ「日医工」
620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用５０ｍｇ「日医工」
640407031	ヘルベッサー注射用２５０
620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用２５０ｍｇ「サワイ」
621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用２５０ｍｇ「日医工」
621958501	ヘルベッサー注射用１０
620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」
621958601	ヘルベッサー注射用５０
620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」
621406001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「サワイ」
621267001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「日医工」
621405904	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「ＳＮ」
620002948	スロンノンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ
620002974	ノバスタンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620003192	アルガトロバン注シリンジ１０ｍｇ「ＮＰ」
620002252	チトラミン液「フソー」－４％
620812203	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」
621824702	ヘパリンカルシウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621824802	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」
621825002	ヘパリンカルシウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
621824902	ヘパリンＣａ注射液５万単位／５０ｍＬ「サワイ」
621825102	ヘパリンＣａ注射液１０万単位／１００ｍＬ「サワイ」
622458001	ヘパリンＣａ皮下注１万単位／０．４ｍＬ「サワイ」
621933401	ヘパリンカルシウム皮下注５千単位／０．２ｍＬシリンジ「モチダ」
643330011	ヘパリンナトリウム注射液
620812504	ヘパリンナトリウム注Ｎ５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」
620006725	ヘパリンナトリウム注射液
621825302	ヘパリンＮａ注５千単位／５ｍＬ「モチダ」
620006728	ヘパリンナトリウム注射液
621825802	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621825602	ヘパリンナトリウム注Ｎ１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」
621825704	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ニプロ」
621825502	ヘパリンＮａ注１万単位／１０ｍＬ「モチダ」
620006734	ヘパリンナトリウム注射液
621826102	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」
621826004	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ニプロ」
620006739	ヘパリンナトリウム注射液
621826402	ヘパリンナトリウム注１０万単位／１００ｍＬ「ＡＹ」
620006312	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ
621832801	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「ＮＳ」２０ｍＬ
621701902	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日新」
621699702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＫＣＣ」
621757301	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬ「ＨＫ」
621673901	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日医工」
620812701	フラグミン静注５０００単位／５ｍＬ
621702702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「サワイ」
621673102	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＡＦＰ」
620007360	ダルテパリンＮａ静注５千単位／５ｍＬシリンジ「ＨＫ」
621994801	ダルテパリンＮａ静注２５００単位／１０ｍＬシリンジ「ニプロ」
621994901	ダルテパリンＮａ静注３０００単位／１２ｍＬシリンジ「ニプロ」
621995001	ダルテパリンＮａ静注４０００単位／１６ｍＬシリンジ「ニプロ」
621995101	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／２０ｍＬシリンジ「ニプロ」
620006789	リコモジュリン点滴静注用１２８００
621373901	オルガラン静注１２５０単位
620006203	ウロナーゼ静注用６万単位
620006202	ウロナーゼ冠動注用１２万単位
620006267	デフィブラーゼ点滴静注液１０単位
643950056	アクチバシン注６００万
643950059	グルトパ注６００万
643950057	アクチバシン注１２００万
643950060	グルトパ注１２００万
643950058	アクチバシン注２４００万
643950061	グルトパ注２４００万
620007270	クリアクター静注用４０万
620007271	クリアクター静注用８０万
620006213	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645001	オザグレルＮａ静注液２０ｍｇ「日医工」
621536405	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＦＹ」
620006214	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645201	オザグレルＮａ静注液８０ｍｇ「日医工」
621536201	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「ケミファ」
621536902	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＩＰ」
621696901	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「トーワ」
620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液８０ｍｇ「ＪＤ」
621754402	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「ケミファ」
621537002	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＩＰ」
621697101	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「トーワ」
620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液４０ｍｇ「ＪＤ」
621536301	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「ケミファ」
621645402	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＩＰ」
621697001	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」
621536505	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＦＹ」
621536605	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＦＹ」
621947801	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621645101	オザグレルＮａ静注液４０ｍｇ「日医工」
640463085	注射用カタクロット２０ｍｇ
640463048	キサンボン注射用２０ｍｇ
620002253	注射用オザグレルナトリウム２０ｍｇ「Ｆ」
621484101	オザグレルＮａ注射用２０ｍｇ「ＳＷ」
621484201	オザグレルＮａ静注用２０ｍｇ「日医工」
640463086	注射用カタクロット４０ｍｇ
640463049	キサンボン注射用４０ｍｇ
620002254	注射用オザグレルナトリウム４０ｍｇ「Ｆ」
621484501	オザグレルＮａ注射用４０ｍｇ「ＳＷ」
621519104	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「武田テバ」
621519204	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「武田テバ」
621519304	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「武田テバ」
620008180	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇシリンジ「サワイ」
621645502	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「ＩＰ」
620005647	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇバッグ「サワイ」
622093801	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「タカタ」
622263401	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「テルモ」
621660005	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／２００ｍＬバッグ「ＦＹ」
620008178	オザグレルＮａ注射液２０ｍｇシリンジ「サワイ」
620008179	オザグレルＮａ注射液４０ｍｇシリンジ「サワイ」
622462201	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＩＰ」
621643701	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「タカタ」
620002925	カタクロット注射液２０ｍｇ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620002933	キサンボンＳ注射液２０ｍｇ
620002926	カタクロット注射液４０ｍｇ
620002934	キサンボンＳ注射液４０ｍｇ
621808401	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「タカタ」
621808501	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「タカタ」
622873901	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「トーワ」
620004184	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620004185	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620004187	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＡＴ」
620766038	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
620766730	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　１００ｍＬ
620766906	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　２５０ｍＬ
620767120	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　５００ｍＬ
621537104	リドカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
621537204	リドカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621537304	リドカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
621537404	リドカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621698403	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621698504	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
622933500	ドパミン塩酸塩２００ｍｇ１０ｍＬ注射液
622933400	ドパミン塩酸塩５０ｍｇ２．５ｍＬ注射液
620005181	チョコラＡ筋注５万単位
622458503	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ＮＩＧ」　１ｍＬ
640443023	オキサロール注２．５μｇ　１ｍＬ
622466701	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「日医工」　１ｍＬ
622471001	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ニプロ」　１ｍＬ
622456003	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
622458603	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ＮＩＧ」　１ｍＬ
640443024	オキサロール注５μｇ　１ｍＬ
622466801	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「日医工」　１ｍＬ
622471101	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ニプロ」　１ｍＬ
622514201	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「トーワ」　１ｍＬ
622456103	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
622456203	マキサカルシトール静注透析用１０μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
640443025	オキサロール注１０μｇ　１ｍＬ
622466901	マキサカルシトール静注透析用１０μｇ「日医工」　１ｍＬ
622605601	マキサカルシトール静注透析用シリンジ２．５μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622605701	マキサカルシトール静注透析用シリンジ２．５μｇ「フソー」　１ｍＬ
622605801	マキサカルシトール静注透析用シリンジ５μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622605901	マキサカルシトール静注透析用シリンジ５μｇ「フソー」　１ｍＬ
622606001	マキサカルシトール静注透析用シリンジ１０μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622606101	マキサカルシトール静注透析用シリンジ１０μｇ「フソー」　１ｍＬ
640451015	ロカルトロール注０．５　０．５μｇ１ｍＬ
622430001	カルシトリオール静注液０．５μｇ「Ｆ」　１ｍＬ
640451016	ロカルトロール注１　１μｇ１ｍＬ
622430101	カルシトリオール静注液１μｇ「Ｆ」　１ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620680303	チアミン塩化物塩酸塩注５ｍｇ「フソー」
620008385	ビタミンＢ１注１０ｍｇ「イセイ」
620680505	チアミン塩化物塩酸塩注２０ｍｇ「フソー」
620680604	チアミン塩化物塩酸塩注射液５０ｍｇ「ツルハラ」
643120216	メタボリン注射液５０ｍｇ
620680603	チアミン塩化物塩酸塩注５０ｍｇ「フソー」
640454001	アリナミンＦ５注　５ｍｇ
640454002	アリナミンＦ１０注　１０ｍｇ
620683603	フルスルチアミン注１０ｍｇ「トーワ」
643120013	アリナミンＦ２５注　２５ｍｇ１０ｍＬ
620683903	フルスルチアミン静注２５ｍｇ「トーワ」　１０ｍＬ
620684102	フルスルチアミン注５０ｍｇ「日新」　２０ｍＬ
643120014	アリナミンＦ５０注　５０ｍｇ２０ｍＬ
643120012	アリナミンＦ１００注　１００ｍｇ２０ｍＬ
620004719	バイオゲン静注５０ｍｇ　２０ｍＬ
640463002	アリナミン注射液１０ｍｇ
643130150	フラビタン注５ｍｇ
620693501	ＦＡＤ注１０ｍｇ「わかもと」
643130151	フラビタン注射液１０ｍｇ
620694501	ＦＡＤ注２０ｍｇ「わかもと」
643130152	フラビタン注射液２０ｍｇ
620694801	ＦＡＤ注３０ｍｇ「わかもと」
643130186	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１ｍｇ
643130187	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　５ｍｇ
620695105	リボフラビン注射液１０ｍｇ「日医工」
643130189	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　２０ｍｇ
643130074	ニコチン酸注射液　２０ｍｇ
643130075	ニコチン酸注射液　５０ｍｇ
643130108	パントシン注５％　１００ｍｇ
620699101	パンテチン注２００ｍｇ「イセイ」
643130107	パントシン注１０％　２００ｍｇ
643130103	パントール注射液１００ｍｇ
620699501	パンテノール注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
643130104	パントール注射液２５０ｍｇ
620699802	パンテノール注２５０ｍｇ「ＫＣＣ」
643130105	パントール注射液５００ｍｇ
620700102	パンテノール注５００ｍｇ「ＫＣＣ」
620704103	ピリドキシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」
643130333	ビーシックス注「フソー」－１０ｍｇ
643130199	ピリドキシン塩酸塩注射液　３０ｍｇ
640433063	ピドキサール注１０ｍｇ
620003787	ピリドキサール注１０ｍｇ「イセイ」
620705402	ピリドキサール注３０ｍｇ「杏林」
640433064	ピドキサール注３０ｍｇ
643130211	葉酸注射液　１５ｍｇ
620005225	マスブロン注１ｍｇ
620007483	フレスミンＳ注射液１０００μｇ　１ｍｇ
643130059	シアノコバラミン注射液　１００μｇ
620008367	シアノコバラミン注射液１ｍｇ「ツルハラ」
620711401	メコバラミン注５００μｇ「イセイ」　０．５ｍｇ
643130224	メチコバール注射液５００μｇ　０．５ｍｇ
621669801	メコバラミン注５００μｇシリンジ「ＮＰ」　１ｍＬ
620009258	アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「サワイ」
643140021	ビタシミン注射液１００ｍｇ
643140003	アスコルビン酸注射液　２００ｍｇ
620009259	アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「サワイ」
643140039	ビタシミン注射液５００ｍｇ
620712704	アスコルビン酸注１ｇ「ＮＰ」
620712803	アスコルビン酸注射液２０００ｍｇ「トーワ」　２ｇ
621652101	アスコルビン酸注５００ｍｇＰＢ「日新」
643140011	クリストファン注　２０ｍＬ
620717601	ケイツーＮ静注１０ｍｇ
620005166	サプビタン静注　５ｍＬ
643180005	ダイビタミックス注　２ｍＬ
620723302	ジアイナ配合静注液　１０ｍＬ
643180007	ネオラミン・スリービー液（静注用）　１０ｍＬ
643180017	ビタメジン静注用
643180004	シーパラ注　２ｍＬ
643180039	オーツカＭＶ注　１瓶１管
643180040	マルタミン注射用
640407176	ダイメジン・マルチ注
620006287	ビタジェクト注キット　２筒
620004739	ビオチン注１ｍｇ「フソー」
620005208	フェジン静注４０ｍｇ　２ｍＬ
622676601	フェインジェクト静注５００ｍｇ　１０ｍＬ
622926501	モノヴァー静注５００ｍｇ　５ｍＬ
622926601	モノヴァー静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ１０ｍＬ
620002577	Ｋ．Ｃ．Ｌ．点滴液１５％　２０ｍＬ
620733601	Ｌ－アスパラギン酸カリウム点滴１０ｍＥｑ日新１７．１２％１０ｍＬ
620002554	アスパラカリウム注１０ｍＥｑ　１７．１２％１０ｍＬ
620004635	アスパラギン酸カリウム注１０ｍＥｑテルモ　１７．１２％１０ｍＬ
622676501	アセレンド注１００μｇ　２ｍＬ
643910004	アスパラ注射液　１０％１０ｍＬ
621480003	シザナリン配合点滴静注液　２ｍＬ
643220007	エレメンミック注　２ｍＬ
640433074	ボルビックス注　２ｍＬ
640463129	ミネラミック注　２ｍＬ
640462027	メドレニック注シリンジ　２ｍＬ
620006212	エレジェクト注シリンジ　２ｍＬ
621702901	ミネリック－５配合点滴静注シリンジ　２ｍＬ
640463127	ボルビサール注　２ｍＬ
620735124	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
620735909	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　２５０ｍＬ
620736119	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　５００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620155647	ブドウ糖注射液２０％「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
643230018	キシリトール注射液　２０％２０ｍＬ
643250036	ハイ・プレアミン注－１０％　２０ｍＬ
640454043	プロテアミン１２注射液　１２％２００ｍＬ
620007525	モリアミンＳ注　１０％２００ｍＬ
620007526	モリプロンＦ輸液　２００ｍＬ
620007186	アミパレン輸液　２００ｍＬ
620007187	アミパレン輸液　３００ｍＬ
620007188	アミパレン輸液　４００ｍＬ
620007177	アミニック輸液　２００ｍＬ
620006195	アミゼットＢ輸液　２００ｍＬ
620002278	プレアミン－Ｐ注射液　２００ｍＬ
643250033	ハイ・プレアミンＳ注－１０％　２０ｍＬ
620007474	プラスアミノ輸液　２００ｍＬ
620007475	プラスアミノ輸液　５００ｍＬ
620007439	ピーエヌツイン－１号輸液
620007440	ピーエヌツイン－２号輸液
620007441	ピーエヌツイン－３号輸液
620007373	ツインパル輸液　５００ｍＬ
620007374	ツインパル輸液　１Ｌ
620007512	ミキシッドＬ輸液　９００ｍＬ
620007511	ミキシッドＨ輸液　９００ｍＬ
620006301	フルカリック１号輸液　９０３ｍＬ
622210502	フルカリック１号輸液　１３５４．５ｍＬ
620006303	フルカリック２号輸液　１００３ｍＬ
622210602	フルカリック２号輸液　１５０４．５ｍＬ
620006305	フルカリック３号輸液　１１０３ｍＬ
620007404	ネオパレン１号輸液　１０００ｍＬ
620007405	ネオパレン１号輸液　１５００ｍＬ
620007407	ネオパレン２号輸液　１０００ｍＬ
620007408	ネオパレン２号輸液　１５００ｍＬ
620007437	パレセーフ輸液　５００ｍＬ
620007454	ビーフリード輸液　５００ｍＬ
620007455	ビーフリード輸液　１Ｌ
622336401	パレプラス輸液　５００ｍＬ
622336501	パレプラス輸液　１０００ｍＬ
622447001	エルネオパＮＦ１号輸液　１０００ｍＬ
622447201	エルネオパＮＦ１号輸液　１５００ｍＬ
622447401	エルネオパＮＦ１号輸液　２０００ｍＬ
622447101	エルネオパＮＦ２号輸液　１０００ｍＬ
622447301	エルネオパＮＦ２号輸液　１５００ｍＬ
622447501	エルネオパＮＦ２号輸液　２０００ｍＬ
622621301	ワンパル１号輸液　８００ｍＬ
622621401	ワンパル１号輸液　１２００ｍＬ
622621501	ワンパル２号輸液　８００ｍＬ
622621601	ワンパル２号輸液　１２００ｍＬ
622840401	エネフリード輸液　５５０ｍＬ
622840501	エネフリード輸液　１１００ｍＬ
620007167	アデラビン９号注１ｍＬ
620007168	アデラビン９号注２ｍＬ
620007206	イントラリポス輸液１０％　２５０ｍＬ
620007208	イントラリポス輸液２０％　１００ｍＬ
620007209	イントラリポス輸液２０％　２５０ｍＬ
620007207	イントラリポス輸液２０％　５０ｍＬ

別紙17　別表１

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ａ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧（案）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
Ａ　１　動脈圧測定（動脈ライン）	160074010	観血的動脈圧測定（１時間以内）
	160074210	観血的動脈圧測定（１時間超）
Ａ　２　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
Ａ　３　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	160074310	中心静脈圧測定（４回以下）
	160074410	中心静脈圧測定（５回以上）
Ａ　４　人工呼吸器の管理	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140063810	人工呼吸（５時間超１５日目以降）
	140023510	人工呼吸（５時間超１４日目まで）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）
	140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）
	140064050	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）
	140064450	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）
	140064350	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）
	140064750	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）
Ａ　５　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトＦ注射用２５０
	622885801	コンファクトＦ静注用２５０単位
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	640431015	コンコエイト－ＨＴ
	621153904	コンファクトＦ注射用５００
	622885901	コンファクトＦ静注用５００単位
	621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトＦ注射用１０００
	622886001	コンファクトＦ静注用１０００単位
	621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622865101	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
	621154302	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「タケダ」
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
	621154502	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「タケダ」
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
	621755302	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「タケダ」
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
	621155502	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「タケダ」
	620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
	620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621645902	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	620009137	アルブミン－ベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
	621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621157403	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
	621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
	621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
	621157607	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「タケダ」
	621157611	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「タケダ」
	621384901	ファイバ静注用１０００
	620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
	622607401	ガンマガード静注用５ｇ
	621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
	621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
	646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
	621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
	646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
	621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001350	献血ノンスロン５００注射用
	621159207	ノイアート静注用５００単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001351	献血ノンスロン１５００注射用
	620003071	ノイアート静注用１５００単位
	620009201	ベリナートＰ静注用５００
	622926301	ベリナート皮下注用２０００
	621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
	621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
	622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
	622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009263	クリスマシンＭ静注用４００単位
	622408201	ノバクトＭ静注用５００単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009264	クリスマシンＭ静注用１０００単位
	622408301	ノバクトＭ静注用１０００単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622408401	ノバクトＭ静注用２０００単位
	620009198	フィブロガミンＰ静注用
	629903301	アドベイト静注用キット２５０
	629903401	アドベイト静注用キット５００
	629903501	アドベイト静注用キット１０００
	629903601	アドベイト静注用キット１５００
	629903701	アドベイト静注用キット２０００
	629903801	アドベイト静注用キット３０００
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
	622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
	622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
	622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
	640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
	621971601	ベネフィクス静注用５００
	621971701	ベネフィクス静注用１０００
	621971801	ベネフィクス静注用２０００
	622273601	ベネフィクス静注用３０００
	622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
	622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622950901	ギュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622951001	ギュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622951101	ギュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ
	622333001	ノボエイト静注用２５０
	622333101	ノボエイト静注用５００
	622333201	ノボエイト静注用１０００
	622333301	ノボエイト静注用１５００
	622333401	ノボエイト静注用２０００
	622333501	ノボエイト静注用３０００
	622364101	オルプロリクス静注用５００
	622364201	オルプロリクス静注用１０００
	622364301	オルプロリクス静注用２０００
	622364401	オルプロリクス静注用３０００
	622426501	オルプロリクス静注用２５０
	622608701	オルプロリクス静注用４０００
	622402801	イロクテイト静注用２５０
	622402901	イロクテイト静注用５００
	622403001	イロクテイト静注用７５０
	622403101	イロクテイト静注用１０００
	622403201	イロクテイト静注用１５００
	622403301	イロクテイト静注用２０００
	622403401	イロクテイト静注用３０００
	622682501	イロクテイト静注用４０００
	622424901	ノボサーティーン静注用２５００
	622442001	アコアラン静注用６００
	622583901	アコアラン静注用１８００
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０
	622623501	アディノベイト静注用キット５００
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００
	622489301	コバールトリイ静注用２５０
	622489401	コバールトリイ静注用５００
	622489501	コバールトリイ静注用１０００
	622489601	コバールトリイ静注用２０００
	622489701	コバールトリイ静注用３０００
	622526101	イデルビオン静注用２５０
	622526201	イデルビオン静注用５００
	622526301	イデルビオン静注用１０００
	622526401	イデルビオン静注用２０００
	629900101	イデルビオン静注用３５００
	622595901	エイフスチラ静注用２５０
	622596001	エイフスチラ静注用５００
	622596101	エイフスチラ静注用１０００
	622596201	エイフスチラ静注用１５００
	622596301	エイフスチラ静注用２０００
	622596401	エイフスチラ静注用２５００
	622596501	エイフスチラ静注用３０００
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
	622647001	レフィキンア静注用５００
	622647101	レフィキンア静注用１０００
	622647201	レフィキンア静注用２０００
	622658001	ジピイ静注用５００
	622658101	ジピイ静注用１０００
	622658201	ジピイ静注用２０００
	622658301	ジピイ静注用３０００
	629905101	イスパロクト静注用５００
	629905201	イスパロクト静注用１０００
	629905301	イスパロクト静注用１５００
	629905401	イスパロクト静注用２０００
	629905501	イスパロクト静注用３０００
	629908001	ボンベンディ静注用１３００
	622842901	リンスバッド点滴静注用1000mg
	629912801	ヌーイック静注用２５０
	629912901	ヌーイック静注用５００
	629913001	ヌーイック静注用１０００
	629913101	ヌーイック静注用２０００
	629913201	ヌーイック静注用２５００
	629913301	ヌーイック静注用３０００
	629913401	ヌーイック静注用４０００
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
	629926801	アレモ皮下注15mg
	629926901	アレモ皮下注60mg
	629927001	アレモ皮下注150mg
	629925701	オルツビーオ静注用500
	629925801	オルツビーオ静注用1000
	629925601	オルツビーオ静注用250
	629925901	オルツビーオ静注用2000
	629926001	オルツビーオ静注用3000
	629926101	オルツビーオ静注用4000
	150224810	自家採血輸血（１回目）
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）
	150224910	保存血液輸血（１回目）
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）
	150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
Ａ　６　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	160075010	観血的肺動脈圧測定（２時間超）
	160183910	観血的肺動脈圧測定（１時間以内又は１時間につき）
Ａ　７　特殊な治療法等 （CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA）	140029850	持続緩徐式血液濾過
	140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）
	140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）
	150148010	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（初日）
	150148110	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（２日目以降）
	150262910	経皮的心肺補助法（初日）
	150275710	経皮的心肺補助法（２日目以降）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150266210	補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150301810	補助人工心臓（３１日目以降）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150360210	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（２日目以降３０日目まで）
	150360310	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（３１日目以降９０日目まで）
	150360410	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（９１日目以降）
	150382650	小児補助人工心臓（初日）
	150382750	小児補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150382850	小児補助人工心臓（３１日目以降）
	160074610	頭蓋内圧持続測定
	160103010	頭蓋内圧持続測定（３時間超）
	150147610	人工心肺（初日）
	150147910	人工心肺（２日目以降）
	150428510	体外式膜型人工肺（初日）
	150428410	体外式膜型人工肺（２日目以降）
	150395450	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（初日）
	150395550	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（２日目以降）

別紙18　別表１

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ａ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧（案）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
Ａ　1　創傷処置（褥瘡の処置を除く）	140000610	創傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140000710	創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140000810	創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140000910	創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140001010	創傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140062110	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）
	140062210	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）
	140062310	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）
	140032010	熱傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140032110	熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140032210	熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036510	熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036610	熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140034830	電撃傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140034930	電撃傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035030	電撃傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035130	電撃傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035230	電撃傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140035430	薬傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140035530	薬傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140035630	薬傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140035730	薬傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140035830	薬傷処置（６０００ｃｍ２以上）
	140036030	凍傷処置（１００ｃｍ２未満）
	140036130	凍傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）
	140036230	凍傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）
	140036330	凍傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）
	140036430	凍傷処置（６０００ｃｍ２以上）
Ａ　2　蘇生術の施行	140009010	救命のための気管内挿管
	140010210	非開胸的心マッサージ
	140051410	カウンターショック（非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合）
	140010310	カウンターショック（その他）
	150106210	気管切開術
	150140010	開胸心臓マッサージ
Ａ　3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器装着の場合を除く）	140005610	酸素吸入
	140005750	突発性難聴に対する酸素療法
	140005810	酸素テント
	140009450	無水アルコール吸入療法
	140023650	無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）
	140063950	無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）
	140009650	酸素吸入（マイクロアダプター）
	140023850	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）
	140064150	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）
Ａ　4　注射薬剤３種類以上の管理	別紙18 別表２の薬剤を除く、注射薬剤の種類数	
Ａ　5　動脈圧測定（動脈ライン）	160074010	観血的動脈圧測定（１時間以内）
	160074210	観血的動脈圧測定（１時間超）
Ａ　6　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
Ａ　7　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	160074310	中心静脈圧測定（４回以下）
	160074410	中心静脈圧測定（５回以上）
Ａ　8　人工呼吸器の管理	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140063810	人工呼吸（５時間超１５日目以降）
	140023510	人工呼吸（５時間超１４日目まで）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）
	140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）
	140064050	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）
	140064450	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）
	140064350	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）
	140064750	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）
Ａ　9　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
	621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
	621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
	621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
	621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトＦ注射用２５０
	622885801	コンファクトＦ静注用２５０単位
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	640431015	コンコエイトーＨＴ
	621153904	コンファクトＦ注射用５００
	622885901	コンファクトＦ静注用５００単位
	621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトＦ注射用１０００
	622886001	コンファクトＦ静注用１０００単位
	621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622865101	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
	621154302	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「タケダ」
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
	621154502	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「タケダ」
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
	621755302	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「タケダ」
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
	621155502	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「タケダ」
	620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
	620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
	621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621645902	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	620009137	アルブミン－ベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
	621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
	621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
	621157403	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
	621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
	621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
	621157607	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「タケダ」
	621157611	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「タケダ」
	621384901	ファイバ静注用１０００
	620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
	622607401	ガンマガード静注用５ｇ
	621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
	621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
	646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
	621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
	646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
	621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
	621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001350	献血ノンスロン５００注射用
	621159207	ノイアート静注用５００単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001351	献血ノンスロン１５００注射用
	620003071	ノイアート静注用１５００単位
	620009201	ベリナートＰ静注用５００
	622926301	ベリナート皮下注用２０００
	621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
	621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
	621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
	621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
	622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
	622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ
	622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
	622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
	622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
	622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009263	クリスマシンＭ静注用４００単位
	622408201	ノバクトＭ静注用５００単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009264	クリスマシンＭ静注用１０００単位
	622408301	ノバクトＭ静注用１０００単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622408401	ノバクトＭ静注用２０００単位
	620009198	フィブロガミンＰ静注用
	629903301	アドベイト静注用キット２５０
	629903401	アドベイト静注用キット５００
	629903501	アドベイト静注用キット１０００
	629903601	アドベイト静注用キット１５００
	629903701	アドベイト静注用キット２０００
	629903801	アドベイト静注用キット３０００
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
	622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
	622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
	622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
	640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	621450602	ヘプスブリンＩＨ静注１０００単位
	621971601	ベネフィクス静注用５００
	621971701	ベネフィクス静注用１０００
	621971801	ベネフィクス静注用２０００
	622273601	ベネフィクス静注用３０００
	622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
	622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622950901	キュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
	622951001	キュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
	622951101	キュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ
	622333001	ノボエイト静注用２５０
	622333101	ノボエイト静注用５００
	622333201	ノボエイト静注用１０００
	622333301	ノボエイト静注用１５００
	622333401	ノボエイト静注用２０００
	622333501	ノボエイト静注用３０００
	622364101	オルプロリクス静注用５００
	622364201	オルプロリクス静注用１０００
	622364301	オルプロリクス静注用２０００
	622364401	オルプロリクス静注用３０００
	622426501	オルプロリクス静注用２５０
	622608701	オルプロリクス静注用４０００
	622402801	イロクテイト静注用２５０
	622402901	イロクテイト静注用５００
	622403001	イロクテイト静注用７５０
	622403101	イロクテイト静注用１０００
	622403201	イロクテイト静注用１５００
	622403301	イロクテイト静注用２０００
	622403401	イロクテイト静注用３０００
	622682501	イロクテイト静注用４０００
	622424901	ノボサーティーン静注用２５００
	622442001	アコアラン静注用６００
	622583901	アコアラン静注用１８００
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０
	622623501	アディノベイト静注用キット５００
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００
	622489301	コバールトリイ静注用２５０
	622489401	コバールトリイ静注用５００
	622489501	コバールトリイ静注用１０００
	622489601	コバールトリイ静注用２０００
	622489701	コバールトリイ静注用３０００
	622526101	イデルビオン静注用２５０
	622526201	イデルビオン静注用５００
	622526301	イデルビオン静注用１０００
	622526401	イデルビオン静注用２０００
	629900101	イデルビオン静注用３５００
	622595901	エイフスチラ静注用２５０
	622596001	エイフスチラ静注用５００
	622596101	エイフスチラ静注用１０００
	622596201	エイフスチラ静注用１５００
	622596301	エイフスチラ静注用２０００
	622596401	エイフスチラ静注用２５００
	622596501	エイフスチラ静注用３０００
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
	622647001	レフィキシア静注用５００
	622647101	レフィキシア静注用１０００
	622647201	レフィキシア静注用２０００
	622658001	ジビイ静注用５００
	622658101	ジビイ静注用１０００
	622658201	ジビイ静注用２０００
	622658301	ジビイ静注用３０００
	629905101	イスパロクト静注用５００
	629905201	イスパロクト静注用１０００
	629905301	イスパロクト静注用１５００
	629905401	イスパロクト静注用２０００
	629905501	イスパロクト静注用３０００
	629908001	ボンベンディ静注用１３００
	622842901	リンスバッド点滴静注用1000mg
	629912801	ヌーイック静注用２５０
	629912901	ヌーイック静注用５００
	629913001	ヌーイック静注用１０００
	629913101	ヌーイック静注用２０００
	629913201	ヌーイック静注用２５００
	629913301	ヌーイック静注用３０００
	629913401	ヌーイック静注用４０００
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
	629926801	アレモ皮下注15mg
	629926901	アレモ皮下注60mg
	629927001	アレモ皮下注150mg
	629925701	オルツビーオ静注用500
	629925801	オルツビーオ静注用1000
	629925601	オルツビーオ静注用250
	629925901	オルツビーオ静注用2000
	629926001	オルツビーオ静注用3000
	629926101	オルツビーオ静注用4000
	150224810	自家採血輸血（１回目）
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）
	150224910	保存血液輸血（１回目）
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）
	150327510	自己血貯血（６歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）
Ａ　10　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	160075010	観血的肺動脈圧測定（２時間超）
	160183910	観血的肺動脈圧測定（１時間以内又は１時間につき）
Ａ　11　特殊な治療法等 （CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA）	140029850	持続緩徐式血液濾過
	140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）
	140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）
	150148010	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（初日）
	150148110	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（２日目以降）
	150262910	経皮的心肺補助法（初日）
	150275710	経皮的心肺補助法（２日目以降）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150266210	補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150301810	補助人工心臓（３１日目以降）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150360210	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（２日目以降３０日目まで）
	150360310	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（３１日目以降９０日目まで）
	150360410	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（９１日目以降）
	150382650	小児補助人工心臓（初日）
	150382750	小児補助人工心臓（２日目以降３０日目まで）
	150382850	小児補助人工心臓（３１日目以降）
	160074610	頭蓋内圧持続測定
	160103010	頭蓋内圧持続測定（３時間超）
	150147610	人工心肺（初日）
	150147910	人工心肺（２日目以降）
	150428510	体外式膜型人工肺（初日）
	150428410	体外式膜型人工肺（２日目以降）
	150395450	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（初日）
	150395550	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（２日目以降）

別紙18　別表２

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ａ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧の「Ａ４　注射薬剤３種類以上の管理」において、薬剤の種類数の対象から除くもの（案）

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620000225	グルアセト３５注　５００ｍＬ
620000226	グルアセト３５注　２５０ｍＬ
620000237	生理食塩液　１．３Ｌ
620000238	生理食塩液　１．５Ｌ
620000239	生理食塩液　２Ｌ
620001328	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．３Ｌ
620001893	大塚食塩注１０％　２０ｍＬ
620002215	生食注シリンジ「ＮＰ」　１０ｍＬ
620002216	生食注シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
620002471	カーミパック生理食塩液Ｌ　１．５Ｌ
620002569	塩化ナトリウム注１モルシリンジ「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620002570	塩化ナトリウム注１０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002947	１０％食塩注シリンジ「タイヨー」　２０ｍＬ
620004100	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
620004101	アセトキープ３Ｇ注　２００ｍＬ
620004136	生食注シリンジ「オーツカ」５ｍＬ
620004137	生理食塩液「ヒカリ」　２５０ｍＬ
620004322	１０％食塩注「小林」　２０ｍＬ
620004658	ＫＣＬ注１０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル１０ｍＬ
620004659	ＫＣＬ注２０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル２０ｍＬ
620005681	ニソリM注　２５０ｍＬ
620005682	ニソリM注　５００ｍＬ
620005702	ペロール注　３００ｍＬ
620005703	ペロール注　５００ｍＬ
620005704	ペンライブ注　２００ｍＬ
620005705	ペンライブ注　３００ｍＬ
620005706	ペンライブ注　５００ｍＬ
620005818	塩化ナトリウム注１０％「日新」　２０ｍＬ
620006186	アステマリン３号MG輸液　５００ｍＬ
620006236	生理食塩液バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006237	生理食塩液バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006238	生理食塩液バッグ「フソー」　１Ｌ
620006246	ソルアセトＦ輸液　５００ｍＬ
620006247	ソルアセトＦ輸液　１Ｌ
620006248	ソルアセトD輸液　２５０ｍＬ
620006249	ソルアセトD輸液　５００ｍＬ
620006250	ソルマルト輸液　２００ｍＬ
620006251	ソルマルト輸液　５００ｍＬ
620006252	ソルラクトＳ輸液　２５０ｍＬ
620006253	ソルラクトＳ輸液　５００ｍＬ
620006254	ソルラクトＴＭＲ輸液　２５０ｍＬ
620006255	ソルラクトＴＭＲ輸液　５００ｍＬ
620006256	ソルラクトD輸液　２５０ｍＬ
620006257	ソルラクトD輸液　５００ｍＬ
620006258	ソルラクト輸液　２５０ｍＬ
620006259	ソルラクト輸液　５００ｍＬ
620006260	ソルラクト輸液　１Ｌ
620006274	ニソリ輸液　５００ｍＬ
620006285	ヒシナルク３号輸液　２００ｍＬ
620006286	ヒシナルク３号輸液　５００ｍＬ
620006330	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006331	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006333	リプラス１号輸液　２００ｍＬ
620006334	リプラス１号輸液　５００ｍＬ
620006335	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006336	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006337	リプラス３号輸液　２００ｍＬ
620006338	リプラス３号輸液　５００ｍＬ
620006347	リン酸２カリウム注２０ｍＥｑキット「テルモ」　０．５モル２０ｍＬ
620006610	塩化ナトリウム注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620006622	生食液５００ｍＬ「ＣＭＸ」
620006623	生食注２０ｍＬ「ＣＭＸ」
620006624	生理食塩液バッグ「フソー」　１．５Ｌ
620006625	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006626	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５０ｍＬ
620006627	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006628	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006629	生理食塩液ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006630	生理食塩液ＰＬ「フソー」　１Ｌ
620006631	生理食塩液ＰＬ「フソー」　２Ｌ
620006632	生理食塩液「フソー」　５ｍＬ
620006766	リンゲル液「オーツカ」　５００ｍＬ
620007164	アクマルト輸液　５００ｍＬ
620007192	ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007230	塩化Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007245	大塚生食注２ポート１００ｍＬ
620007277	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
620007282	ＫＮＭＧ３号輸液　５００ｍＬ
620007284	ＫＮ１号輸液　２００ｍＬ
620007285	ＫＮ１号輸液　５００ｍＬ
620007286	ＫＮ２号輸液　５００ｍＬ
620007288	ＫＮ３号輸液　２００ｍＬ
620007289	ＫＮ３号輸液　５００ｍＬ
620007290	ＫＮ４号輸液　５００ｍＬ
620007291	ＫＣＬ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007315	１０％ＥＬ－３号輸液　５００ｍＬ
620007337	ソルデム１輸液　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620007338	ソルデム１輸液　５００ｍＬ
620007339	ソルデム２輸液　２００ｍＬ
620007340	ソルデム２輸液　５００ｍＬ
620007341	ソルデム３ＡＧ輸液　２００ｍＬ
620007342	ソルデム３ＡＧ輸液　５００ｍＬ
620007343	ソルデム３Ａ輸液　２００ｍＬ
620007344	ソルデム３Ａ輸液　５００ｍＬ
620007345	ソルデム３Ａ輸液　１Ｌ
620007346	ソルデム３ＰＧ輸液　２００ｍＬ
620007347	ソルデム３ＰＧ輸液　５００ｍＬ
620007348	ソルデム３輸液　２００ｍＬ
620007349	ソルデム３輸液　５００ｍＬ
620007354	ソルデム６輸液　２００ｍＬ
620007355	ソルデム６輸液　５００ｍＬ
620007378	デノサリン１輸液　２００ｍＬ
620007379	デノサリン１輸液　５００ｍＬ
620007396	トリフリード輸液　５００ｍＬ
620007397	トリフリード輸液　１Ｌ
620007403	乳酸Ｎａ補正液１ｍＥｑ／ｍＬ　１モル２０ｍＬ
620007434	ハルトマン－Ｇ３号輸液　５００ｍＬ
620007435	ハルトマン－Ｇ３号輸液　２００ｍＬ
620007444	ビカーボン輸液　５００ｍＬ
620007494	ポタコールＲ輸液　２５０ｍＬ
620007495	ポタコールＲ輸液　５００ｍＬ
620007531	ラクテックＧ輸液　２５０ｍＬ
620007532	ラクテックＧ輸液　５００ｍＬ
620007533	ラクテックＧ輸液　１Ｌ
620007535	ラクテックＤ輸液　５００ｍＬ
620008176	大塚生食注２ポート５０ｍＬ
620008404	リンゲル液「フソー」　５００ｍＬ
620008529	生食注シリンジ「オーツカ」１０ｍＬ
620008530	生食注シリンジ「オーツカ」２０ｍＬ
620008857	生食注シリンジ「ＳＮ」５ｍＬ
620008858	生食注シリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ
620008859	生食注シリンジ「ＳＮ」２０ｍＬ
620009265	生食液ＮＳ　５ｍＬ
620009562	生食注シリンジ「ＮＰ」　５ｍＬ
620765806	塩化ナトリウム注１０％「ＨＫ」　２０ｍＬ
620765904	生理食塩液「ＮＰ」　５ｍＬ
620766006	生理食塩液「ＮＰ」　２０ｍＬ
620766024	生理食塩液「ヒカリ」　２０ｍＬ
620766032	生理食塩液「マイラン」　２０ｍＬ
620766034	生食注２０ｍＬ「Ｈｐ」
620766727	生理食塩液「マイラン」　１００ｍＬ
620766904	生理食塩液「マイラン」　２５０ｍＬ
620767118	生理食塩液「マイラン」　５００ｍＬ
620767302	生理食塩液「ＮＰ」　５００ｍＬ
620767310	生理食塩液「ＡＹ」　５００ｍＬ
620767507	エポプロステノール静注ヤンセン専用溶解液（生理食塩液）　５０ｍＬ
620767704	生食液バッグ１００ｍＬ「ＣＭＸ」
620767902	生理食塩液「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620768401	生食注キット「フソー」　１００ｍＬ
620769401	サリンヘス輸液６％　５００ｍＬ
620791601	ヘスパンダー輸液　５００ｍＬ
620793801	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
620794204	リナセートＤ輸液　５００ｍＬ
620795601	サヴィオゾール輸液　５００ｍＬ
620797301	フィジオ７０輸液　５００ｍＬ
620797401	フィジオ３５輸液　２５０ｍＬ
620797501	フィジオ３５輸液　５００ｍＬ
621311001	フィジオ１４０輸液　２５０ｍＬ
621311101	フィジオ１４０輸液　５００ｍＬ
621514701	ハルトマン輸液「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514801	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　５００ｍＬ
621514901	ハルトマン輸液ｐＨ８「ＮＰ」　１Ｌ
621554802	ユエキンキープ３号輸液　２００ｍＬ
621554902	ユエキンキープ３号輸液　５００ｍＬ
621560603	テルモ生食　１．３Ｌ
621572001	ＫＣＬ補正液キット２０ｍＥｑ　０．４モル５０ｍＬ
621621301	フィジオゾール３号輸液　５００ｍＬ
621672103	生食注シリンジ「テバ」２０ｍＬ
621672202	生食注シリンジ「テバ」１０ｍＬ
621672303	生食注シリンジ「テバ」５ｍＬ
621695101	アクメインＤ輸液　５００ｍＬ
621753501	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　２００ｍＬ
621753601	アセテート維持液３Ｇ「ＨＫ」　５００ｍＬ
621956601	生食注キット「フソー」　５０ｍＬ
621969101	塩化Ｎａ補正液２．５ｍＥｑ／ｍＬ　２．５モル２０ｍＬ
621969501	塩化アンモニウム補正液５ｍＥｑ／ｍＬ　５モル２０ｍＬ
622016601	ビカネイト輸液　５００ｍＬ
622016701	ビカネイト輸液　１Ｌ
622046601	リン酸Ｎａ補正液０．５ｍｍｏｌ／ｍＬ　０．５モル２０ｍＬ
622100901	ソリューゲンＧ注　２００ｍＬ
622121101	アクマルト輸液　２００ｍＬ
622121202	アクメインＤ輸液　２００ｍＬ
622130601	生食注シリンジ「テルモ」５ｍＬ
622130701	生食注シリンジ「テルモ」１０ｍＬ
622132801	生食注シリンジ「テルモ」２０ｍＬ
622132901	ソルアセトＤ輸液　２００ｍＬ
622133001	テルモ生食ＴＫ　５０ｍＬ
622250401	ボルベン輸液６％　５００ｍＬ
622344502	リナセートＤ輸液　２００ｍＬ
622344601	ソリタックスーＨ輸液　５００ｍＬ
622344701	ソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622344801	ソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622344901	ソリターＴ２号輸液　２００ｍＬ
622345001	ソリターＴ２号輸液　５００ｍＬ
622345101	ソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622345201	ソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622345301	ソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622345401	ソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622345501	ソリターＴ４号輸液　２００ｍＬ
622345601	ソリターＴ４号輸液　５００ｍＬ
622445901	ＹＤソリターＴ１号輸液　２００ｍＬ
622446001	ＹＤソリターＴ１号輸液　５００ｍＬ
622446101	ＹＤソリターＴ３号輸液　２００ｍＬ
622446201	ＹＤソリターＴ３号輸液　５００ｍＬ
622446301	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　２００ｍＬ
622446401	ＹＤソリターＴ３号Ｇ輸液　５００ｍＬ
622507501	生食注シリンジ５０ｍＬ「ニプロ」
622572001	アクチット輸液　２００ｍＬ
622572101	アクチット輸液　５００ｍＬ
622572201	ヴィーンＦ輸液　５００ｍＬ
622572301	ヴィーンＤ輸液　２００ｍＬ
622572401	ヴィーンＤ輸液　５００ｍＬ
622572501	ヴィーン３Ｇ輸液　２００ｍＬ
622572601	ヴィーン３Ｇ輸液　５００ｍＬ
622574501	リナセートＦ輸液　５００ｍＬ
622702401	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
622702501	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
622791701	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
622804301	アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
622804401	エスロンＢ注　５００ｍＬ
622804601	ソリューゲンＧ注　５００ｍＬ
622829801	クリニザルツ輸液　５００ｍＬ
622829901	グルアセト３５注　５００ｍＬ
622830001	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
622830101	ハルトマン－Ｇ３号輸液　５００ｍＬ
622830201	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
622842200	生理食塩液　２００ｍＬ
622842201	生理食塩液バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406034	大塚生食注ＴＮ　５０ｍＬ
640406207	ラクトリンゲルＭ注「フソー」　２００ｍＬ
640407051	生食溶解液キットＨ　５０ｍＬ
640407056	テルモ生食　２５０ｍＬ
640407166	ソリューゲンＦ注　５００ｍＬ
640412008	エスロンＢ注　２００ｍＬ
640412033	ソリューゲンＧ注　３００ｍＬ
640412045	低分子デキストランＬ注　２５０ｍＬ
640412105	生理食塩液　１００ｍＬ
640412107	生理食塩液　２５０ｍＬ
640412109	テルモ生食ＴＫ　１００ｍＬ
640421007	生食液ＮＳ　２０ｍＬ
640421008	大塚生食注　５００ｍＬ
640421009	大塚生食注　５００ｍＬ
640421010	大塚生食注　１Ｌ
640421011	大塚生食注　１Ｌ
640441013	生食注「トーワ」　２０ｍＬ
640441019	テルモ生食　１００ｍＬ
640460009	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
640463101	ハルトマンＤ液「小林」　５００ｍＬ
643310004	１０％塩化ナトリウム注射液　２０ｍＬ
643310086	ニソリ・Ｓ注　５００ｍＬ
643310102	ハルトマン液「コバヤシ」　５００ｍＬ
643310155	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ
643310156	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310157	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310170	リンゲル液　５００ｍＬ
643310181	生理食塩液　５ｍＬ
643310182	生理食塩液　２０ｍＬ
643310183	生理食塩液　１００ｍＬ
643310184	生理食塩液　２００ｍＬ
643310185	生理食塩液　２５０ｍＬ
643310187	生理食塩液　５００ｍＬ
643310188	生理食塩液　１Ｌ
643310190	大塚生食注　２０ｍＬ
643310209	テルモ生食　５００ｍＬ
643310210	テルモ生食　１Ｌ
643310213	ニソリＭ注　５００ｍＬ
643310214	ニソリＭ注　２５０ｍＬ
643310223	ラクトリンゲル液″フソー″　２００ｍＬ
643310225	大塚生食注　１００ｍＬ
643310226	大塚生食注　２５０ｍＬ
643310284	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　５００ｍＬ
643310286	生理食塩液　５００ｍＬ
643310287	生理食塩液　１Ｌ
643310328	ラクトリンゲル液″フソー″　５００ｍＬ
643310329	ラクトリンゲル液″フソー″　１Ｌ
643310330	ラクトリンゲルＭ注「フソー」　５００ｍＬ
643310332	エスロンＢ注　５００ｍＬ
643310335	生理食塩液　５０ｍＬ
643310336	低分子デキストランＬ注　５００ｍＬ
643310337	低分子デキストラン糖注（大塚製薬工場）　５００ｍＬ
643310343	ペンライブ注　５００ｍＬ
643310347	ラクテック注　５００ｍＬ
643310348	ラクテック注　１Ｌ
643310356	大塚生食注　５０ｍＬ
643310384	ラクトリンゲルＳ注「フソー」　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
643310391	ラクトリンゲルM注「フソー」　５００ｍＬ
643310394	ラクトリンゲルM注「フソー」　２００ｍＬ
643310397	リンゲル液　５００ｍＬ
643310402	ペンライブ注　２００ｍＬ
643310403	ペンライブ注　３００ｍＬ
643310406	アルトフェッド注射液　２００ｍＬ
643310407	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310408	アルトフェッド注射液　５００ｍＬ
643310415	生食液「小林」　５ｍＬ
643310429	生理食塩液「ヒカリ」　５０ｍＬ
643310434	生理食塩液「ヒカリ」　１００ｍＬ
643310445	生理食塩液「ヒカリ」　５００ｍＬ
643310450	カーミパック生理食塩液　５００ｍＬ
643310452	生理食塩液「ヒカリ」　１Ｌ
643310454	カーミパック生理食塩液　１Ｌ
643310473	大塚生食注ＴＮ　１００ｍＬ
643310476	大塚生食注　２５０ｍＬ
643310486	ソリューゲンG注　５００ｍＬ
643310491	フルクトラクト注　２００ｍＬ
643310492	フルクトラクト注　５００ｍＬ
643310493	ペロール注　３００ｍＬ
643310494	ペロール注　５００ｍＬ
643310497	ラクテック注　２５０ｍＬ
643310508	生食溶解液キットＨ　１００ｍＬ
620767311	生食液バッグ５００ｍＬ「ＣＭＸ」
622830800	生理食塩液
622830801	大塚生食注
622902900	生理食塩液１０ｍＬキット
621672203	生食注シリンジ「ＮＩＧ」１０ｍＬ
621672104	生食注シリンジ「ＮＩＧ」２０ｍＬ
622903000	生理食塩液５ｍＬキット
621672304	生食注シリンジ「ＮＩＧ」５ｍＬ
621606302	ハルトマンＤ液「フソー」
622830002	ハルトマンＤ液「フソー」
620001315	大塚糖液５０％　２００ｍＬ
620001316	大塚糖液５０％　５００ｍＬ
620001317	光糖液１０％　５００ｍＬ
620001892	キシリトール注２０％（大塚製薬工場）　２０ｍＬ
620001947	キシリトール注射液　５％２００ｍＬ
620001948	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
620002399	キシリトール注「ヒカリ」５％　５００ｍＬ
620002599	ブドウ糖注５０％シリンジ「テルモ」　２０ｍＬ
620002935	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
620003059	キリット注５％　３００ｍＬ
620003091	キリット注５％　５００ｍＬ
620004172	光糖液５％　２５０ｍＬ
620004173	光糖液２０％　５００ｍＬ
620004174	光糖液３０％　５００ｍＬ
620004396	果糖注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620004397	キシリトール注５％「フソー」　２００ｍＬ
620004398	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004399	キシリトール注５％「フソー」　５００ｍＬ
620004400	キシリトール注１０％「フソー」　２０ｍＬ
620004401	キシリトール注２０％「フソー」　２０ｍＬ
620006218	カロナリーＨ輸液　７００ｍＬ
620006219	カロナリーＭ輸液　７００ｍＬ
620006220	カロナリーＬ輸液　７００ｍＬ
620006268	テルモ糖注５％　２５０ｍＬ
620006269	テルモ糖注５％　５００ｍＬ
620006292	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
620006293	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006294	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２００ｍＬ
620006634	テルモ糖注５％　１００ｍＬ
620006635	テルモ糖注１０％　５００ｍＬ
620006636	テルモ糖注５０％　２００ｍＬ
620006637	テルモ糖注５０％　５００ｍＬ
620006641	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006642	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　１００ｍＬ
620006643	ブドウ糖注５％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006645	ブドウ糖注１０％バッグ「フソー」　５００ｍＬ
620006646	ブドウ糖注１０％ＰＬ「フソー」　５００ｍＬ
620006647	ブドウ糖注２０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006648	ブドウ糖注４０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620006649	ブドウ糖注５０％ＰＬ「フソー」　２０ｍＬ
620007246	大塚糖液５％２ポート１００ｍＬ
620007416	ハイカリックＲＦ輸液　２５０ｍＬ
620007417	ハイカリックＲＦ輸液　５００ｍＬ
620007419	ハイカリックＮＣ－Ｈ輸液　７００ｍＬ
620007421	ハイカリックＮＣ－Ｎ輸液　７００ｍＬ
620007423	ハイカリックＮＣ－Ｌ輸液　７００ｍＬ
620007507	マルトス輸液１０％　２５０ｍＬ
620007508	マルトス輸液１０％　５００ｍＬ
620008177	大塚糖液５％２ポート５０ｍＬ
620155611	ブドウ糖注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620155634	光糖液２０％　２０ｍＬ
620155640	ブドウ糖注射液２０％「マイラン」　２０ｍＬ
620155641	ブドウ糖注２０％ＰＬ「Ｈｐ」　２０ｍＬ
620155645	糖液注２０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620155714	光糖液５０％　２０ｍＬ
620155716	糖液注５０％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ
620735116	光糖液５％　２０ｍＬ
620735118	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２０ｍＬ
620735119	ブドウ糖注５％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
620735121	糖液注５％「ＡＦＰ」　２０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620735907	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　２５０ｍＬ
620736117	ブドウ糖注射液５％「マイラン」　５００ｍＬ
620737702	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　２５０ｍＬ
620738002	ブドウ糖注５％「ＮＰ」　５００ｍＬ
620738010	ブドウ糖注射液「ＡＹ」５％　５００ｍＬ
620738011	小林糖液５％　５００ｍＬ
620740001	マルトース輸液１０％「フソー」　５００ｍＬ
620740601	マルトース輸液１０％「フソー」　２００ｍＬ
620741309	キシリトール注２０％「ＮＰ」　２０ｍＬ
620745601	リハビックスーＫ１号輸液　５００ｍＬ
620745701	リハビックスーＫ２号輸液　５００ｍＬ
621626501	キシリトール注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621646001	ブドウ糖注５％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
621651401	ブドウ糖注２０％シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
622133101	テルモ糖注ＴＫ　５％５０ｍＬ
622688901	マンニットールＳ注射液　３００ｍＬ
622842300	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
622842301	ブドウ糖注５％バッグ「フソー」　２００ｍＬ
640406035	大塚糖液５％ＴＮ　５０ｍＬ
640407023	５％糖液キットＨ　５０ｍＬ
640407024	５％糖液キットＨ　１００ｍＬ
640408013	２０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640412067	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
640412069	ブドウ糖注射液　５０％２００ｍＬ
640412070	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
640412071	ブドウ糖注射液　７０％３５０ｍＬ
640412102	果糖注射液　５％２００ｍＬ
640412103	果糖注射液　５％５００ｍＬ
640412110	テルモ糖注ＴＫ　５％１００ｍＬ
640412111	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
640412112	ブドウ糖注射液　１０％２０ｍＬ
640421002	２０％ブドウ糖注「日医工」　２０ｍＬ
640431047	ブドウ糖注２０％「ＣＭＸ」　２０ｍＬ
640450010	５％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460006	５０％ブドウ糖注射液「ニッシン」　２０ｍＬ
640460011	光糖液５％　５００ｍＬ
643230011	キシリトール注射液　５％３００ｍＬ
643230012	キシリトール注射液　５％５００ｍＬ
643230013	キシリトール注射液　１０％２０ｍＬ
643230026	ハイカリック液－１号　７００ｍＬ
643230027	ハイカリック液－２号　７００ｍＬ
643230032	ブドウ糖注射液　５％２０ｍＬ
643230034	ブドウ糖注射液　５％１００ｍＬ
643230035	ブドウ糖注射液　５％２００ｍＬ
643230036	ブドウ糖注射液　５％２５０ｍＬ
643230038	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230039	ブドウ糖注射液　５％１Ｌ
643230042	ブドウ糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230048	ブドウ糖注射液　５０％２０ｍＬ
643230050	ブドウ糖注射液　５０％３００ｍＬ
643230052	ブドウ糖注射液　５０％５００ｍＬ
643230076	果糖注射液　５％５００ｍＬ
643230077	果糖注射液　５％１Ｌ
643230081	果糖注射液　２０％２０ｍＬ
643230089	大塚糖液１０％　２０ｍＬ
643230090	大塚糖液５％　２０ｍＬ
643230176	ハイカリック液－３号　７００ｍＬ
643230212	大塚糖液５％　１００ｍＬ
643230230	ブドウ糖注射液　５％５００ｍＬ
643230251	大塚糖液５％　５０ｍＬ
643230252	ブドウ糖注射液　５０％１００ｍＬ
643230253	ブドウ糖注射液　１０％５００ｍＬ
643230254	ブドウ糖注射液　５％５０ｍＬ
643230267	光糖液５％　５０ｍＬ
643230270	光糖液５％　１００ｍＬ
643230274	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230282	小林糖液５％　５００ｍＬ
643230283	光糖液５％　５００ｍＬ
643230287	大塚糖液５％　５００ｍＬ
643230297	大塚糖液１０％　５００ｍＬ
643230298	大塚糖液２０％　２０ｍＬ
643230314	大塚糖液４０％　２０ｍＬ
643230317	大塚糖液５０％　２０ｍＬ
643230346	２０％フルクトン注　２０ｍＬ
643230390	キシリトール注射液２０％「トーワ」　２０ｍＬ
643230406	大塚糖液５％ＴＮ　１００ｍＬ
643230411	大塚糖液５％　２５０ｍＬ
643230412	大塚糖液７０％　３５０ｍＬ
620003682	イオパミロン注１５０　３０．６２％５０ｍＬ
620003683	イオパミロン注１５０　３０．６２％２００ｍＬ
620003684	イオパミロン注３００　６１．２４％２０ｍＬ
620003685	イオパミロン注３００　６１．２４％５０ｍＬ
620003686	イオパミロン注３００　６１．２４％１００ｍＬ
620003687	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％５０ｍＬ
620003688	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％８０ｍＬ
620003689	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１００ｍＬ
620003690	イオパミロン注３７０　７５．５２％２０ｍＬ
620003691	イオパミロン注３７０　７５．５２％５０ｍＬ
620003692	イオパミロン注３７０　７５．５２％１００ｍＬ
620003693	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％５０ｍＬ
620003694	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％８０ｍＬ
620003695	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％１００ｍＬ
620003697	イソビスト注２４０　５１．２６％１０ｍＬ
620003698	イソビスト注３００　６４．０８％１０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620004304	ウログラフイン注６０％　２０ｍＬ
620004305	ウログラフイン注６０％　１００ｍＬ
620004306	ウログラフイン注７６％　２０ｍＬ
620005214	プロスコープ３００注シリンジ１００ｍＬ　６２．３４％
620005215	プロスコープ３００注２０ｍＬ　６２．３４％
620005216	プロスコープ３００注５０ｍＬ　６２．３４％
620005217	プロスコープ３００注１００ｍＬ　６２．３４％
620005218	プロスコープ３７０注２０ｍＬ　７６．８９％
620005219	プロスコープ３７０注５０ｍＬ　７６．８９％
620005220	プロスコープ３７０注１００ｍＬ　７６．８９％
620005697	プロスコープ３００注シリンジ５０ｍＬ　６２．３４％
620005698	プロスコープ３００注シリンジ８０ｍＬ　６２．３４％
620007447	ビジパーク２７０注２０ｍＬ　５４．９７％
620007448	ビジパーク２７０注５０ｍＬ　５４．９７％
620007449	ビジパーク２７０注１００ｍＬ　５４．９７％
620007450	ビジパーク３２０注５０ｍＬ　６５．１５％
620007451	ビジパーク３２０注１００ｍＬ　６５．１５％
620009142	オムニパーク２４０注シリンジ１００ｍＬ　５１．７７％
620009143	オムニパーク３００注シリンジ５０ｍＬ　６４．７１％
620009144	オムニパーク３００注シリンジ８０ｍＬ　６４．７１％
620009145	オムニパーク３００注シリンジ１００ｍＬ　６４．７１％
620009146	オムニパーク３００注シリンジ１２５ｍＬ　６４．７１％
620009147	オムニパーク３００注シリンジ１５０ｍＬ　６４．７１％
620009148	オムニパーク３５０注シリンジ７０ｍＬ　７５．４９％
620009149	オムニパーク３５０注シリンジ１００ｍＬ　７５．４９％
621176405	リピオドール４８０注１０ｍＬ
621183101	ビリスコピン点滴静注５０　１０．５５％１００ｍＬ
621183301	イオパミドール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183402	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621183701	イオパミドール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621183802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621184101	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184202	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184501	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621184602	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621184901	イオパミドール１５０注５０ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185101	イオパミドール１５０注２００ｍＬ「Ｆ」　３０．６２％
621185301	イオパミドール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621185603	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185703	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
621185802	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621185901	イオパミドール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621186003	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186103	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
621186501	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621187201	オムニパーク１４０注５０ｍＬ　３０．２０％
621187301	オムニパーク１４０注２２０ｍＬ　３０．２０％
621187401	オムニパーク１８０注１０ｍＬ　３８．８２％
621187501	オムニパーク２４０注１０ｍＬ　５１．７７％
621187601	オムニパーク２４０注２０ｍＬ　５１．７７％
621187701	オムニパーク２４０注５０ｍＬ　５１．７７％
621187801	オムニパーク２４０注１００ｍＬ　５１．７７％
621187901	オムニパーク３００注１０ｍＬ　６４．７１％
621188001	オムニパーク３００注２０ｍＬ　６４．７１％
621188601	オムニパーク３００注５０ｍＬ　６４．７１％
621188701	オムニパーク３００注１００ｍＬ　６４．７１％
621188801	オムニパーク３５０注２０ｍＬ　７５．４９％
621188901	オムニパーク３５０注５０ｍＬ　７５．４９％
621189001	オムニパーク３５０注１００ｍＬ　７５．４９％
621189701	オプチレイ３２０注２０ｍＬ　６７．８％
621189801	オプチレイ３２０注５０ｍＬ　６７．８％
621189901	オプチレイ２４０注シリンジ１００ｍＬ　５０．９％
621190001	オプチレイ３２０注シリンジ７５ｍＬ　６７．８％
621190101	オプチレイ３２０注シリンジ１００ｍＬ　６７．８％
621190201	オプチレイ３２０注１００ｍＬ　６７．８％
621190301	オプチレイ３５０注２０ｍＬ　７４．１％
621190401	オプチレイ３５０注５０ｍＬ　７４．１％
621190501	オプチレイ３５０注１００ｍＬ　７４．１％
621190701	イオメロン３００注２０ｍＬ　６１．２４％
621190801	イオメロン３００注５０ｍＬ　６１．２４％
621190901	イオメロン３００注１００ｍＬ　６１．２４％
621191001	イオメロン３５０注２０ｍＬ　７１．４４％
621191101	イオメロン３５０注５０ｍＬ　７１．４４％
621191201	イオメロン３５０注１００ｍＬ　７１．４４％
621191401	イオメロン４００注５０ｍＬ　８１．６５％
621191501	イオメロン４００注１００ｍＬ　８１．６５％
621191601	イオメロン３００注シリンジ５０ｍＬ　６１．２４％
621191701	イオメロン３００注シリンジ１００ｍＬ　６１．２４％
621191801	イオメロン３５０注シリンジ５０ｍＬ　７１．４４％
621191901	イオメロン３５０注シリンジ１００ｍＬ　７１．４４％
621451301	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621451401	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621451501	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
621452002	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452102	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452202	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621452302	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452702	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621452902	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621453002	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621453102	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453202	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621453302	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621453402	イオヘキソール３５０注１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
621453501	オムニパーク３００注１５０ｍＬ　６４．７１％
621490402	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490502	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621490601	イオメロン３００注シリンジ７５ｍＬ　６１．２４％
621490701	イオメロン３５０注シリンジ７５ｍＬ　７１．４４％
621493001	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
621534901	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
621535102	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535202	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535302	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535402	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
621535502	イオヘキソール３５０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621535602	イオヘキソール３５０注５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
621695401	イオヘキソール３００注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
621728802	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「Ｆ」　５１．７７％
621728902	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
621758502	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621758602	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621782301	イオパミドール３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621834101	イオパミドール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834201	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　６１．２４％
621834301	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621834401	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
621892301	イオメロン３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７１．４４％
621922401	オプチレイ３５０注シリンジ１００ｍＬ　７４．１％
621928003	イオプロミド３００注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928103	イオプロミド３００注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928203	イオプロミド３００注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928303	イオプロミド３００注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928403	イオプロミド３００注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928503	イオプロミド３００注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　６２．３４％
621928603	イオプロミド３７０注２０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928703	イオプロミド３７０注５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928803	イオプロミド３７０注１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621928903	イオプロミド３７０注シリンジ５０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929003	イオプロミド３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
621929103	イオプロミド３７０注シリンジ１００ｍＬ「ＢＹＬ」　７６．８９％
622027101	イオヘキソール３００注１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027201	イオヘキソール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027301	イオヘキソール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622027402	イオパミドール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027502	イオパミドール３７０注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622027602	イオパミドール３００注２０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027702	イオパミドール３００注５０ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027802	イオパミドール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６１．２４％
622027902	イオパミドール３７０注２０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028002	イオパミドール３７０注５０ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622028102	イオパミドール３７０注１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622030802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「Ｆ」　７５．４９％
622059902	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622067703	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067803	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622067901	オムニパーク３００注シリンジ１１０ｍＬ　６４．７１％
622074101	イオヘキソール３００注シリンジ５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074201	イオヘキソール３００注シリンジ８０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074301	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622074401	イオヘキソール３００注シリンジ１５０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622090603	イオパミドール３７０注シリンジ５０ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622104702	イオヘキソール３００注シリンジ１２５ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622104802	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＦＦ」　７５．４９％
622154401	イオヘキソール３００注１００ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622157902	イオヘキソール２４０注シリンジ１００ｍＬ「ＦＦ」　５１．７７％
622177401	イオパミロン注３７０シリンジ　７５．５２％６５ｍＬ
622179201	プロスコープ３７０注シリンジ５０ｍＬ　７６．８９％
622179301	プロスコープ３７０注シリンジ８０ｍＬ　７６．８９％
622179401	プロスコープ３７０注シリンジ１００ｍＬ　７６．８９％
622213602	イオパミドール３００注シリンジ１５０ｍＬ「Ｆ」　６１．２４％
622267501	オムニパーク３５０注シリンジ４５ｍＬ　７５．４９％
622286602	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「Ｆ」　６４．７１％
622347001	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＨＫ」　６４．７１％
622347101	イオヘキソール３５０注シリンジ７０ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622347201	イオヘキソール３５０注シリンジ１００ｍＬ「ＨＫ」　７５．４９％
622376902	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「Ｆ」　７５．５２％
622432202	イオヘキソール３００注シリンジ１１０ｍＬ「ＦＦ」　６４．７１％
622432302	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＦＦ」　７５．５２％
622450501	イオパミドール３７０注シリンジ６５ｍＬ「ＨＫ」　７５．５２％
622547001	オプチレイ３５０注シリンジ１３５ｍＬ　７４．１％
622765700	イオパミドール（３００）５０ｍＬ注射液　６１．２４％
622765800	イオパミドール（３００）１００ｍＬ注射液　６１．２４％
622765900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬ注射液　７５．５２％
622766100	イオパミドール（１５０）５０ｍＬ注射液　３０．６２％
622766300	イオパミドール（３００）２０ｍＬ注射液　６１．２４％
622766400	イオパミドール（３００）１００ｍＬキット　６１．２４％
622766500	イオパミドール（３００）５０ｍＬキット　６１．２４％
622766600	イオパミドール（３００）８０ｍＬキット　６１．２４％
622766700	イオパミドール（３７０）８０ｍＬキット　７５．５２％
622766800	イオパミドール（３７０）２０ｍＬ注射液　７５．５２％
622766900	イオパミドール（３７０）５０ｍＬキット　７５．５２％
622767000	イオパミドール（３００）１５０ｍＬキット　６１．２４％
622767100	イオパミドール（３７０）６５ｍＬキット　７５．５２％
622768400	イオヘキソール（３５０）１００ｍＬキット　７５．４９％
622769000	イオヘキソール（３００）１００ｍＬ注射液　６４．７１％
622849000	イオパミドール（３７０）１００ｍＬキット　７５．５２％

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622853201	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１３０ｍＬ
622853301	イオパミロン注３００シリンジ　６１．２４％１５０ｍＬ
647210004	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
647210005	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210006	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　７６％２０ｍＬ
647210013	イオタラム酸ナトリウム注射液　６６．８％２０ｍＬ
647210015	イオタラム酸メグルミン注射液　３０％２２０ｍＬ
647210016	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％２０ｍＬ
647210017	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％５０ｍＬ
647210018	イオタラム酸メグルミン注射液　６０％１００ｍＬ
622766200	イオパミドール（１５０）２００ｍＬ注射液
620003833	レボビスト注射用　２．５ｇ（溶解液付）
620005210	フルオレサイト静注５００ｍｇ　１０％５ｍＬ
620005898	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％５ｍＬ
620005899	ＥＯＢ・プリモビスト注シリンジ　１８．１４３％１０ｍＬ
620007248	オムニスキャン静注３２％　３２．３％２０ｍＬ
620007249	オムニスキャン静注３２％シリンジ５ｍＬ　３２．３％
620007250	オムニスキャン静注３２％シリンジ１０ｍＬ　３２．３％
620007251	オムニスキャン静注３２％シリンジ１５ｍＬ　３２．３％
620007252	オムニスキャン静注３２％シリンジ２０ｍＬ　３２．３％
620007319	ソナゾイド注射用１６μＬ　（溶解液付）
621198901	プロハンス静注５ｍＬ
621199001	プロハンス静注１５ｍＬ
621199101	プロハンス静注２０ｍＬ
621199201	プロハンス静注１０ｍＬ
621453902	マグネスコープ静注３８％シリンジ１０ｍＬ　３７．６９５％
621454002	マグネスコープ静注３８％シリンジ１５ｍＬ　３７．６９５％
621454102	マグネスコープ静注３８％シリンジ２０ｍＬ　３７．６９５％
621464301	プロハンス静注シリンジ１３ｍＬ
621464401	プロハンス静注シリンジ１７ｍＬ
622396901	マグネスコープ静注３８％シリンジ１１ｍＬ　３７．６９５％
622397001	マグネスコープ静注３８％シリンジ１３ｍＬ　３７．６９５％
622404301	スクラッチダニアレルゲンエキストリイ１０万ＪＡＵ／ｍＬ　１ｍＬ
622410801	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ５ｍＬ　６０．４７％
622411101	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ７．５ｍＬ　６０．４７％
622411201	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌシリンジ１０ｍＬ　６０．４７％
622455401	アレルゲンスクラッチエキス陽性液トリイヒスタミン二塩酸塩　２ｍＬ
622624101	ガドテリドール静注シリンジ１３ｍＬ「ＨＫ」
622624201	ガドテリドール静注シリンジ１７ｍＬ「ＨＫ」
622639501	レギチーン注射液５ｍｇ　０．５％１ｍＬ
622639601	ガドビスト静注１．０ｍｏｌ／Ｌ　２ｍＬ　６０．４７％
622818101	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１０ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818201	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１１ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818301	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１３ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818401	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ１５ｍＬＧＥ３７．６９５％
622818501	ガドテル酸メグルミン静注３８％シリンジ２０ｍＬＧＥ３７．６９５％
628000001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アサ布１：１，０００　２ｍＬ
628000201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」アジ１：１，０００　２ｍＬ
628000401	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アスペルギルス１：１万　２ｍＬ
628000701	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」アルテルナリア１：１万　２ｍＬ
628000901	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」イーストパン種１：１千　２ｍＬ
628001001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イカ１：１，０００　２ｍＬ
628001401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イネワラ１：１千　２ｍＬ
628001501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」イワシ１：１，０００　２ｍＬ
628002601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エダマメ１：１千　２ｍＬ
628002701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」エビ１：１，０００　２ｍＬ
628002801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」大麦１：１，０００　２ｍＬ
628003101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カツオ１：１，０００　２ｍＬ
628003201	診断アレルゲン皮内エキス「トリイ」カナムグラ花粉１：１千　２ｍＬ
628003301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カニ１：１，０００　２ｍＬ
628003401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カボック１：１千　２ｍＬ
628003701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カモガヤ花粉１：１千　２ｍＬ
628003901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」カンジダ１：１万　２ｍＬ
628004101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」キヌ１：１，０００　２ｍＬ
628004901	診断用アレルゲン皮内エキストリイクラドスポリウム１：１万　２ｍＬ
628005001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」クリ１：１，０００　２ｍＬ
628005501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」小麦粉１：１，０００　２ｍＬ
628005601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」米１：１，０００　２ｍＬ
628006601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」サバ１：１，０００　２ｍＬ
628007701	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」スギ花粉１：１千　２ｍＬ
628007801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ススキ花粉１：１千　２ｍＬ
628008301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバガラ１：１千　２ｍＬ
628008401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ソバ粉１：１，０００　２ｍＬ
628008801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」タタミ１：１，０００　２ｍＬ
628010101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウフ１：１，０００　２ｍＬ
628010201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」トウモロコシ１：１千　２ｍＬ
628010801	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナイロン１：１千　２ｍＬ
628010901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ナシ１：１，０００　２ｍＬ
628012601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」バナナ１：１，０００　２ｍＬ
628012901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ヒメガマ花粉１：１千　２ｍＬ
628013101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ビール１：１，０００　２ｍＬ
628013401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ブタクサ花粉１：１千　２ｍＬ
628014001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ペニシリウム１：１万　２ｍＬ
628014401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マグロ１：１，０００　２ｍＬ
628014501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マユ１：１，０００　２ｍＬ
628015001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿布１：１，０００　２ｍＬ
628015201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」モミガラ１：１千　２ｍＬ
628015901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」リンゴ１：１，０００　２ｍＬ
628016301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿１：１，０００　２ｍＬ
640462008	オフサグリーン静注用２５ｍｇ　（溶解液付）
640462043	リゾビスト注　４４．６ｍｇ１．６ｍＬ
647250002	診断用アレルゲンスクラッチエキス「トリイ」　１ｍＬ
620002496	アデノスキャン注６０ｍｇ　２０ｍＬ
620007509	ミオテクター冠血管注　１瓶１管

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620008566	タイロゲン筋注用０．９ｍｇ
621954101	ミリプラ用懸濁用液４ｍＬ
622364701	アデノシン負荷用静注６０ｍｇシリンジ「ＦＲＩ」　２０ｍＬ
620002282	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５０単位
620002283	ヘパフラッシュ１０単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１００単位
620002284	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ　５００単位
620002285	ヘパフラッシュ１００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ　１，０００単位
620004183	ヘパフィルド透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　５千単位
620004192	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５０Ｕ
620004193	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１００Ｕ
620004194	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ５ｍＬ　５００Ｕ
620004195	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジオーツカ１０ｍＬ　１千Ｕ
620004874	アリクストラ皮下注１．５ｍｇ　０．３ｍＬ
620004875	アリクストラ皮下注２．５ｍｇ　０．５ｍＬ
620006786	クレキサン皮下注キット２０００ＩＵ　２千低ヘパ国際単位０．２ｍＬ
621463103	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５０Ｕ
621463203	ヘパリンＮａロック用１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１００Ｕ
621463403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬニプロ　１千Ｕ
621497403	ヘパリンＮａロック用１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５００Ｕ
621544001	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５０Ｕ
621544101	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１００Ｕ
621544201	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬ「テバ」　５００Ｕ
621544301	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「テバ」　１千Ｕ
621700002	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５０Ｕ
621700102	ヘパリンＮａロック１０Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１００Ｕ
621700202	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」１０ｍＬ　１千Ｕ
621700302	ヘパリンＮａロック１００Ｕ／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ　５００Ｕ
621759505	ヘパリンＮａ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
621759605	ヘパリンＮａ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
621759805	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ「ＮＩＧ」
621728001	ローヘパ透析用１００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　２千低ヘパ単位
621728101	ローヘパ透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千低ヘパ単位
621728201	ローヘパ透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千低ヘパ単位
621989202	バルナパリンＮａ透析１００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　２千Ｕ
621989302	バルナパリンＮａ透析１５０Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　３千Ｕ
621989402	バルナパリンＮａ透析２００Ｕ／ｍＬシリンジ２０ｍＬフソー　４千Ｕ
622044501	アリクストラ皮下注５ｍｇ　０．４ｍＬ
622044601	アリクストラ皮下注７．５ｍｇ　０．６ｍＬ
622131301	ヘパフィルド透析用１５０単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　３千単位
622131401	ヘパフィルド透析用２００単位／ｍＬシリンジ２０ｍＬ　４千単位
622757800	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
622811101	ヘパリンＮａ透析ロック用１千Ｕ／ｍＬシリンジ５ｍＬニプロ　５千Ｕ
643330016	輸血用クエン酸ナトリウム注射液　１０％５ｍＬ
643330019	輸血用チトラミン「フソー」　１０％５ｍＬ
621480902	バルナパリンＮａ透析５００Ｕ／ｍＬバイアル１０ｍＬＩＬＳ　５千Ｕ
621515201	ローヘパ透析用５００単位／ｍＬバイアル１０ｍＬ　５千低ヘパ単位
622757900	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液
621544005	ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ「ＮＩＧ」
621544105	ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＩＧ」
621544205	ヘパリンＮａロック用１００単位／ｍＬシリンジ５ｍＬ「ＮＩＧ」
621544305	ヘパリンＮａロック用１００単位／ｍＬシリンジ１０ｍＬ「ＮＩＧ」
620000197	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000198	１％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000263	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000264	２％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620000343	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　５ｍＬ
620000344	０．５％塩酸メピバカイン注ＰＢ　１０ｍＬ
620002936	キシロカイン注シリンジ０．５％　１０ｍＬ
620002937	キシロカイン注シリンジ１％　１０ｍＬ
620003201	塩酸メピバカイン注シリンジ０．５％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003202	塩酸メピバカイン注シリンジ１％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620003203	塩酸メピバカイン注シリンジ２％「ＮＰ」　１０ｍＬ
620004312	カルボカインアンプル注０．５％　５ｍＬ
620004313	カルボカインアンプル注０．５％　１０ｍＬ
620004314	カルボカインアンプル注１％　２ｍＬ
620004315	カルボカインアンプル注１％　５ｍＬ
620004316	カルボカインアンプル注１％　１０ｍＬ
620004317	カルボカインアンプル注２％　２ｍＬ
620004318	カルボカインアンプル注２％　５ｍＬ
620004319	カルボカインアンプル注２％　１０ｍＬ
620005863	ロカイン注１％　１ｍＬ
620005864	ロカイン注１％　２ｍＬ
620005865	ロカイン注１％　５ｍＬ
620005866	ロカイン注２％　１ｍＬ
620005867	ロカイン注２％　２ｍＬ
620005868	ロカイン注２％　５ｍＬ
620006809	ポプスカイン０．２５％注シリンジ２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006810	ポプスカイン０．２５％注バッグ２５０ｍｇ／１００ｍＬ
620006811	ポプスカイン０．２５％注２５ｍｇ／１０ｍＬ
620006812	ポプスカイン０．７５％注シリンジ７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006813	ポプスカイン０．７５％注７５ｍｇ／１０ｍＬ
620006814	ポプスカイン０．７５％注１５０ｍｇ／２０ｍＬ
620007260	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　５ｍＬ
620007261	キシロカイン注ポリアンプ０．５％　１０ｍＬ
620007262	キシロカイン注ポリアンプ１％　５ｍＬ
620007263	キシロカイン注ポリアンプ１％　１０ｍＬ
620007264	キシロカイン注ポリアンプ２％　５ｍＬ
620007265	キシロカイン注ポリアンプ２％　１０ｍＬ
620008387	プロカニン注０．５％　５ｍＬ
620008389	プロカニン注１％　５ｍＬ
620008888	テトカイン注用２０ｍｇ「杏林」
620163902	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」１ｍＬ
620164001	プロカイン塩酸塩注０．５％「トーワ」２ｍＬ
620164104	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　５ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620164903	プロカイン塩酸塩注射液０．５％「日医工」　１０ｍＬ
620164406	プロカイン塩酸塩注１％「日新」
620164706	プロカイン塩酸塩注２％「日新」
621537102	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　５ｍＬ
621537202	リドカイン塩酸塩注射液１％「ファイザー」　１０ｍＬ
621537302	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　５ｍＬ
621537402	リドカイン塩酸塩注射液２％「ファイザー」　１０ｍＬ
621644201	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　５ｍＬ
621644301	リドカイン塩酸塩注１％「日新」　１０ｍＬ
621651601	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　５ｍＬ
621651701	リドカイン塩酸塩注２％「日新」　１０ｍＬ
621653501	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　５ｍＬ
621653601	リドカイン塩酸塩注０．５％「日新」　１０ｍＬ
621698402	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　１０ｍＬ
621698502	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ファイザー」　５ｍＬ
622086301	ポプスカイン０．５％注シリンジ５０ｍｇ／１０ｍＬ
622086401	ポプスカイン０．５％注５０ｍｇ／１０ｍＬ
640422006	メピバカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ
640422007	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
640422008	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
620166710	メピバカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」
621563701	メピバカイン塩酸塩注０．５％「日新」
621563801	メピバカイン塩酸塩注０．５％「日新」
640422010	メピバカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
640422011	メピバカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
620166810	メピバカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」
621565201	メピバカイン塩酸塩注１％「日新」
621565301	メピバカイン塩酸塩注１％「日新」
640422014	メピバカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
640422015	メピバカイン塩酸塩注射液　２％１０ｍＬ
620166910	メピバカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」
621562101	メピバカイン塩酸塩注２％「日新」
621562001	メピバカイン塩酸塩注２％「日新」
640422017	メピバカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
621710002	メピバカイン塩酸塩注射液０．５％シリンジ５０ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
621710102	メピバカイン塩酸塩注射液１％シリンジ１００ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
621710202	メピバカイン塩酸塩注射液２％シリンジ２００ｍｇ／１０ｍＬ「ＮＰ」
640431026	０．５％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431027	１％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640431028	２％塩酸メピバカイン注「ＮＭ」
640443005	マーカイン注脊麻用０．５％高比重　４ｍＬ
640443006	マーカイン注脊麻用０．５％等比重　４ｍＬ
640451000	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１０ｍＬ
640451001	アナペイン注２ｍｇ／ｍＬ　０．２％１００ｍＬ
640451002	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％１０ｍＬ
640451003	アナペイン注７．５ｍｇ／ｍＬ　０．７５％２０ｍＬ
640451004	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％１０ｍＬ
640451005	アナペイン注１０ｍｇ／ｍＬ　１％２０ｍＬ
641210003	キシロカイン注射液「０．５％」エピレナミン１：１００，０００含有
641210004	キシロカイン注射液「１％」エピレナミン（１：１００，０００）含有
641210005	キシロカイン注射液「２％」エピレナミン（１：８０，０００）含有
641210017	マーカイン注０．１２５％
641210018	マーカイン注０．２５％
641210019	マーカイン注０．５％
641210026	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１ｍＬ
641210027	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％２ｍＬ
641210028	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％５ｍＬ
641210029	プロカイン塩酸塩注射液　１％１ｍＬ
641210030	プロカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ
641210031	プロカイン塩酸塩注射液　１％５ｍＬ
641210032	プロカイン塩酸塩注射液　１％１０ｍＬ
641210034	プロカイン塩酸塩注射液　２％１ｍＬ
641210035	プロカイン塩酸塩注射液　２％２ｍＬ
641210036	プロカイン塩酸塩注射液　２％５ｍＬ
641210039	メピバカイン塩酸塩注射液　０．５％
641210040	メピバカイン塩酸塩注射液　１％
641210041	メピバカイン塩酸塩注射液　２％
641210042	プロカイン塩酸塩注射液　０．５％１０ｍＬ
641210058	塩プロ１％注「小林」　１ｍＬ
641210063	塩プロ１％注「小林」　２ｍＬ
641210065	１％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　５ｍＬ
641210067	塩プロ１％注「小林」　５ｍＬ
641210078	２％塩酸プロカイン注射液「ニッシン」　２ｍＬ
641210090	０．５％カルボカイン注
641210091	１％カルボカイン注
641210092	２％カルボカイン注
620005154	カーボスター透析剤・Ｍ　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620005155	カーボスター透析剤・Ｌ　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005156	カーボスター透析剤・Ｌ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620005157	カーボスター透析剤・Ｐ　２袋
620007210	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007211	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＦＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007212	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＬ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620007213	ＡＫ－ソリタ透析剤・ＤＰ　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620007307	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　１０１０ｍＬ
620007308	サブパック血液ろ過用補充液－Ｂｉ　２０２０ｍＬ
620007429	バイフィル専用炭酸水素ナトリウム補充液１．３９％　２Ｌ
620007430	バイフィル透析剤　６Ｌ
620007543	リンパック透析剤ＴＡ１　２袋
620007544	リンパック透析剤ＴＡ３　２袋
620008806	キンダリー透析剤２Ｅ　２袋
620008808	キンダリー透析剤３Ｅ　２袋
620008809	キンダリー透析剤３Ｄ　３袋
620009543	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　１０１０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620009544	サブラッド血液ろ過用補充液ＢＳＧ　２０２０ｍＬ
620820901	キンダリー透析剤ＡＦ１号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620821001	キンダリー透析剤ＡＦ１Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822001	キンダリー透析剤ＡＦ２号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822101	キンダリー透析剤ＡＦ２Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620822301	キンダリー透析剤ＡＦ２号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620822901	キンダリー透析剤ＡＦ３号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620823001	キンダリー透析剤ＡＦ３Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
620823201	キンダリー透析剤ＡＦ３号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
621315901	キドライム　透析剤　Ｔ－３０　２袋
621561701	Ｄドライ透析剤２．５Ｓ　２瓶
621561801	Ｄドライ透析剤３．０Ｓ　２瓶
622054501	キンダリー透析剤ＡＦ４Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622054601	キンダリー透析剤４Ｄ　３袋
622054701	キンダリー透析剤４Ｅ　２袋
622181701	キンダリー透析剤ＡＦ４号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622420401	キンダリー透析剤ＡＦ４号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622530601	Ｄドライ透析剤２．７５Ｓ　２瓶
622836101	キンダリー透析剤５Ｅ　２袋
622836201	キンダリー透析剤ＡＦ５Ｐ号　１０Ｌ（炭酸水素ナトリウム付）
622836301	キンダリー透析剤ＡＦ５号　６Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
622836401	キンダリー透析剤ＡＦ５号　９Ｌ（炭酸水素ナトリウム液付）
620008830	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008831	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008832	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008833	ステイセーフバランス　１／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008834	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008835	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008836	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008837	ステイセーフバランス　１／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008838	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008839	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620008840	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008841	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008842	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008843	ステイセーフバランス　２／１．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008844	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　１．５Ｌ排液バッグ
620008845	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620008846	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ
620008847	ステイセーフバランス　２／２．５　腹膜透析液　２．５Ｌ排液バッグ
620008848	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ
620008849	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ
620009138	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ
620009139	エクストラニール腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620009140	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ
620009141	エクストラニール腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009154	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009155	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009156	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009157	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009158	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009159	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009160	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009161	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009162	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009163	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009164	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009165	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009166	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009167	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009168	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009169	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009170	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009171	ダイアニールーＮ　ＰＤ－２　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009172	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ
620009173	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009174	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009175	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009176	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ
620009177	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009178	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009179	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009180	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　１．５腹膜透析液　５Ｌ
620009181	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ
620009182	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ付
620009183	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ
620009184	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　１．５Ｌ排液バッグ付
620009185	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ
620009186	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２Ｌ排液用バッグ付
620009187	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
620009188	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析　２．５Ｌ排液バッグ付
620009189	ダイアニールーＮ　ＰＤ－４　２．５腹膜透析液　５Ｌ
620009190	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
620009191	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009192	ダイアニールＰＤ－２　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620009193	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620009194	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
620009195	ダイアニールＰＤ－４　４．２５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620829801	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
620829901	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ
620830101	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ
620830201	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620830301	ミッドペリック１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620830401	ミッドペリック１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620830801	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
620830901	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ
620831201	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
620831301	ミッドペリック２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
620831401	ミッドペリック２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620831901	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ
620832401	ミッドペリック４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621317201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ
621317301	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621317401	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ
621317501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621317601	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ
621317701	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318001	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ
621318101	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621318201	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ
621318301	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621318401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ
621318501	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621318901	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621319201	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ
621319301	ミッドペリックＬ４００腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621492801	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621492901	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501501	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621501601	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621501701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621501801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621501901	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502001	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502101	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621502201	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621502301	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621502401	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621502501	ペリセート３６０ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621502601	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ
621502701	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621502801	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ
621502901	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503001	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ
621503101	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
621503201	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ
621503301	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503401	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ
621503501	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
621503601	ペリセート４００ＮＬ腹膜透析液　３Ｌ
621503701	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621503801	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621503901	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621505201	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ
621505301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
621505401	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　３Ｌ
621563301	ペリセート４００Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621564101	ペリセート３６０Ｎ腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621628201	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ
621633401	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ
621633501	ミッドペリックＬ１３５腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
621633601	ミッドペリックＬ２５０腹膜透析液　２．５Ｌ（排液用バッグ付）
622132501	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　１Ｌ排液用バッグ
622132601	ステイセーフバランス　１／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622132701	ステイセーフバランス　２／４．２５　腹膜透析液　２Ｌ
622299401	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622299501	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622299601	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622299701	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622299801	レギュニール　ＨＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622299901	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300001	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300101	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300201	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300301	レギュニール　ＨＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622300401	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622300501	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622300601	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622300701	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622300801	レギュニール　ＬＣａ　１．５腹膜透析液　５Ｌ
622300901	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１Ｌ（排液用バッグ付）
622301001	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　１．５Ｌ排液用バッグ付
622301101	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
622301201	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　２．５Ｌ
622301301	レギュニール　ＬＣａ　２．５腹膜透析液　５Ｌ
622301401	レギュニール　ＨＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622301501	レギュニール　ＬＣａ　４．２５腹膜透析液　２Ｌ
622396501	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ
622396601	ニコペリック腹膜透析液　１．５Ｌ（排液用バッグ付）
622396701	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ
622396801	ニコペリック腹膜透析液　２Ｌ（排液用バッグ付）
620002416	注射用ＧＨＲＰ科研１００　１００μｇ（溶解液付）
620003705	ＬＨ－ＲＨ注０．１ｍｇ「タナベ」
620003755	ＴＲＨ注０．５ｍｇ「タナベ」
620007191	アンチレクス静注１０ｍｇ　１％１ｍＬ
620007311	ジアグノグリーン注射用２５ｍｇ　（溶解液付）
620007383	テリパラチド酢酸塩静注用１００旭化成　１００酢酸テリパラチド単位
621194401	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「サワイ」

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
621194701	プロチレリン酒石酸塩注０．５ｍｇ「ＮＰ」
621194803	プロチレリン酒石酸塩注射液０．５ｍｇ「日医工」
621195201	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
621195401	プロチレリン酒石酸塩注２ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
621196001	ヒトＣＲＨ静注用１００μｇ「タナベ」　（溶解液付）
621196304	インジゴカルミン注２０ｍｇ「ＡＦＰ」　０．４％５ｍＬ
621196404	パラアミノ馬尿酸ソーダ注射液１０％（ＡＦＰ）　２０ｍＬ
621196604	フェノールスルホンフタレイン注０．６％「ＡＦＰ」　１．３ｍＬ
621197401	グルカゴンＧノボ注射用１ｍｇ　（溶解液付）
621515302	グルカゴン注射用１単位「ＩＬＳ」　１Ｕ．Ｓ．Ｐ．単位（溶解液付）
621792802	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621792902	プロチレリン酒石酸塩注射液２ｍｇ「日医工」　１ｍＬ
621921002	アルギニン点滴静注３０ｇ「ＡＹ」　１０％３００ｍＬ
621967502	プロチレリン酒石酸塩注射液１ｍｇ「サワイ」　１ｍＬ
622080102	プロチレリン酒石酸塩注１ｍｇ「ＮＰ」　１ｍＬ
622256801	イヌリード注　４ｇ４０ｍＬ
622769600	プロチレリン酒石酸塩０．５ｍｇ注射液
622769700	プロチレリン酒石酸塩１ｍｇ１ｍＬ注射液
622769800	プロチレリン酒石酸塩２ｍｇ１ｍＬ注射液
640454036	ヒルトニン０．５ｍｇ注射液
641190002	ヒルトニン１ｍｇ注射液　１ｍＬ
641190003	ヒルトニン２ｍｇ注射液　１ｍＬ
647280004	インジゴカルミン注射液　０．４％５ｍＬ
647280017	フェノールスルホンフタレイン注射液　０．６％１．３ｍＬ
621894701	ゾレア皮下注用１５０ｍｇ
622489001	ヌーカラ皮下注用１００ｍｇ
622586701	ファセンラ皮下注３０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
622680501	ゾレア皮下注７５ｍｇシリンジ　０．５ｍＬ
622680601	ゾレア皮下注１５０ｍｇシリンジ　１ｍＬ
629906501	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ
629906601	ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ
620004411	ニューモバックスＮＰ　０．５ｍＬ
621150308	ビームゲン注０．２５ｍＬ
621150408	ビームゲン注０．５ｍＬ
622405001	メナクトラ筋注　０．５ｍＬ
622629101	ヘプタバックスー２水性懸濁注シリンジ０．２５ｍＬ
622629201	ヘプタバックスー２水性懸濁注シリンジ０．５ｍＬ
622683901	ラビピュール筋注用　（溶解液付）
622833101	ニューモバックスＮＰシリンジ　０．５ｍＬ
646310001	乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310009	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．２５ｍＬ
646310010	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）　０．５ｍＬ
646310011	組織培養不活化狂犬病ワクチン　（溶解液付）
646310024	肺炎球菌ワクチン　０．５ｍＬ
646310025	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）０．２５ｍＬ
646310026	組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズハムスター）　０．５ｍＬ
620005861	破トキ「ビケンＦ」　０．５ｍＬ
640451044	沈降破傷風トキソイドキット「タケダ」　０．５ｍＬ
646320001	沈降破傷風トキソイド　１０ｍＬ
646320003	沈降破傷風トキソイド　０．５ｍＬ
646320005	沈降破傷風トキソイド「生研」　０．５ｍＬ
621151601	献血ベニロンーＩ静注用１０００ｍｇ
621154301	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「ニチヤク」２００国際単位溶解液付
621154501	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「ニチヤク」５００国際単位溶解液付
621755301	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ニチヤク」
621155501	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ニチヤク」
621645901	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621157401	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ニチヤク」
621155407	献血アルブミン２０「ＫＭＢ」
621159206	アンスロビンＰ５００注射用
620003432	アンスロビンＰ１５００注射用
622683601	ピリヴィジェン１０％点滴静注５ｇ／５０ｍＬ
622683701	ピリヴィジェン１０％点滴静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683801	ピリヴィジェン１０％点滴静注２０ｇ／２００ｍＬ
620006788	メドウェイ注２５％
622507301	オクトレオチド皮下注５０μｇ「ＳＵＮ」
622507401	オクトレオチド皮下注１００μｇ「ＳＵＮ」
620005691	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「Ｆ」
620005692	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「Ｆ」
622356301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「サワイ」
622344201	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／５ｍＬ「ファイザー」
622337201	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「ヤクルト」
622342601	ゾレドロン酸点滴静注４ｍｇ／５ｍＬ「テバ」
622360301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「日医工」
622344301	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ファイザー」
622391001	ゾレドロン酸点滴静注液４ｍｇ／１００ｍＬバッグ「サワイ」
622283001	シタラビン点滴静注液１ｇ「テバ」
622282901	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「テバ」
622460401	ゲムシタビン点滴静注液２００ｍｇ／５．３ｍＬ「ホスピーラ」
622460501	ゲムシタビン点滴静注液１ｇ／２６．３ｍＬ「ホスピーラ」
622019601	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ホスピーラ」
622062103	ゲムシタビン点滴静注用２００ｍｇ「ＴＹＫ」
622019701	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ホスピーラ」
622062203	ゲムシタビン点滴静注用１ｇ「ＴＹＫ」
622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「タイヨー」
622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液４０ｍｇ「日医工」
622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「日医工」
622903800	イリノテカン塩酸塩１００ｍｇ５ｍＬ注射液
622082001	パクリタキセル点滴静注液３０ｍｇ「サンド」
622082101	パクリタキセル点滴静注液１００ｍｇ「サンド」
620923202	シスプラチン点滴静注液１０ｍｇ「ファイザー」
620923602	シスプラチン点滴静注液２５ｍｇ「ファイザー」
620924002	シスプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ファイザー」

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620004117	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「サワイ」
622098103	カルボプラチン点滴静注液５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620004119	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「サワイ」
622098203	カルボプラチン点滴静注液１５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620004121	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「サワイ」
622098303	カルボプラチン点滴静注液４５０ｍｇ「ＴＹＫ」
620007300	コホリン静注用７．５ｍｇ
622394701	オキサリプラチン点滴静注液５０ｍｇ「テバ」
622394801	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ「テバ」
622437301	オキサリプラチン点滴静注液１００ｍｇ／２０ｍＬ「ＫＣＣ」
622437401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ／４０ｍＬ「ＫＣＣ」
622432401	オキサリプラチン点滴静注液２００ｍｇ「テバ」
620004740	ピシバニール注射用０．２ＫＥ
620004741	ピシバニール注射用０．５ＫＥ
620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用１００ｍｇ「武田テバ」
620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ注射用３００ｍｇ「武田テバ」
620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルＮａ静注用５００ｍｇ「武田テバ」
620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「アイロム」
620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「タイヨー」
620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＮ」
620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「タイヨー」
622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「タイヨー」
620002179	塩酸ドパミン注キット２００
620002180	塩酸ドパミン注キット６００
620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「武田テバ」
620246201	ドパミン塩酸塩点滴２００ｍｇバッグニチヤク
620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「武田テバ」
620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ニチヤク」
621365321	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ファイザー」
620247903	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ファイザー」
620248003	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ファイザー」
620003225	ドブポン注０．１％シリンジ
620003226	ドブポン注０．３％シリンジ
620004161	ドブポン注０．６％シリンジ
620006213	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
620006214	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
621947801	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＭＥＥＫ」
640463048	キサンボン注射用２０ｍｇ
620002253	注射用オザグレルナトリウム２０ｍｇ「Ｆ」
640463049	キサンボン注射用４０ｍｇ
620002254	注射用オザグレルナトリウム４０ｍｇ「Ｆ」
620002933	キサンボンＳ注射液２０ｍｇ
620002934	キサンボンＳ注射液４０ｍｇ
620766038	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
620766730	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　１００ｍＬ
620766906	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　２５０ｍＬ
620767120	生理食塩液「ＶＴＲＳ」　５００ｍＬ
621537104	リドカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
621537204	リドカイン塩酸塩注射液１％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621537304	リドカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
621537404	リドカイン塩酸塩注射液２％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621698403	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」　１０ｍＬ
621698504	リドカイン塩酸塩注射液０．５％「ＶＴＲＳ」　５ｍＬ
622933500	ドパミン塩酸塩２００ｍｇ１０ｍＬ注射液
622933400	ドパミン塩酸塩５０ｍｇ２．５ｍＬ注射液
620005181	チョコラＡ筋注５万単位
622458503	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ＮＩＧ」　１ｍＬ
640443023	オキサロール注２．５μｇ　１ｍＬ
622466701	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「日医工」　１ｍＬ
622471001	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ニプロ」　１ｍＬ
622456003	マキサカルシトール静注透析用２．５μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
622458603	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ＮＩＧ」　１ｍＬ
640443024	オキサロール注５μｇ　１ｍＬ
622466801	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「日医工」　１ｍＬ
622471101	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ニプロ」　１ｍＬ
622514201	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「トーワ」　１ｍＬ
622456103	マキサカルシトール静注透析用５μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
622456203	マキサカルシトール静注透析用１０μｇ「ＶＴＲＳ」　１ｍＬ
640443025	オキサロール注１０μｇ　１ｍＬ
622466901	マキサカルシトール静注透析用１０μｇ「日医工」　１ｍＬ
622605601	マキサカルシトール静注透析用シリンジ２．５μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622605701	マキサカルシトール静注透析用シリンジ２．５μｇ「フソー」　１ｍＬ
622605801	マキサカルシトール静注透析用シリンジ５μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622605901	マキサカルシトール静注透析用シリンジ５μｇ「フソー」　１ｍＬ
622606001	マキサカルシトール静注透析用シリンジ１０μｇ「イセイ」　１ｍＬ
622606101	マキサカルシトール静注透析用シリンジ１０μｇ「フソー」　１ｍＬ
640451015	ロカルトロール注０．５　０．５μｇ１ｍＬ
622430001	カルシトリオール静注液０．５μｇ「Ｆ」　１ｍＬ
640451016	ロカルトロール注１　１μｇ１ｍＬ
622430101	カルシトリオール静注液１μｇ「Ｆ」　１ｍＬ
620680303	チアミン塩化物塩酸塩注５ｍｇ「フソー」
620008385	ビタミンＢ１注１０ｍｇ「イセイ」
620680505	チアミン塩化物塩酸塩注２０ｍｇ「フソー」
620680604	チアミン塩化物塩酸塩注射液５０ｍｇ「ツルハラ」
643120216	メタボリン注射液５０ｍｇ
620680603	チアミン塩化物塩酸塩注５０ｍｇ「フソー」
640454001	アリナミンＦ５注　５ｍｇ
640454002	アリナミンＦ１０注　１０ｍｇ
620683603	フルスルチアミン注１０ｍｇ「トーワ」
643120013	アリナミンＦ２５注　２５ｍｇ１０ｍＬ
620683903	フルスルチアミン静注２５ｍｇ「トーワ」　１０ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620684102	フルスルチアミン注５０ｍｇ「日新」　２０ｍＬ
643120014	アリナミンＦ５０注　５０ｍｇ２０ｍＬ
643120012	アリナミンＦ１００注　１００ｍｇ２０ｍＬ
620004719	バイオゲン静注５０ｍｇ　２０ｍＬ
640463002	アリナミン注射液１０ｍｇ
643130150	フラビタン注５ｍｇ
620693501	ＦＡＤ注１０ｍｇ「わかもと」
643130151	フラビタン注射液１０ｍｇ
620694501	ＦＡＤ注２０ｍｇ「わかもと」
643130152	フラビタン注射液２０ｍｇ
620694801	ＦＡＤ注３０ｍｇ「わかもと」
643130186	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１ｍｇ
643130187	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　５ｍｇ
620695105	リボフラビン注射液１０ｍｇ「日医工」
643130189	リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　２０ｍｇ
643130074	ニコチン酸注射液　２０ｍｇ
643130075	ニコチン酸注射液　５０ｍｇ
643130108	パントシン注５％　１００ｍｇ
620699101	パンテチン注２００ｍｇ「イセイ」
643130107	パントシン注１０％　２００ｍｇ
643130103	パントール注射液１００ｍｇ
620699501	パンテノール注１００ｍｇ「ＫＣＣ」
643130104	パントール注射液２５０ｍｇ
620699802	パンテノール注２５０ｍｇ「ＫＣＣ」
643130105	パントール注射液５００ｍｇ
620700102	パンテノール注５００ｍｇ「ＫＣＣ」
620704103	ピリドキシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」
643130333	ビーシックス注「フソー」－１０ｍｇ
643130199	ピリドキシン塩酸塩注射液　３０ｍｇ
640433063	ピドキサール注１０ｍｇ
620003787	ピリドキサール注１０ｍｇ「イセイ」
620705402	ピリドキサール注３０ｍｇ「杏林」
640433064	ピドキサール注３０ｍｇ
643130211	葉酸注射液　１５ｍｇ
620005225	マスブロン注１ｍｇ
620007483	フレスミンＳ注射液１０００μｇ　１ｍｇ
643130059	シアノコバラミン注射液　１００μｇ
620008367	シアノコバラミン注射液１ｍｇ「ツルハラ」
620711401	メコバラミン注５００μｇ「イセイ」　０．５ｍｇ
643130224	メチコバール注射液５００μｇ　０．５ｍｇ
621669801	メコバラミン注５００μｇシリンジ「ＮＰ」　１ｍＬ
620009258	アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「サワイ」
643140021	ビタシミン注射液１００ｍｇ
643140003	アスコルビン酸注射液　２００ｍｇ
620009259	アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「サワイ」
643140039	ビタシミン注射液５００ｍｇ
620712704	アスコルビン酸注１ｇ「ＮＰ」
620712803	アスコルビン酸注射液２０００ｍｇ「トーワ」　２ｇ
621652101	アスコルビン酸注５００ｍｇＰＢ「日新」
643140011	クリストファン注　２０ｍＬ
620717601	ケイツーＮ静注１０ｍｇ
620005166	サブビタン静注　５ｍＬ
643180005	ダイビタミックス注　２ｍＬ
620723302	ジアイナ配合静注液　１０ｍＬ
643180007	ネオラミン・スリービー液（静注用）　１０ｍＬ
643180017	ビタメジン静注用
643180004	シーパラ注　２ｍＬ
643180039	オーツカＭＶ注　１瓶１管
643180040	マルタミン注射用
640407176	ダイメジン・マルチ注
620006287	ビタジェクト注キット　２筒
620004739	ビオチン注１ｍｇ「フソー」
620005208	フェジン静注４０ｍｇ　２ｍＬ
622676601	フェインジェクト静注５００ｍｇ　１０ｍＬ
622926501	モノヴァー静注５００ｍｇ　５ｍＬ
622926601	モノヴァー静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ１０ｍＬ
620002577	Ｋ．Ｃ．Ｌ．点滴液１５％　２０ｍＬ
620733601	Ｌ－アスパラギン酸カリウム点滴１０ｍＥｑ日新１７．１２％１０ｍＬ
620002554	アスパラカリウム注１０ｍＥｑ　１７．１２％１０ｍＬ
620004635	アスパラギン酸カリウム注１０ｍＥｑテルモ　１７．１２％１０ｍＬ
622676501	アセレンド注１００μｇ　２ｍＬ
643910004	アスパラ注射液　１０％１０ｍＬ
621480003	シザナリン配合点滴静注液　２ｍＬ
643220007	エレメンミック注　２ｍＬ
640433074	ボルビックス注　２ｍＬ
640463129	ミネラミック注　２ｍＬ
640462027	メドレニック注シリンジ　２ｍＬ
620006212	エレジェクト注シリンジ　２ｍＬ
621702901	ミネリック－５配合点滴静注シリンジ　２ｍＬ
640463127	ボルビサール注　２ｍＬ
620735124	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
620735909	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　２５０ｍＬ
620736119	ブドウ糖注射液５％「ＶＴＲＳ」　５００ｍＬ
620155647	ブドウ糖注射液２０％「ＶＴＲＳ」　２０ｍＬ
643250036	ハイ・プレアミン注－１０％　２０ｍＬ
640454043	プロテアミン１２注射液　１２％２００ｍＬ
620007525	モリアミンＳ注　１０％２００ｍＬ
620007526	モリプロンＦ輸液　２００ｍＬ
620007186	アミパレン輸液　２００ｍＬ
620007187	アミパレン輸液　３００ｍＬ
620007188	アミパレン輸液　４００ｍＬ
620007177	アミニック輸液　２００ｍＬ
620006195	アミゼットＢ輸液　２００ｍＬ
620002278	プレアミン－Ｐ注射液　２００ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
643250033	ハイ・プレアミンＳ注－１０％　２０ｍＬ
620007474	プラスアミノ輸液　２００ｍＬ
620007475	プラスアミノ輸液　５００ｍＬ
620007439	ピーエヌツイン－１号輸液
620007440	ピーエヌツイン－２号輸液
620007441	ピーエヌツイン－３号輸液
620007373	ツインパル輸液　５００ｍＬ
620007374	ツインパル輸液　１Ｌ
620007512	ミキシッドＬ輸液　９００ｍＬ
620007511	ミキシッドＨ輸液　９００ｍＬ
620006301	フルカリック１号輸液　９０３ｍＬ
622210502	フルカリック１号輸液　１３５４．５ｍＬ
620006303	フルカリック２号輸液　１００３ｍＬ
622210602	フルカリック２号輸液　１５０４．５ｍＬ
620006305	フルカリック３号輸液　１１０３ｍＬ
620007404	ネオパレン１号輸液　１０００ｍＬ
620007405	ネオパレン１号輸液　１５００ｍＬ
620007407	ネオパレン２号輸液　１０００ｍＬ
620007408	ネオパレン２号輸液　１５００ｍＬ
620007437	パレセーフ輸液　５００ｍＬ
620007454	ピーフリード輸液　５００ｍＬ
620007455	ピーフリード輸液　１Ｌ
622336401	パレプラス輸液　５００ｍＬ
622336501	パレプラス輸液　１０００ｍＬ
622447001	エルネオパＮＦ１号輸液　１０００ｍＬ
622447201	エルネオパＮＦ１号輸液　１５００ｍＬ
622447401	エルネオパＮＦ１号輸液　２０００ｍＬ
622447101	エルネオパＮＦ２号輸液　１０００ｍＬ
622447301	エルネオパＮＦ２号輸液　１５００ｍＬ
622447501	エルネオパＮＦ２号輸液　２０００ｍＬ
622621301	ワンパル１号輸液　８００ｍＬ
622621401	ワンパル１号輸液　１２００ｍＬ
622621501	ワンパル２号輸液　８００ｍＬ
622621601	ワンパル２号輸液　１２００ｍＬ
622840401	エネフリード輸液　５５０ｍＬ
622840501	エネフリード輸液　１１００ｍＬ
620007167	アデラビン９号注１ｍＬ
620007168	アデラビン９号注２ｍＬ
620007206	イントラリポス輸液１０％　２５０ｍＬ
620007208	イントラリポス輸液２０％　１００ｍＬ
620007209	イントラリポス輸液２０％　２５０ｍＬ
620007207	イントラリポス輸液２０％　５０ｍＬ
620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」
620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」
621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」
622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」
622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０
621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０
622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０
622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」
621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」
621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」
622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」
622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」
622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」
621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ
621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ
621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ
646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」
646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」
646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621153804	コンファクトＦ注射用２５０
622885801	コンファクトＦ静注用２５０単位
621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位
646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
640431015	コンコエイトーＨＴ
621153904	コンファクトＦ注射用５００
622885901	コンファクトＦ静注用５００単位
621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位
646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621154003	コンファクトＦ注射用１０００
622886001	コンファクトＦ静注用１０００単位
621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622865101	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位
646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン
621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」
621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
621154207	テタノブリン筋注用２５０単位
621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」
646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）
621154302	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「タケダ」
646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）
646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）
621154502	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「タケダ」
646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）
621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」
620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ
621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」
621755302	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「タケダ」
621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」
621155502	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「タケダ」
620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」
620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」
620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ
621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621645902	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
620009137	アルブミンーベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ
621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」
621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」
621157403	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「タケダ」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」
621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」
621157607	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「タケダ」
621157611	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「タケダ」
621384901	ファイバ静注用１０００
620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」
622607401	ガンマガード静注用５ｇ
621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ
621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ
646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159004	ヘブスブリン筋注用２００単位
621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621159104	ヘブスブリン筋注用１０００単位
621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001350	献血ノンスロン５００注射用
621159207	ノイアート静注用５００単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
620001351	献血ノンスロン１５００注射用
620003071	ノイアート静注用１５００単位
620009201	ベリナートＰ静注用５００
622926301	ベリナート皮下注用２０００
621758002	献血ポリグロビンＮ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621758102	献血ポリグロビンＮ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621758202	献血ポリグロビンＮ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622192202	献血ポリグロビンＮ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622192302	献血ポリグロビンＮ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622523501	献血ポリグロビンＮ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
621159901	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注０．５ｇ／１０ｍＬ
621160201	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注２．５ｇ／５０ｍＬ
621160501	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１ｇ／２０ｍＬ
621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ
622235601	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注１０ｇ／２００ｍＬ
622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ
622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ
622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ
622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009263	クリスマシンM静注用４００単位
622408201	ノバクトM静注用５００単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
620009264	クリスマシンM静注用１０００単位
622408301	ノバクトM静注用１０００単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
622408401	ノバクトM静注用２０００単位
620009198	フィブロガミンＰ静注用
629903301	アドベイト静注用キット２５０
629903401	アドベイト静注用キット５００
629903501	アドベイト静注用キット１０００
629903601	アドベイト静注用キット１５００
629903701	アドベイト静注用キット２０００
629903801	アドベイト静注用キット３０００
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位
622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ
622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ
622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ
640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン
621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位
621971601	ベネフィクス静注用５００
621971701	ベネフィクス静注用１０００
621971801	ベネフィクス静注用２０００
622273601	ベネフィクス静注用３０００
622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ
622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622950901	キュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ
622951001	キュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ
622951101	キュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ
622333001	ノボエイト静注用２５０
622333101	ノボエイト静注用５００
622333201	ノボエイト静注用１０００
622333301	ノボエイト静注用１５００
622333401	ノボエイト静注用２０００
622333501	ノボエイト静注用３０００
622364101	オルプロリクス静注用５００
622364201	オルプロリクス静注用１０００
622364301	オルプロリクス静注用２０００
622364401	オルプロリクス静注用３０００
622426501	オルプロリクス静注用２５０
622608701	オルプロリクス静注用４０００
622402801	イロクテイト静注用２５０
622402901	イロクテイト静注用５００
622403001	イロクテイト静注用７５０
622403101	イロクテイト静注用１０００
622403201	イロクテイト静注用１５００
622403301	イロクテイト静注用２０００
622403401	イロクテイト静注用３０００
622682501	イロクテイト静注用４０００
622424901	ノボサーティーン静注用２５００
622442001	アコアラン静注用６００
622583901	アコアラン静注用１８００
622623201	アディノベイト静注用キット２５０
622623501	アディノベイト静注用キット５００
622623601	アディノベイト静注用キット１０００
622623701	アディノベイト静注用キット２０００
622646001	アディノベイト静注用キット１５００
622646101	アディノベイト静注用キット３０００
622489301	コバールトリイ静注用２５０
622489401	コバールトリイ静注用５００
622489501	コバールトリイ静注用１０００
622489601	コバールトリイ静注用２０００
622489701	コバールトリイ静注用３０００
622526101	イデルビオン静注用２５０
622526201	イデルビオン静注用５００
622526301	イデルビオン静注用１０００
622526401	イデルビオン静注用２０００
629900101	イデルビオン静注用３５００
622595901	エイフスチラ静注用２５０
622596001	エイフスチラ静注用５００
622596101	エイフスチラ静注用１０００
622596201	エイフスチラ静注用１５００
622596301	エイフスチラ静注用２０００
622596401	エイフスチラ静注用２５００
622596501	エイフスチラ静注用３０００
622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ
622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ
622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ
622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ
622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ
622647001	レフィキシア静注用５００
622647101	レフィキシア静注用１０００
622647201	レフィキシア静注用２０００

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
622658001	ジビイ静注用５００
622658101	ジビイ静注用１０００
622658201	ジビイ静注用２０００
622658301	ジビイ静注用３０００
629905101	イスパロクト静注用５００
629905201	イスパロクト静注用１０００
629905301	イスパロクト静注用１５００
629905401	イスパロクト静注用２０００
629905501	イスパロクト静注用３０００
629908001	ボンベンディ静注用１３００
622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
629912801	ヌーイック静注用２５０
629912901	ヌーイック静注用５００
629913001	ヌーイック静注用１０００
629913101	ヌーイック静注用２０００
629913201	ヌーイック静注用２５００
629913301	ヌーイック静注用３０００
629913401	ヌーイック静注用４０００
622367201	バイクロット配合静注用
622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ
629926801	アレモ皮下注15mg
629926901	アレモ皮下注60mg
629927001	アレモ皮下注150mg
629925701	オルツビーオ静注用500
629925801	オルツビーオ静注用1000
629925601	オルツビーオ静注用250
629925901	オルツビーオ静注用2000
629926001	オルツビーオ静注用3000
629926101	オルツビーオ静注用4000

中医協	総－２
６．２．１４	

令和６年２月14日

厚生労働大臣
武見　敬三　　殿

中央社会保険医療協議会
会　長　小塩　隆士

答　申　書

（令和６年度診療報酬改定について）

令和６年１月 12 日付け厚生労働省発保 0112 第１号をもって諮問のあった件について、別紙１－１から別紙９までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

（別添）

答申書附帯意見

（全般的事項）

１　近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（賃上げ全般）

２　看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40 歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

（医療 DX）

３　令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和６年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。

　加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革・人材確保）

４　医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

（入院医療）

５　新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

６　急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、 SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

７　地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

８　救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。

９　DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

（外来医療）

11　地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。

12　生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。

　加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。

13　かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14　情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15　情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

（在宅医療等）

16　在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（精神医療）

17　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

（リハビリテーションへの対応等）

18　回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

（医療技術の評価）

19　保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

　また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

20　かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

21　調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22　いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24　バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（長期収載品）

25　選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26　今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

（保険医療材料制度）

27　今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流 2024 年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

28　施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

別紙１－１　医科診療報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第一 　　医科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　基本診療料 　第１部　初・再診料 　　第１節　初診料 　　第２節　再診料 　第２部　入院料等 　　第１節　入院基本料 　　第２節　入院基本料等加算 　　第３節　特定入院料 　　第４節　短期滞在手術等基本料 　　（削る） 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　第１節　医学管理料等 　　第２節　削除 　　第３節　特定保険医療材料料 　第２部　在宅医療 　　第１節　在宅患者診療・指導料 　　第２節　在宅療養指導管理料 　　第１款　在宅療養指導管理料 　　第２款　在宅療養指導管理材料加算 　　第３節　薬剤料 　　第４節　特定保険医療材料料 　第３部　検査 　　第１節　検体検査料	別表第一 　　医科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　基本診療料 　第１部　初・再診料 　　第１節　初診料 　　第２節　再診料 　第２部　入院料等 　　第１節　入院基本料 　　第２節　入院基本料等加算 　　第３節　特定入院料 　　第４節　短期滞在手術等基本料 　　第５節　看護職員処遇改善評価料 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　第１節　医学管理料等 　　第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 　　第３節　特定保険医療材料料 　第２部　在宅医療 　　第１節　在宅患者診療・指導料 　　第２節　在宅療養指導管理料 　　第１款　在宅療養指導管理料 　　第２款　在宅療養指導管理材料加算 　　第３節　薬剤料 　　第４節　特定保険医療材料料 　第３部　検査 　　第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料
第２款　検体検査判断料
第２節　削除
第３節　生体検査料
第４節　診断穿刺・検体採取料
第５節　薬剤料
第６節　特定保険医療材料料
第４部　画像診断
第１節　エックス線診断料
第２節　核医学診断料
第３節　コンピューター断層撮影診断料
第４節　薬剤料
第５節　特定保険医療材料料
第５部　投薬
第１節　調剤料
第２節　処方料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第５節　処方箋料
第６節　調剤技術基本料
第６部　注射
第１節　注射料
第１款　注射実施料
第２款　無菌製剤処理料
第２節　薬剤料
第３節　特定保険医療材料料
第７部　リハビリテーション
第１節　リハビリテーション料
第２節　薬剤料
第８部　精神科専門療法
第１節　精神科専門療法料

第１款　検体検査実施料
第２款　検体検査判断料
第２節　削除
第３節　生体検査料
第４節　診断穿刺・検体採取料
第５節　薬剤料
第６節　特定保険医療材料料
第４部　画像診断
第１節　エックス線診断料
第２節　核医学診断料
第３節　コンピューター断層撮影診断料
第４節　薬剤料
第５節　特定保険医療材料料
第５部　投薬
第１節　調剤料
第２節　処方料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第５節　処方箋料
第６節　調剤技術基本料
第６部　注射
第１節　注射料
第１款　注射実施料
第２款　無菌製剤処理料
第２節　薬剤料
第３節　特定保険医療材料料
第７部　リハビリテーション
第１節　リハビリテーション料
第２節　薬剤料
第８部　精神科専門療法
第１節　精神科専門療法料

第２節　薬剤料
第９部　処置
第１節　処置料
第２節　処置医療機器等加算
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第10部　手術
第１節　手術料
第１款　皮膚・皮下組織
第２款　筋骨格系・四肢・体幹
第３款　神経系・頭蓋
第４款　眼
第５款　耳鼻咽喉
第６款　顔面・口腔（くう）・頸（けい）部
第７款　胸部
第８款　心・脈管
第９款　腹部
第10款　尿路系・副腎
第11款　性器
第12款　削除
第13款　手術等管理料
第２節　輸血料
第３節　手術医療機器等加算
第４節　薬剤料
第５節　特定保険医療材料料
第11部　麻酔
第１節　麻酔料
第２節　神経ブロック料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第12部　放射線治療

第２節　薬剤料
第９部　処置
第１節　処置料
第２節　処置医療機器等加算
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第10部　手術
第１節　手術料
第１款　皮膚・皮下組織
第２款　筋骨格系・四肢・体幹
第３款　神経系・頭蓋
第４款　眼
第５款　耳鼻咽喉
第６款　顔面・口腔（くう）・頸（けい）部
第７款　胸部
第８款　心・脈管
第９款　腹部
第10款　尿路系・副腎
第11款　性器
第12款　削除
第13款　手術等管理料
第２節　輸血料
第３節　手術医療機器等加算
第４節　薬剤料
第５節　特定保険医療材料料
第11部　麻酔
第１節　麻酔料
第２節　神経ブロック料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第12部　放射線治療

第１節　放射線治療管理・実施料
第２節　特定保険医療材料料
第13部　病理診断
第１節　病理標本作製料
第２節　病理診断・判断料
第14部　その他
第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料
第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
第４章　経過措置
第１章　基本診療料
第１部　初・再診料
通則
（略）
第１節　初診料
区分
Ａ０００　初診料　291点
注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、253点を算定する。
２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病

第１節　放射線治療管理・実施料
第２節　特定保険医療材料料
第13部　病理診断
第１節　病理標本作製料
第２節　病理診断・判断料
（新設）
第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料
第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
第４章　経過措置
第１章　基本診療料
第１部　初・再診料
通則
（略）
第１節　初診料
区分
Ａ０００　初診料　288点
注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病

床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかか

床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかか

わらず、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。

５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り146点（注１のただし書に規定する場合にあっては、127点）を、この場合において注２から注４までに規定する場合は、108点（注１のただし書に規定する場合にあっては、94点

わらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り144点（注１のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注２から注４までに規定する場合は、107点（注１のただし書に規定する場合にあっては、93点

）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注16までに規定する加算は算定しない。	）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注15までに規定する加算は算定しない。
６～10　（略）	６～10　（略）
11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。	11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。
12　注11本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	12　注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。
13　注11本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	13　注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。
14　注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等	14　削除

に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	
（削る）	15　初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。
15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
16　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。	（新設）

第２節　再診料

区分

Ａ００１　再診料　75点

注１　（略）

２　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。

３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、38点（注２に規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。

４～８　（略）

９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外対応加算１　５点

第２節　再診料

区分

Ａ００１　再診料　73点

注１　（略）

２　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。

３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、37点（注２に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。

４～８　（略）

９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外対応加算１　５点

ロ　時間外対応加算２　４点
ハ　時間外対応加算３　３点
ニ　時間外対応加算４　１点

11　（略）

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　地域包括診療加算１　28点
ロ　地域包括診療加算２　21点

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　認知症地域包括診療加算１　38点
ロ　認知症地域包括診療加算２　31点

（新設）

ロ　時間外対応加算２　３点
ハ　時間外対応加算３　１点

11　（略）

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　地域包括診療加算１　25点
ロ　地域包括診療加算２　18点

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　認知症地域包括診療加算１　35点
ロ　認知症地域包括診療加算２　28点

14　（略）	14　（略）
15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。	15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。
16　注15本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	16　注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。
17　注15本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	17　注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。
18　注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に１回	（新設）

に限り５点を更に所定点数に加算する。	
（削る）	18　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
19　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
Ａ００２　外来診療料　76点	Ａ００２　外来診療料　74点
注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行っ	注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行っ

た場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、75点を算定する。

2　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、56点を算定する。

3　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、56点を算定する。

4　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別

た場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。

2　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。

3　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。

4　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別

に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、56点を算定する。	に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。
５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り38点（注２から注４までに規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注11までに規定する加算は算定しない。	５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り37点（注２から注４までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注10までに規定する加算は算定しない。
６～９　（略）	６～９　（略）
（削る）	10　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４	（新設）

として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
Ａ００３　（略）	Ａ００３　（略）
第２部　入院料等	第２部　入院料等
通則	通則
１～６　（略）	１～６　（略）
７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１のそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。	７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
８　（略）	８　（略）
９　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	（新設）
第１節　入院基本料	第１節　入院基本料
区分	区分
Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）	Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）
１　急性期一般入院基本料	１　急性期一般入院基本料
イ　急性期一般入院料１　1,688点	イ　急性期一般入院料１　1,650点

ロ　急性期一般入院料２　1,644点
ハ　急性期一般入院料３　1,569点
ニ　急性期一般入院料４　1,462点
ホ　急性期一般入院料５　1,451点
ヘ　急性期一般入院料６　1,404点
２　地域一般入院基本料
イ　地域一般入院料１　1,176点
ロ　地域一般入院料２　1,170点
ハ　地域一般入院料３　1,003点
注１　（略）
２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、612点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
３～９　（略）
10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

ロ　急性期一般入院料２　1,619点
ハ　急性期一般入院料３　1,545点
ニ　急性期一般入院料４　1,440点
ホ　急性期一般入院料５　1,429点
ヘ　急性期一般入院料６　1,382点
２　地域一般入院基本料
イ　地域一般入院料１　1,159点
ロ　地域一般入院料２　1,153点
ハ　地域一般入院料３　988点
注１　（略）
２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
３～９　（略）
10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

に算定できる。 イ～カ　（略） ヨ　特定感染症入院医療管理加算 タ～ム　（略） ウ　特定感染症患者療養環境特別加算 ヰ～ヤ　（略） マ　小児緩和ケア診療加算 ケ～テ　（略） ア　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（急性期一般入院基本料に限る。） サ～ス　（略） ン　バイオ後続品使用体制加算 イイ～イハ　（略） イニ　医療的ケア児（者）入院前支援加算 イホ～イヌ　（略） イル　協力対象施設入所者入院加算 11　（略） （削る）	に算定できる。 イ～カ　（略） （新設） ヨ～ラ　（略） ム　二類感染症患者療養環境特別加算 ウ～ク　（略） （新設） ヤ～コ　（略） （新設） エ～ヒ　（略） （新設） モ～ス　（略） （新設） ン～イホ （新設） 11　（略） 12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。
Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき） １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　1,964点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、	Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき） １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、

1,949点）	1,798点）
ロ　入院料２　1,909点（生活療養を受ける場合にあっては、1,895点）	ロ　入院料Ｂ　1,758点（生活療養を受ける場合にあっては、1,744点）
ハ　入院料３　1,621点（生活療養を受ける場合にあっては、1,607点）	ハ　入院料Ｃ　1,471点（生活療養を受ける場合にあっては、1,457点）
ニ　入院料４　1,692点（生活療養を受ける場合にあっては、1,677点）	（新設）
ホ　入院料５　1,637点（生活療養を受ける場合にあっては、1,623点）	（新設）
ヘ　入院料６　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）	（新設）
ト　入院料７　1,644点（生活療養を受ける場合にあっては、1,629点）	（新設）
チ　入院料８　1,589点（生活療養を受ける場合にあっては、1,575点）	（新設）
リ　入院料９　1,301点（生活療養を受ける場合にあっては、1,287点）	（新設）
ヌ　入院料10　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ル　入院料11　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
ヲ　入院料12　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
ワ　入院料13　1,455点（生活療養を受ける場合にあっては、1,440点）	ニ　入院料Ｄ　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,399点）
カ　入院料14　1,427点（生活療養を受ける場合にあっては、1,413点）	ホ　入院料Ｅ　1,386点（生活療養を受ける場合にあっては、1,372点）
ヨ　入院料15　1,273点（生活療養を受ける場合にあっては、1,258点）	ヘ　入院料Ｆ　1,232点（生活療養を受ける場合にあっては、1,217点）
タ　入院料16　1,371点（生活療養を受ける場合にあっては、1,356点）	（新設）

レ　入院料17　1,343点（生活療養を受ける場合にあっては、1,329点）	（新設）
ソ　入院料18　1,189点（生活療養を受ける場合にあっては、1,174点）	（新設）
ツ　入院料19　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ネ　入院料20　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
ナ　入院料21　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
ラ　入院料22　1,442点（生活療養を受ける場合にあっては、1,427点）	（新設）
ム　入院料23　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,400点）	（新設）
ウ　入院料24　1,260点（生活療養を受ける場合にあっては、1,245点）	（新設）
ヰ　入院料25　983点（生活療養を受ける場合にあっては、968点）	ト　入院料G　968点（生活療養を受ける場合にあっては、953点）
ノ　入院料26　935点（生活療養を受ける場合にあっては、920点）	チ　入院料H　920点（生活療養を受ける場合にあっては、905点）
オ　入院料27　830点（生活療養を受ける場合にあっては、816点）	リ　入院料Ｉ　815点（生活療養を受ける場合にあっては、801点）
ク　入院料28　1,831点（生活療養を受ける場合にあっては、1,816点）	（新設）
ヤ　入院料29　1,776点（生活療養を受ける場合にあっては、1,762点）	（新設）
マ　入院料30　1,488点（生活療養を受ける場合にあっては、1,474点）	（新設）
２　療養病棟入院料２	２　療養病棟入院料２
イ　入院料１　1,899点（生活療養を受ける場合にあっては、1,885点）	イ　入院料A　1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）

ロ　入院料２　1,845点（生活療養を受ける場合にあっては、1,831点）	ロ　入院料Ｂ　1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ　入院料３　1,556点（生活療養を受ける場合にあっては、1,542点）	ハ　入院料Ｃ　1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ　入院料４　1,627点（生活療養を受ける場合にあっては、1,613点）	（新設）
ホ　入院料５　1,573点（生活療養を受ける場合にあっては、1,559点）	（新設）
ヘ　入院料６　1,284点（生活療養を受ける場合にあっては、1,270点）	（新設）
ト　入院料７　1,579点（生活療養を受ける場合にあっては、1,565点）	（新設）
チ　入院料８　1,525点（生活療養を受ける場合にあっては、1,511点）	（新設）
リ　入院料９　1,236点（生活療養を受ける場合にあっては、1,222点）	（新設）
ヌ　入院料10　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ル　入院料11　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698点）	（新設）
ヲ　入院料12　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）	（新設）
ワ　入院料13　1,389点（生活療養を受ける場合にあっては、1,375点）	ニ　入院料Ｄ　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）
カ　入院料14　1,362点（生活療養を受ける場合にあっては、1,347点）	ホ　入院料Ｅ　1,322点（生活療養を受ける場合にあっては、1,307点）
ヨ　入院料15　1,207点（生活療養を受ける場合にあっては、1,193点）	ヘ　入院料Ｆ　1,167点（生活療養を受ける場合にあっては、1,153点）
タ　入院料16　1,305点（生活療養を受ける場合にあっては、1,291点）	（新設）
レ　入院料17　1,278点（生活療養を受ける場合	（新設）

にあっては、1,263点）	
ソ　入院料18　1,123点（生活療養を受ける場合にあっては、1,109点）	（新設）
ツ　入院料19　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ネ　入院料20　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698点）	（新設）
ナ　入院料21　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）	（新設）
ラ　入院料22　1,376点（生活療養を受ける場合にあっては、1,362点）	（新設）
ム　入院料23　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,334点）	（新設）
ウ　入院料24　1,194点（生活療養を受ける場合にあっては、1,180点）	（新設）
ヰ　入院料25　918点（生活療養を受ける場合にあっては、904点）	ト　入院料G　903点（生活療養を受ける場合にあっては、889点）
ノ　入院料26　870点（生活療養を受ける場合にあっては、856点）	チ　入院料H　855点（生活療養を受ける場合にあっては、841点）
オ　入院料27　766点（生活療養を受ける場合にあっては、751点）	リ　入院料Ｉ　751点（生活療養を受ける場合にあっては、736点）
ク　入院料28　1,766点（生活療養を受ける場合にあっては、1,752点）	（新設）
ヤ　入院料29　1,712点（生活療養を受ける場合にあっては、1,698点）	（新設）
マ　入院料30　1,423点（生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）	（新設）
注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）で	注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）で

あって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料１から12まで、19から21まで又は28から30までのいずれかを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料13から18まで又は22から24までのいずれかを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料27を算定する。

２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、582点（生活療養を受ける場合にあっては、568点）を算定できる。

３～６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

あって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。

２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあっては、563点）を算定できる。

３～６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ラ　（略）
ム　医療的ケア児（者）入院前支援加算
ウ～ノ　（略）
オ　協力対象施設入所者入院加算
８～10　（略）
（削る）

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、経腸栄養管理加算として、入院中１回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して７日を限度として、１日につき300点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲

イ～ラ　（略）
（新設）
ム～ヰ　（略）
（新設）
８～10　（略）
11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。
（新設）

げる栄養サポートチーム加算、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料又は区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。この場合において注13に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。

（削る）

（削る）

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。

イ	看護補助体制充実加算１	80点
ロ	看護補助体制充実加算２	65点
ハ	看護補助体制充実加算３	55点

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１	７対１入院基本料	1,677点
２	10対１入院基本料	1,405点
３	13対１入院基本料	1,182点
４	15対１入院基本料	1,013点
５	18対１入院基本料	868点
６	20対１入院基本料	819点

注１　（略）

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ	夜間看護加算	50点
ロ	看護補助体制充実加算	55点

（新設）

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１	７対１入院基本料	1,654点
２	10対１入院基本料	1,385点
３	13対１入院基本料	1,165点
４	15対１入院基本料	998点
５	18対１入院基本料	854点
６	20対１入院基本料	806点

注１　（略）

２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、586点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

３・４　（略）

５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ　（略）

ソ　特定感染症患者療養環境特別加算

ツ～オ　（略）

ク　バイオ後続品使用体制加算

ヤ～ケ　（略）

フ　医療的ケア児（者）入院前支援加算

コ～サ　（略）

キ　協力対象施設入所者入院加算

６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施

２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

３・４　（略）

５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ　（略）

ソ　二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～オ　（略）

（新設）

ク～マ　（略）

（新設）

ケ～テ　（略）

（新設）

６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施

設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、596点を算定できる。

７・８　（略）

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１	10対１入院基本料	1,306点
２	13対１入院基本料	973点
３	15対１入院基本料	844点
４	18対１入院基本料	753点
５	20対１入院基本料	697点

注１　（略）

２　注１に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、566点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして

設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。

７・８　（略）

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１	10対１入院基本料	1,287点
２	13対１入院基本料	958点
３	15対１入院基本料	830点
４	18対１入院基本料	740点
５	20対１入院基本料	685点

注１　（略）

２　注１に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして

地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

３～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～リ　（略）

ヌ　特定感染症入院医療管理加算

ル～ツ　（略）

ネ　特定感染症患者療養環境特別加算

ナ　（略）

（削る）

ラ～ユ　（略）

メ　バイオ後続品使用体制加算

ミ・シ　（略）

ヱ　精神科入退院支援加算

ヒ～ス　（略）

ン　協力対象施設入所者入院加算

７　（略）

８　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ａ２４６－２に掲げる精神科入退院支援加算、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－

地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

３～５　（略）

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～リ　（略）

（新設）

ヌ～ソ　（略）

ツ　二類感染症患者療養環境特別加算

ネ　（略）

ナ　精神科措置入院退院支援加算

ラ～ユ　（略）

（新設）

メ・ミ　（略）

（新設）

シ～モ　（略）

（新設）

７　（略）

８　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｉ０１１に

２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

９　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、576点を算定できる。

10　（略）

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）

１　一般病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,822点
ロ　10対１入院基本料	1,458点

２　結核病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,822点
ロ　10対１入院基本料	1,458点
ハ　13対１入院基本料	1,228点
ニ　15対１入院基本料	1,053点

３　精神病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,551点
ロ　10対１入院基本料	1,393点
ハ　13対１入院基本料	1,038点

掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

９　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。

10　（略）

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）

１　一般病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,718点
ロ　10対１入院基本料	1,438点

２　結核病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,718点
ロ　10対１入院基本料	1,438点
ハ　13対１入院基本料	1,210点
ニ　15対１入院基本料	1,037点

３　精神病棟の場合

イ　７対１入院基本料	1,450点
ロ　10対１入院基本料	1,373点
ハ　13対１入院基本料	1,022点

ニ　15対１入院基本料　948点

注１～７　（略）

８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヌ　（略）

ル　特定感染症入院医療管理加算

ヲ・ワ　（略）

カ　看護補助加算（一般病棟を除く。）

ヨ～ソ　（略）

ツ　特定感染症患者療養環境特別加算

ネ～ウ　（略）

ヰ　小児緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）

ノ　（略）

（削る）

オ～ア　（略）

サ　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（一般病棟に限る。）

キ～ン　（略）

イイ　バイオ後続品使用体制加算

イロ～イニ　（略）

イホ　精神科入退院支援加算（精神病棟に限る。）

イヘ　医療的ケア児（者）入院前支援加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

イト～イワ　（略）

イカ　協力対象施設入所者入院加算

９　（略）

ニ　15対１入院基本料　933点

注１～７　（略）

８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヌ　（略）

（新設）

ル・ヲ　（略）

ワ　看護補助加算

カ～レ　（略）

ソ　二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～ム　（略）

（新設）

ウ　（略）

ヰ　精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）

ノ～テ　（略）

（新設）

ア～セ　（略）

（新設）

ス～イイ　（略）

（新設）

（新設）

イロ～イチ　（略）

（新設）

９　（略）

（削る）

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔（くう）連携体制加算、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

（削る）

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

12　注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時１回に限り、50点を更に所定点数に加算する。

Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）

１　７対１入院基本料　1,705点

２　10対１入院基本料　1,421点

３　13対１入院基本料　1,191点

注１～６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヌ　（略）

ル　特定感染症入院医療管理加算

ヲ～ソ　（略）

ツ　特定感染症患者療養環境特別加算

ネ～ウ　（略）

ヰ　小児緩和ケア診療加算

ノ～マ　（略）

ケ　リハビリテーション・栄養・口腔（くう）連携体制加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）

フ～ミ　（略）

シ　バイオ後続品使用体制加算

ヱ～モ　（略）

セ　医療的ケア児（者）入院前支援加算

ス～イハ　（略）

イニ　協力対象施設入所者入院加算

８　（略）

（削る）

Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）

１　７対１入院基本料　1,667点

２　10対１入院基本料　1,396点

３　13対１入院基本料　1,174点

注１～６　（略）

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヌ　（略）

（新設）

ル～レ　（略）

ソ　二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～ム　（略）

（新設）

ウ～ク　（略）

（新設）

ヤ～キ　（略）

（新設）

ユ～ミ　（略）

（新設）

シ～セ　（略）

（新設）

８　（略）

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等

9　（略）	体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。 10　（略）
Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）	Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）
１　７対１入院基本料　1,637点	１　７対１入院基本料　1,615点
２　10対１入院基本料　1,375点	２　10対１入院基本料　1,356点
３　13対１入院基本料　1,155点	３　13対１入院基本料　1,138点
４　15対１入院基本料　1,010点	４　15対１入院基本料　995点
注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
２～４　（略）	２～４　（略）
５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大	５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大

臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注13の規定にかかわらず、特定入院基本料として984点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、878点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,517点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,377点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病

臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,496点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,358点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病

棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,362点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,224点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,262点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,124点

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ　（略）

ヘ　特定感染症入院医療管理加算

ト～ヨ　（略）

タ　特定感染症患者療養環境特別加算

レ～キ　（略）

ノ　バイオ後続品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

オ・ク　（略）

ヤ　医療的ケア児（者）入院前支援加算

マ・ケ　（略）

フ　協力対象施設入所者入院加算

８　注６、注13又は注14に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルム

棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,343点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,206点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,244点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,107点

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ　（略）

（新設）

ヘ～カ　（略）

ヨ　二類感染症患者療養環境特別加算

タ～ウ　（略）

（新設）

キ・ノ　（略）

（新設）

オ・ク　（略）

（新設）

８　注６又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用

の費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。

（削る）

イ　14日以内の期間　146点

ロ　15日以上30日以内の期間　121点

（削る）

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例に

を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護補助加算

(1)　14日以内の期間　146点

(2)　15日以上30日以内の期間　121点

ロ　看護補助体制充実加算

(1)　14日以内の期間　151点

(2)　15日以上30日以内の期間　126点

（新設）

より所定点数に加算する。

イ　14日以内の期間

⑴　看護補助体制充実加算１　176点

⑵　看護補助体制充実加算２　161点

⑶　看護補助体制充実加算３　151点

ロ　15日以上30日以内の期間

⑴　看護補助体制充実加算１　151点

⑵　看護補助体制充実加算２　136点

⑶　看護補助体制充実加算３　126点

11　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り161点を所定点数に加算する。

12　（略）

13　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,364点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

10　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

11　（略）

12　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

1,239点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの

1,225点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

1,100点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの

1,135点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

1,010点

14　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注13に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

1,581点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,420点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病

1,221点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの

1,207点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

1,084点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの

1,118点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの

995点

（新設）

棟に入院している場合	1,315点
Ａ１０７　（略）	
Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）	
１　有床診療所入院基本料１	
イ　14日以内の期間	932点
ロ　15日以上30日以内の期間	724点
ハ　31日以上の期間	615点
２　有床診療所入院基本料２	
イ　14日以内の期間	835点
ロ　15日以上30日以内の期間	627点
ハ　31日以上の期間	566点
３　有床診療所入院基本料３	
イ　14日以内の期間	616点
ロ　15日以上30日以内の期間	578点
ハ　31日以上の期間	544点
４　有床診療所入院基本料４	
イ　14日以内の期間	838点
ロ　15日以上30日以内の期間	652点
ハ　31日以上の期間	552点
５　有床診療所入院基本料５	
イ　14日以内の期間	750点
ロ　15日以上30日以内の期間	564点
ハ　31日以上の期間	509点
６　有床診療所入院基本料６	
イ　14日以内の期間	553点
ロ　15日以上30日以内の期間	519点
ハ　31日以上の期間	490点
注１～７　（略）	
８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場	

Ａ１０７　（略）	
Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）	
１　有床診療所入院基本料１	
イ　14日以内の期間	917点
ロ　15日以上30日以内の期間	712点
ハ　31日以上の期間	604点
２　有床診療所入院基本料２	
イ　14日以内の期間	821点
ロ　15日以上30日以内の期間	616点
ハ　31日以上の期間	555点
３　有床診療所入院基本料３	
イ　14日以内の期間	605点
ロ　15日以上30日以内の期間	567点
ハ　31日以上の期間	534点
４　有床診療所入院基本料４	
イ　14日以内の期間	824点
ロ　15日以上30日以内の期間	640点
ハ　31日以上の期間	542点
５　有床診療所入院基本料５	
イ　14日以内の期間	737点
ロ　15日以上30日以内の期間	553点
ハ　31日以上の期間	499点
６　有床診療所入院基本料６	
イ　14日以内の期間	543点
ロ　15日以上30日以内の期間	509点
ハ　31日以上の期間	480点
注１～７　（略）	
８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場	

合に算定できる。

イ～ト　（略）

チ　特定感染症入院医療管理加算

リ～カ　（略）

ヨ　特定感染症患者療養環境特別加算

タ～オ　（略）

ク　バイオ後続品使用体制加算

ヤ　（略）

マ　医療的ケア児（者）入院前支援加算

ケ・フ　（略）

コ　協力対象施設入所者入院加算

９～11　（略）

12　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者）については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　介護障害連携加算１　192点

ロ　介護障害連携加算２　38点

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）

１　入院基本料Ａ　1,073点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,058点）

２　入院基本料Ｂ　960点

（生活療養を受ける場合にあっては、944点）

３　入院基本料Ｃ　841点

（生活療養を受ける場合にあっては、826点）

合に算定できる。

イ～ト　救急医療管理加算

（新設）

チ～ワ　（略）

カ　二類感染症患者療養環境特別加算

ヨ～ノ　（略）

（新設）

オ　（略）

（新設）

ク・ヤ　（略）

（新設）

９～11　（略）

12　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　介護連携加算１　192点

ロ　介護連携加算２　38点

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）

１　入院基本料Ａ　1,057点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,042点）

２　入院基本料Ｂ　945点

（生活療養を受ける場合にあっては、929点）

３　入院基本料Ｃ　827点

（生活療養を受ける場合にあっては、813点）

４　入院基本料Ｄ　665点 （生活療養を受ける場合にあっては、650点） ５　入院基本料Ｅ　575点 （生活療養を受ける場合にあっては、560点） 注１　（略） ２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、493点（生活療養を受ける場合にあっては、478点）を算定できる。 ３～７　（略） ８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） ソ　医療的ケア児（者）入院前支援加算 ツ・ネ　（略） ナ　協力対象施設入所者入院加算 ９～12　（略） 第２節　入院基本料等加算 区分 Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき） １　総合入院体制加算１　260点 ２　総合入院体制加算２　200点 ３　（略） 注　（略） Ａ２００－２　急性期充実体制加算（１日につき） １　急性期充実体制加算１ イ　７日以内の期間　440点	４　入院基本料Ｄ　653点 （生活療養を受ける場合にあっては、638点） ５　入院基本料Ｅ　564点 （生活療養を受ける場合にあっては、549点） 注１　（略） ２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点（生活療養を受ける場合にあっては、473点）を算定できる。 ３～７　（略） ８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） （新設） ソ・ツ　（略） （新設） ９～12　（略） 第２節　入院基本料等加算 区分 Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき） １　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　180点 ３　（略） 注　（略） Ａ２００－２　急性期充実体制加算（１日につき） （新設） １　７日以内の期間　460点

ロ　８日以上11日以内の期間　200点 ハ　12日以上14日以内の期間　120点 ２　急性期充実体制加算２ イ　７日以内の期間　360点 ロ　８日以上11日以内の期間　150点 ハ　12日以上14日以内の期間　90点 注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。 ２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　90点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　60点 ３　注２に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	２　８日以上11日以内の期間　250点 ３　12日以上14日以内の期間　180点 （新設） 注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。 （新設） ２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。
Ａ２０１からＡ２０３まで～Ａ２０４－３　（略）	Ａ２０１からＡ２０３まで～Ａ２０４－３　（略）
Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）	Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して７日を限度として、210点を所定点数に加算する。	注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。
２・３　（略）	２・３　（略）
Ａ２０５－２～Ａ２０６　（略）	Ａ２０５－２～Ａ２０６　（略）
Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日）	Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日）
１　診療録管理体制加算１　140点	１　診療録管理体制加算１　100点
２　診療録管理体制加算２　100点	２　診療録管理体制加算２　30点
３　診療録管理体制加算３　30点	（新設）
注　診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労	注　診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労

働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ	15対１補助体制加算	1,070点
ロ	20対１補助体制加算	855点
ハ	25対１補助体制加算	725点
ニ	30対１補助体制加算	630点
ホ	40対１補助体制加算	530点
ヘ	50対１補助体制加算	450点
ト	75対１補助体制加算	370点
チ	100対１補助体制加算	320点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ	15対１補助体制加算	995点
ロ	20対１補助体制加算	790点
ハ	25対１補助体制加算	665点
ニ	30対１補助体制加算	580点
ホ	40対１補助体制加算	495点
ヘ	50対１補助体制加算	415点
ト	75対１補助体制加算	335点
チ	100対１補助体制加算	280点

注　（略）

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１～４　（略）

注１・２　（略）

働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ	15対１補助体制加算	1,050点
ロ	20対１補助体制加算	835点
ハ	25対１補助体制加算	705点
ニ	30対１補助体制加算	610点
ホ	40対１補助体制加算	510点
ヘ	50対１補助体制加算	430点
ト	75対１補助体制加算	350点
チ	100対１補助体制加算	300点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ	15対１補助体制加算	975点
ロ	20対１補助体制加算	770点
ハ	25対１補助体制加算	645点
ニ	30対１補助体制加算	560点
ホ	40対１補助体制加算	475点
ヘ	50対１補助体制加算	395点
ト	75対１補助体制加算	315点
チ	100対１補助体制加算	260点

注　（略）

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１～４　（略）

注１・２　（略）

３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。	３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。
４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。	４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。
イ　看護補助体制充実加算１　20点	（新設）
ロ　看護補助体制充実加算２　５点	（新設）
Ａ２０７－４・Ａ２０８	Ａ２０７－４・Ａ２０８
Ａ２０９　特定感染症入院医療管理加算（１日につき）	Ａ２０９　削除
１　治療室の場合　200点	
２　それ以外の場合　100点	
注　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症の患者、同条第５項に規定する四類感染症の患者、同条第６項に規定する五類感染症の患者及び同条第８項に規定する指定感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算す	

る。

Ａ２１０・Ａ２１１　（略）

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注２に規定する小児加算、区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して５日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。

４　（略）

Ａ２１３　（略）

Ａ２１４　看護補助加算（１日につき）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り176点を更に所定点数に加算する。

Ａ２１０・Ａ２１１　（略）

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注２に規定する小児加算、区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して５日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。

４　（略）

Ａ２１３　（略）

Ａ２１４　看護補助加算（１日につき）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。	４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。
イ　看護補助体制充実加算１　20点	（新設）
ロ　看護補助体制充実加算２　５点	（新設）
Ａ２１５からＡ２１７まで～Ａ２２０　（略）	Ａ２１５からＡ２１７まで～Ａ２２０　（略）
Ａ２２０－２　特定感染症患者療養環境特別加算（１日につき）	Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注　保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。	注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。
イ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症	（新設）
ロ　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症	（新設）
ハ　感染症法第６条第５項に規定する四類感染症	（新設）
ニ　感染症法第６条第６項に規定する五類感染症	（新設）
ホ　感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症	（新設）

へ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症	（新設）
Ａ２２１～Ａ２２６－３　（略）	Ａ２２１～Ａ２２６－３　（略）
Ａ２２６－４　小児緩和ケア診療加算（１日につき）　700点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２２６－２に掲げる緩和ケア診療加算は別に算定できない。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ａ２２７　（略）	Ａ２２７　（略）
（削る）	Ａ２２７－２　精神科措置入院退院支援加算（退院時１回）　600点 注　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退

	院時１回に限り、所定点数に加算する。
Ａ２２８～Ａ２３１－４　（略）	Ａ２２８～Ａ２３１－４　（略）
Ａ２３２　がん拠点病院加算（入院初日）	Ａ２３２　がん拠点病院加算（入院初日）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、１のイ又はロの所定点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。
２　（略）	２　（略）
Ａ２３３　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）　120点	Ａ２３３　削除
注　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日	（新設）

を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。	
Ａ２３３－２・Ａ２３４　（略）	Ａ２３３－２・Ａ２３４　（略）
Ａ２３４－２　感染対策向上加算（入院初日）	Ａ２３４－２　感染対策向上加算（入院初日）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、３点を更に所定点数に加算する。	４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。
５　感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用加算として、５点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ａ２３４－３～Ａ２４２－２　（略）	Ａ２３４－３～Ａ２４２－２　（略）
Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算（入院初日）	Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算（入院初日）
１　後発医薬品使用体制加算１　87点	１　後発医薬品使用体制加算１　47点
２　後発医薬品使用体制加算２　82点	２　後発医薬品使用体制加算２　42点
３　後発医薬品使用体制加算３　77点	３　後発医薬品使用体制加算３　37点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）につ	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下こ

いて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	の区分番号において同じ。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　後発医薬品使用体制加算１　67点 ロ　後発医薬品使用体制加算２　62点 ハ　後発医薬品使用体制加算３　57点
（削る） （削る） （削る）	
Ａ２４３－２　バイオ後続品使用体制加算（入院初日）　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。	（新設）
Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算 １・２　（略） 注１　（略） ２　病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算	Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算 １・２　（略） 注　（略） （新設）

１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週１回に限り100点を所定点数に加算する。

Ａ２４５　データ提出加算

１　データ提出加算１（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　145点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　215点

２　データ提出加算２（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　155点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　225点

３　データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　145点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　215点

４　データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　155点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　225点

注１　（略）

２　３及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施

Ａ２４５　データ提出加算

１　データ提出加算１（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点

２　データ提出加算２（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　220点

３　データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点

４　データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　220点

注１　（略）

２　３及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施

設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに１回、所定点数に加算する。

（削る）

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　入退院支援加算３は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

イ　当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを

設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに１回、所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１～３　（略）

注１・２　（略）

３　入退院支援加算３は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

イ　当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を

現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合 ロ　（略） ４～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　入院時支援加算１　240点 ロ　（略） ８　（略） ９　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。	行った場合 ロ　（略） ４～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　入院時支援加算１　230点 ロ　（略） ８　（略） （新設）
Ａ２４６－２　精神科入退院支援加算（退院時１回）　1,000点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注７若しくは区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料の注５に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算	（新設）

又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

イ　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合

ロ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

２　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４６－３　医療的ケア児（者）入院前支援加算　1,000点　（新設）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定

している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき１回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。 ３　区分番号Ａ２４６の注７に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。 Ａ２４７　認知症ケア加算（１日につき） １　認知症ケア加算１ イ　14日以内の期間　180点 ロ　15日以上の期間　34点 ２　認知症ケア加算２ イ　14日以内の期間　112点 ロ　15日以上の期間　28点 ３　認知症ケア加算３ イ　14日以内の期間　44点 ロ　15日以上の期間　10点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定	Ａ２４７　認知症ケア加算（１日につき） １　認知症ケア加算１ イ　14日以内の期間　160点 ロ　15日以上の期間　30点 ２　認知症ケア加算２ イ　14日以内の期間　100点 ロ　15日以上の期間　25点 ３　認知症ケア加算３ イ　14日以内の期間　40点 ロ　15日以上の期間　10点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定

できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ａ２４７－２に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

Ａ２４７－２～Ａ２５２　（略）

Ａ２５３　協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

１　往診が行われた場合　600点

２　１以外の場合　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）

できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

Ａ２４７－２～Ａ２５２　（略）

（新設）

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）

１　救命救急入院料１	
イ　３日以内の期間	10,268点
ロ　４日以上７日以内の期間	9,292点
ハ　８日以上の期間	7,934点
２　救命救急入院料２	
イ　３日以内の期間	11,847点
ロ　４日以上７日以内の期間	10,731点
ハ　８日以上の期間	9,413点
３　救命救急入院料３	
イ　救命救急入院料	
⑴　３日以内の期間	10,268点
⑵　４日以上７日以内の期間	9,292点
⑶　８日以上の期間	7,934点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　３日以内の期間	10,268点
⑵　４日以上７日以内の期間	9,292点
⑶　８日以上60日以内の期間	8,356点
４　救命救急入院料４	
イ　救命救急入院料	
⑴　３日以内の期間	11,847点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,731点
⑶　８日以上の期間	9,413点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　３日以内の期間	11,847点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,731点
⑶　８日以上14日以内の期間	9,413点
⑷　15日以上60日以内の期間	8,356点
注１～６　（略）	
７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含ま	

１　救命救急入院料１	
イ　３日以内の期間	10,223点
ロ　４日以上７日以内の期間	9,250点
ハ　８日以上の期間	7,897点
２　救命救急入院料２	
イ　３日以内の期間	11,802点
ロ　４日以上７日以内の期間	10,686点
ハ　８日以上の期間	9,371点
３　救命救急入院料３	
イ　救命救急入院料	
⑴　３日以内の期間	10,223点
⑵　４日以上７日以内の期間	9,250点
⑶　８日以上の期間	7,897点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　３日以内の期間	10,223点
⑵　４日以上７日以内の期間	9,250点
⑶　８日以上60日以内の期間	8,318点
４　救命救急入院料４	
イ　救命救急入院料	
⑴　３日以内の期間	11,802点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,686点
⑶　８日以上の期間	9,371点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　３日以内の期間	11,802点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,686点
⑶　８日以上14日以内の期間	9,371点
⑷　15日以上60日以内の期間	8,318点
注１～６　（略）	
７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含ま	

れるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

８～11　（略）

Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）

１　特定集中治療室管理料１

イ　７日以内の期間　14,406点

ロ　８日以上の期間　12,828点

２　特定集中治療室管理料２

イ　特定集中治療室管理料

⑴　７日以内の期間　14,406点

⑵　８日以上の期間　12,828点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

⑴　７日以内の期間　14,406点

⑵　８日以上60日以内の期間　13,028点

３　特定集中治療室管理料３

れるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

８～11　（略）

Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）

１　特定集中治療室管理料１

イ　７日以内の期間　14,211点

ロ　８日以上の期間　12,633点

２　特定集中治療室管理料２

イ　特定集中治療室管理料

⑴　７日以内の期間　14,211点

⑵　８日以上の期間　12,633点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

⑴　７日以内の期間　14,211点

⑵　８日以上60日以内の期間　12,833点

３　特定集中治療室管理料３

イ　７日以内の期間	9,890点
ロ　８日以上の期間	8,307点
４　特定集中治療室管理料４	
イ　特定集中治療室管理料	
⑴　７日以内の期間	9,890点
⑵　８日以上の期間	8,307点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　７日以内の期間	9,890点
⑵　８日以上60日以内の期間	8,507点
５　特定集中治療室管理料５	
イ　７日以内の期間	8,890点
ロ　８日以上の期間	7,307点
６　特定集中治療室管理料６	
イ　特定集中治療室管理料	
⑴　７日以内の期間	8,890点
⑵　８日以上の期間	7,307点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　７日以内の期間	8,890点
⑵　８日以上60日以内の期間	7,507点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２、４及び６に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２、４及び６に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険

イ　７日以内の期間	9,697点
ロ　８日以上の期間	8,118点
４　特定集中治療室管理料４	
イ　特定集中治療室管理料	
⑴　７日以内の期間	9,697点
⑵　８日以上の期間	8,118点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
⑴　７日以内の期間	9,697点
⑵　８日以上60日以内の期間	8,318点
（新設）	
（新設）	

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　（略）

３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

４～６　（略）

７　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する保険医療機関であって別に

に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　（略）

３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

４～６　（略）

（新設）

厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,889点

２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,250点

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,855点

２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,224点

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

３・４　（略）

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　6,045点

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

３・４　（略）

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１　７日以内の期間　16,362点

２　８日以上の期間　14,256点

ハ～チ　（略）

３・４　（略）

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　6,013点

注１　（略）

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ　（略）

３・４　（略）

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１　７日以内の期間　16,317点

２　８日以上の期間　14,211点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、術後疼（とう）痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	
ハ～チ　（略）	ハ～チ　（略）
３・４　（略）	３・４　（略）
Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）	Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）
１　新生児特定集中治療室管理料１　10,584点	１　新生児特定集中治療室管理料１　10,539点
２　新生児特定集中治療室管理料２　8,472点	２　新生児特定集中治療室管理料２　8,434点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。	２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）		イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０２－２　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）　14,539点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して７日を限度として、所定点数を算定する。 ２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室	（新設）	

重症児対応体制強化管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ　第13部第１節の病理標本作製料

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）

１　母体・胎児集中治療室管理料　7,417点

２　新生児集中治療室管理料　10,584点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１につ

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）

１　母体・胎児集中治療室管理料　7,381点

２　新生児集中治療室管理料　10,539点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１につ

いては妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る

いては妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重

。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～リ　（略）

３　（略）

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）　5,728点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を

症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～リ　（略）

３　（略）

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）　5,697点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。

限度として算定する。 ２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）	２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。 ２　入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	Ａ３０４　削除 （新設） （新設）

３　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の1000分の５に相当する点数を減算する。 イ　年６日以内であること。 ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。	（新設）
４　診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症入院医療管理加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。） ハ　第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、Ｂ００１に掲げる特定疾患治療管理料、Ｂ００１－２に掲げる小児科外来診療料、Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導	（新設）

料、Ｂ００１－２－４に掲げる地域連携夜間・休日診療料、Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、Ｂ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料、Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料、Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料、Ｂ００１－２－11に掲げる小児かかりつけ診療料、Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）、Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、Ｂ００１－３－３に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）、Ｂ００１－６に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、Ｂ００１－７に掲げるリンパ浮腫指導管理料、Ｂ００１－８に掲げる臍ヘルニア圧迫指導管理料、Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、Ｂ００５－１－３に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、Ｂ００５－４に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、Ｂ００５－５に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料、Ｂ００５－６－３に掲げるがん治療

連携管理料、Ｂ００５－６－４に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料、Ｂ００５－７－２に掲げる認知症療養指導料、Ｂ００５－７－３に掲げる認知症サポート指導料、Ｂ００５－８に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、Ｂ００５－９に掲げる外来排尿自立指導料、Ｂ００５－10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料１、Ｂ００５－10－２に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料２、Ｂ００５－11に掲げる遠隔連携診療料、Ｂ００５－12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）、Ｂ００５－13に掲げるこころの連携指導料（Ⅱ）、Ｂ００５－14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、Ｂ００６に掲げる救急救命管理料、Ｂ００６－３に掲げる退院時リハビリテーション指導料、Ｂ００７に掲げる退院前訪問指導料、Ｂ００７－２に掲げる退院後訪問指導料、Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料、Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携共有料、Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料、Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料、Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料、Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、Ｂ０１１－６に掲げる栄養情報連携料、Ｂ０１２に掲げる傷病手当金意見書交付料、Ｂ０１３に掲げる療養費同意書交

付料、Ｂ０１４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料、Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料及びＢ２００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、Ｂ００１に掲げる特定疾患治療管理料、Ｂ００１－２に掲げる小児科外来診療料、Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料、Ｂ００１－２－４に掲げる地域連携夜間・休日診療料、Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、Ｂ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料、Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料、Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料、Ｂ００１－２－11に掲げる小児かかりつけ診療料、Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）、Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、Ｂ００１－３－３に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）、Ｂ００１－６に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、Ｂ００１－７に掲げるリンパ浮腫指導管理料、Ｂ００１－８に掲げる臍ヘルニア圧迫指導管理料、Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、Ｂ０

０５－１－３に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、Ｂ００５－４に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、Ｂ００５－５に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料、Ｂ００５－６－３に掲げるがん治療連携管理料、Ｂ００５－６－４に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料、Ｂ００５－７－２に掲げる認知症療養指導料、Ｂ００５－７－３に掲げる認知症サポート指導料、Ｂ００５－８に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、Ｂ００５－９に掲げる外来排尿自立指導料、Ｂ００５－10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料１、Ｂ００５－10－２に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料２、Ｂ００５－11に掲げる遠隔連携診療料、Ｂ００５－12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）、Ｂ００５－13に掲げるこころの連携指導料（Ⅱ）、Ｂ００５－14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、Ｂ００６に掲げる救急救命管理料、Ｂ００６－３に掲げる退院時リハビリテーション指導料、Ｂ００７に掲げる退院前訪問指導料、Ｂ００７－２に掲げる退院後訪問指導料、Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料 、Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連

携共有料、Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料、Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料、Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料、Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、Ｂ０１１－６に掲げる栄養情報連携料、Ｂ０１２に掲げる傷病手当金意見書交付料、Ｂ０１３に掲げる療養費同意書交付料、Ｂ０１４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料及びＢ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料に係る費用に限る）を除く。）

ニ　第３部検査の費用（区分番号Ｄ２０６に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、Ｄ２９５に掲げる関節鏡検査（片側）、Ｄ２９６に掲げる喉頭直達鏡検査、Ｄ２９６－２に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、Ｄ２９６－３に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、Ｄ２９８に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）、Ｄ２９８－２に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、Ｄ２９９に掲げる喉頭ファイバースコピー、Ｄ３００に掲げる中耳ファイバースコピー、Ｄ３００－２に掲げる顎関節鏡検査（片側）、Ｄ３０２に掲げる気管支ファイバースコピー、Ｄ３０２－２に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、Ｄ３０３に掲げる胸腔鏡検査、Ｄ３０４に掲げる縦隔鏡検査、Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコ

ピー、Ｄ３０９に掲げる胆道ファイバースコピー、Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、Ｄ３１０－２に掲げる消化管通過性検査、Ｄ３１１に掲げる直腸鏡検査、Ｄ３１１－２に掲げる肛門鏡検査、Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、Ｄ３１２－２に掲げる回腸嚢ファイバースコピー、Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、Ｄ３１４に掲げる腹腔鏡検査、Ｄ３１５に掲げる腹腔ファイバースコピー、Ｄ３１６に掲げるクルドスコピー、Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、Ｄ３１７－２に掲げる膀胱尿道鏡検査、Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、Ｄ３１９に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、Ｄ３２０に掲げるヒステロスコピー、Ｄ３２１に掲げるコルポスコピー、Ｄ３２２に掲げる子宮ファイバースコピー、Ｄ３２３に掲げる乳管鏡検査、Ｄ３２４に掲げる血管内視鏡検査、Ｄ３２５に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、Ｄ４０１に掲げる脳室穿刺、Ｄ４０２に掲げる後頭下穿刺、Ｄ４０３に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、Ｄ４０４に掲げる骨髄穿刺、Ｄ４０４－２に掲げる骨髄生検、Ｄ４０５に掲げる関節穿刺（片側）、Ｄ４０６に掲げる上顎洞穿刺（片側）、Ｄ４０６－２に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、Ｄ４０７に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、Ｄ４０８に掲げるダグラス窩穿刺、Ｄ４０９に掲

げるリンパ節等穿刺又は針生検、Ｄ４０９－２に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、Ｄ４１０に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、Ｄ４１１に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、Ｄ４１２に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、Ｄ４１２－３に掲げる経頸静脈的肝生検、Ｄ４１３に掲げる前立腺針生検法、Ｄ４１４に掲げる内視鏡下生検法（１臓器につき）、Ｄ４１４－２に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）、Ｄ４１５に掲げる経気管肺生検法、Ｄ４１５－２に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）、Ｄ４１５－３に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、Ｄ４１５－４に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、Ｄ４１５－５に掲げる経気管支凍結生検法、Ｄ４１６に掲げる臓器穿刺、組織採取、Ｄ４１７に掲げる組織試験採取、切採法、Ｄ４１８に掲げる子宮腟部等からの検体採取、Ｄ４１９に掲げるその他の検体採取及びＤ４１９－２に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査）、区分番号Ｄ５００に掲げる薬剤（区分番号Ｄ２０６に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、Ｄ２９５に掲げる関節鏡検査（片側）、Ｄ２９６に掲げる喉頭直達鏡検査、Ｄ２９６－３に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、Ｄ２９６－２に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、Ｄ２９８に掲げる嗅

裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）、Ｄ２９８－２に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、Ｄ２９９に掲げる喉頭ファイバースコピー、Ｄ３００に掲げる中耳ファイバースコピー、Ｄ３００－２に掲げる顎関節鏡検査（片側）、Ｄ３０２に掲げる気管支ファイバースコピー、Ｄ３０２－２に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、Ｄ３０３に掲げる胸腔鏡検査、Ｄ３０４に掲げる縦隔鏡検査、Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、Ｄ３０９に掲げる胆道ファイバースコピー、Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、Ｄ３１０－２に掲げる消化管通過性検査、Ｄ３１１に掲げる直腸鏡検査、Ｄ３１１－２に掲げる肛門鏡検査、Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、Ｄ３１２－２に掲げる回腸嚢ファイバースコピー、Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、Ｄ３１４に掲げる腹腔鏡検査、Ｄ３１５に掲げる腹腔ファイバースコピー、Ｄ３１６に掲げるクルドスコピー、Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、Ｄ３１７－２に掲げる膀胱尿道鏡検査、Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、Ｄ３１９に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、Ｄ３２０に掲げるヒステロスコピー、Ｄ３２１に掲げるコルポスコピー、Ｄ３２２に掲げる子宮ファイバースコピー、Ｄ３２３に掲げる乳管鏡検査、Ｄ３２４に掲げる血管内視鏡検査、

Ｄ３２５に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、Ｄ４０１に掲げる脳室穿刺、Ｄ４０２に掲げる後頭下穿刺、Ｄ４０３に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、Ｄ４０４に掲げる骨髄穿刺、Ｄ４０４－２に掲げる骨髄生検、Ｄ４０５に掲げる関節穿刺（片側）、Ｄ４０６に掲げる上顎洞穿刺（片側）、Ｄ４０６－２に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、Ｄ４０７に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、Ｄ４０８に掲げるダグラス窩穿刺、Ｄ４０９に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、Ｄ４０９－２に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、Ｄ４１０に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、Ｄ４１１に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、Ｄ４１２に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、Ｄ４１２－２に掲げる経皮的腎生検法、Ｄ４１２－３に掲げる経頸静脈的肝生検、Ｄ４１３に掲げる前立腺針生検法、Ｄ４１４に掲げる内視鏡下生検法（１臓器につき）、Ｄ４１４－２に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）、Ｄ４１５に掲げる経気管肺生検法、Ｄ４１５－２に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）、Ｄ４１５－３に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、Ｄ４１５－４に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、Ｄ４１５－５に掲げる経気管支凍結生検法、Ｄ４１６に掲げる臓器穿刺、組織採

取、Ｄ４１７に掲げる組織試験採取、切採法、Ｄ４１８に掲げる子宮腟部等からの検体採取、Ｄ４１９に掲げるその他の検体採取及びＤ４１９－２に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に掲げる検査に係るものに限る。）及びＤ６００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｄ２０６に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、Ｄ２９５に掲げる関節鏡検査（片側）、Ｄ２９６に掲げる喉頭直達鏡検査、Ｄ２９６－２に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、Ｄ２９６－３に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、Ｄ２９８に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）、Ｄ２９８－２に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、Ｄ２９９に掲げる喉頭ファイバースコピー、Ｄ３００に掲げる中耳ファイバースコピー、Ｄ３００－２に掲げる顎関節鏡検査（片側）、Ｄ３０２に掲げる気管支ファイバースコピー、Ｄ３０２－２に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、Ｄ３０３に掲げる胸腔鏡検査、Ｄ３０４に掲げる縦隔鏡検査、Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、Ｄ３０９に掲げる胆道ファイバースコピー、Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、Ｄ３１０－２に掲げる消化管通過性検査、Ｄ３１１に掲げる直腸鏡検査、Ｄ３１１－２に掲げる肛門鏡検査、Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、Ｄ３

１２－２に掲げる回腸嚢ファイバースコピー、Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、Ｄ３１４に掲げる腹腔鏡検査、Ｄ３１５に掲げる腹腔ファイバースコピー、Ｄ３１６に掲げるクルドスコピー、Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、Ｄ３１７－２に掲げる膀胱尿道鏡検査、Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、Ｄ３１９に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、Ｄ３２０に掲げるヒステロスコピー、Ｄ３２１に掲げるコルポスコピー、Ｄ３２２に掲げる子宮ファイバースコピー、Ｄ３２３に掲げる乳管鏡検査、Ｄ３２４に掲げる血管内視鏡検査、Ｄ３２５に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、Ｄ４０１に掲げる脳室穿刺、Ｄ４０２に掲げる後頭下穿刺、Ｄ４０３に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、Ｄ４０４に掲げる骨髄穿刺、Ｄ４０４－２に掲げる骨髄生検、Ｄ４０５に掲げる関節穿刺（片側）、Ｄ４０６に掲げる上顎洞穿刺（片側）、Ｄ４０６－２に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、Ｄ４０７に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、Ｄ４０８に掲げるダグラス窩穿刺、Ｄ４０９に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、Ｄ４０９－２に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、Ｄ４１０に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、Ｄ４１１に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、Ｄ４１２に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超

音波検査を含む。）、Ｄ４１２－２に掲げる経皮的腎生検法、Ｄ４１２－３に掲げる経頸静脈的肝生検、Ｄ４１３に掲げる前立腺針生検法、Ｄ４１４に掲げる内視鏡下生検法（１臓器につき）、Ｄ４１４－２に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）、Ｄ４１５に掲げる経気管肺生検法、Ｄ４１５－２に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）、Ｄ４１５－３に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、Ｄ４１５－４に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、Ｄ４１５－５に掲げる経気管支凍結生検法、Ｄ４１６に掲げる臓器穿刺、組織採取、Ｄ４１７に掲げる組織試験採取、切採法、Ｄ４１８に掲げる子宮腟部等からの検体採取、Ｄ４１９に掲げるその他の検体採取及びＤ４１９－２に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に掲げる検査に係るものに限る。）を除く。）

ホ　第４部画像診断（通則第４号及び第６号に掲げる画像診断管理加算１、通則第５号及び第７号に掲げる画像診断管理加算２、画像診断管理加算３及び画像診断管理加算４並びに区分番号Ｅ００３に掲げる造影剤注入手技（３のイ（注１及び注２を含む。）に規定する費用に限る。））並びに区分番号Ｅ３００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｅ００３に掲げる造影剤注入手技に掲げる画像診断に係るものに限る。）を除く。）

ヘ　第５部投薬

ト　第６部注射（区分番号Ｇ０２０に掲げる無

菌製剤処理料を除く。）

チ　第７部第２節薬剤料

リ　第８部第２節薬剤料

ヌ　第９部処置（区分番号Ｊ００１に掲げる熱傷処置（５に限る。）、区分番号Ｊ００３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、区分番号Ｊ００３－３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、区分番号Ｊ００３－４に掲げる多血小板血漿処置、区分番号Ｊ００７－２に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号Ｊ０１０－２に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、区分番号Ｊ０１７に掲げるエタノールの局所注入、区分番号Ｊ０１７－２に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号Ｊ０２７に掲げる高気圧酸素治療、区分番号Ｊ０３４－３に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法、区分番号Ｊ０４０に掲げる局所灌流、区分番号Ｊ０４１に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号Ｊ０４１－２に掲げる血球成分除去療法、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ０４３－６に掲げる人工膵臓療法、区分番号Ｊ０４３－７に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号Ｊ０４５－２に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号Ｊ０４７に掲げるカウンターショック、区分番号Ｊ０４７－２に掲げる心腔内除細動、区分番号Ｊ０４９に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号Ｊ０５２－２に掲げる熱傷温浴療法、区分番号

Ｊ０５４－２に掲げる皮膚レーザー照射療法、区分番号Ｊ０６２に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、区分番号Ｊ１１６－５に掲げる酵素注射療法、区分番号Ｊ１１８－４に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、区分番号Ｊ１２２に掲げる四肢ギプス包帯（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２３に掲げる体幹ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２４に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２５に掲げるギプスベッド（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２６に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２７に掲げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２８に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９に掲げる義肢採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９－２に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス

包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。))、区分番号Ｊ３００に掲げる薬剤（区分番号Ｊ００１に掲げる熱傷処置（５に限る。）、区分番号Ｊ００３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、区分番号Ｊ００３－３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、区分番号Ｊ００３－４に掲げる多血小板血漿処置、区分番号Ｊ００７－２に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号Ｊ０１０－２に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、区分番号Ｊ０１７に掲げるエタノールの局所注入、区分番号Ｊ０１７－２に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号Ｊ０２７に掲げる高気圧酸素治療、区分番号Ｊ０３４－３に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法、区分番号Ｊ０４０に掲げる局所灌流、区分番号Ｊ０４１に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号Ｊ０４１－２に掲げる血球成分除去療法、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ０４３－６に掲げる人工膵臓療法、区分番号Ｊ０４３－７に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号Ｊ０４５－２に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号Ｊ０４７に掲げるカウンターショック、区分番号Ｊ０４７－２に掲げる心腔内除細動、区分番号Ｊ０４９に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号Ｊ０５２－２に掲げる熱傷温浴療法、区分番号Ｊ０５４－２に掲げる皮膚レーザー照射療法、区分番

号Ｊ０６２に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、区分番号Ｊ１１６－５に掲げる酵素注射療法、区分番号Ｊ１１８－４に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、区分番号Ｊ１２２に掲げる四肢ギプス包帯（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２３に掲げる体幹ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２４に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２５に掲げるギプスベッド（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２６に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２７に掲げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２８に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９に掲げる義肢採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９－２に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く

。）に掲げる処置に係るものに限る。）及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ００１に掲げる熱傷処置（５に限る。）、区分番号Ｊ００３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、区分番号Ｊ００３－３に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、区分番号Ｊ００３－４に掲げる多血小板血漿処置、区分番号Ｊ００７－２に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号Ｊ０１０－２に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、区分番号Ｊ０１７に掲げるエタノールの局所注入、区分番号Ｊ０１７－２に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号Ｊ０２７に掲げる高気圧酸素治療、区分番号Ｊ０３４－３に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法、区分番号Ｊ０４０に掲げる局所灌流、区分番号Ｊ０４１に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号Ｊ０４１－２に掲げる血球成分除去療法、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ０４３－６に掲げる人工膵臓療法、区分番号Ｊ０４３－７に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号Ｊ０４５－２に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号Ｊ０４７に掲げるカウンターショック、区分番号Ｊ０４７－２に掲げる心腔内除細動、区分番号Ｊ０４９に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号Ｊ０５２－２に掲げる熱傷温浴療法、区分番号Ｊ０５４－２に掲げる皮膚レーザー照射療法、区分番号Ｊ０

６２に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、区分番号Ｊ１１６－５に掲げる酵素注射療法、区分番号Ｊ１１８－４に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、区分番号Ｊ１２２に掲げる四肢ギプス包帯（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２３に掲げる体幹ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２４に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２５に掲げるギプスベッド（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２６に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２７に掲げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２８に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９に掲げる義肢採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、区分番号Ｊ１２９－２に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に

掲げる処置に係るものに限る。） ル　第13部第１節病理標本作製料（区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製を除く。）		
５　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。 イ　25対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　240点 ロ　25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点 ハ　50対１看護補助体制加算　200点 ニ　75対１看護補助体制加算　160点	（新設）	
６　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１看護補助体制加算　125点 ロ　夜間50対１看護補助体制加算　120点 ハ　夜間100対１看護補助体制加算　105点	（新設）	
７　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している	（新設）	

患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。	
8　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、看護補助体制充実加算として、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　25点 ロ　看護補助体制充実加算２　15点 ハ　看護補助体制充実加算３　５点	（新設）
9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。 イ　看護職員夜間12対１配置加算 (1)　看護職員夜間12対１配置加算１　110点 (2)　看護職員夜間12対１配置加算２　90点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 (1)　看護職員夜間16対１配置加算１　70点 (2)　看護職員夜間16対１配置加算２　45点	（新設）
10　リハビリテーション、栄養管理及び口腔（くう）管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療	（新設）

機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として80点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。	
Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき） １　14日以内の期間　9,413点 ２　15日以上の期間　8,147点 注１　（略） ２　第１章基本診療料並びに第２章第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～ホ　（略）	Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき） １　14日以内の期間　9,371点 ２　15日以上の期間　8,108点 注１　（略） ２　第１章基本診療料並びに第２章第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～ホ　（略）
Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）　2,090点 注１～３　（略） ４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中	Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）　2,070点 注１～３　（略） ４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中

の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,927点

ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,761点

5　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症患者療養環境特別加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

6　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる

の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,909点

ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,743点

5　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

6　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数

点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,734点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,588点 ７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、2,011点を算定する。	をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点 （新設）
Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） １　小児入院医療管理料１　4,807点 ２　小児入院医療管理料２　4,275点 ３　小児入院医療管理料３　3,849点 ４　小児入院医療管理料４　3,210点 ５　小児入院医療管理料５　2,235点 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 ３　（略）	Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） １　小児入院医療管理料１　4,750点 ２　小児入院医療管理料２　4,224点 ３　小児入院医療管理料３　3,803点 ４　小児入院医療管理料４　3,171点 ５　小児入院医療管理料５　2,206点 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。
５～８　（略）	５～８　（略）
９　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注10に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。	（新設）
10　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。	（新設）
11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注	９　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注

10までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病

８までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療

理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加

加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

11　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報

算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）

１　回復期リハビリテーション病棟入院料１

2,229点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,215点）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料２

2,166点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,151点）

３　回復期リハビリテーション病棟入院料３

1,917点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,902点）

４　回復期リハビリテーション病棟入院料４

1,859点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,845点）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５

1,696点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,682点）

６　回復期リハビリテーション入院医療管理料

1,859点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,845点）

注１　１から５までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に

告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算並びに第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）

１　回復期リハビリテーション病棟入院料１

2,129点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料２

2,066点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,051点）

３　回復期リハビリテーション病棟入院料３

1,899点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,884点）

４　回復期リハビリテーション病棟入院料４

1,841点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,827点）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５

1,678点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）

（新設）

注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方

入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、６については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、当該病棟又は病室に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。

２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、区分番号Ｂ０１１－６に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

（削る）	4　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は回復期リハビリテーション病棟入院料２を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　体制強化加算１　200点 ロ　体制強化加算２　120点
4　（略）	5　（略）
Ａ３０８－２　（略）	Ａ３０８－２　（略）
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき）	Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき）
１　地域包括ケア病棟入院料１	１　地域包括ケア病棟入院料１　2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点）	（新設）
ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点）	（新設）
２　地域包括ケア入院医療管理料１	２　地域包括ケア入院医療管理料１　2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点）	（新設）
ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点）	（新設）
３　地域包括ケア病棟入院料２	３　地域包括ケア病棟入院料２　2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
イ　40日以内の期間　2,649点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,634点）	（新設）
ロ　41日以上の期間　2,510点	（新設）

（生活療養を受ける場合にあっては、2,495点）
4　地域包括ケア入院医療管理料２

イ　40日以内の期間　2,649点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,634点）
ロ　41日以上の期間　2,510点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,495点）
5　地域包括ケア病棟入院料３

イ　40日以内の期間　2,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,297点）
ロ　41日以上の期間　2,191点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,176点）
6　地域包括ケア入院医療管理料３

イ　40日以内の期間　2,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,297点）
ロ　41日以上の期間　2,191点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,176点）
7　地域包括ケア病棟入院料４

イ　40日以内の期間　2,102点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,086点）
ロ　41日以上の期間　1,992点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,976点）
8　地域包括ケア入院医療管理料４

イ　40日以内の期間　2,102点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,086点）
ロ　41日以上の期間　1,992点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,976点）

4　地域包括ケア入院医療管理料２　2,620点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
（新設）

（新設）

5　地域包括ケア病棟入院料３　2,285点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
（新設）

（新設）

6　地域包括ケア入院医療管理料３　2,285点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
（新設）

（新設）

7　地域包括ケア病棟入院料４　2,076点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
（新設）

（新設）

8　地域包括ケア入院医療管理料４　2,076点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
（新設）

（新設）

注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包

注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包

括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,460点、2,331点、2,460点、2,331点、2,271点、2,152点、2,271点、2,152点、2,008点、1,903点、2,008点、1,903点、1,797点、1,703点、1,797点又は1,703点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,445点、2,316点、2,445点、2,316点、2,257点、2,138点、2,2257点、2,138点、1,994点、1,889点、1,994点、1,889点、1,783点、1,689点、1,783点又は1,689点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当し

括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

ない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。	
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。この場合において、注５の看護補助体制充実加算は別に算定できない。	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点
（削る） （削る）	（新設）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　190点 ロ　看護補助体制充実加算２　175点 ハ　看護補助体制充実加算３　165点	
６　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急	５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急

性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　在宅患者支援病床初期加算

⑴　介護老人保健施設から入院した患者の場合

①　救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　580点

②　①の患者以外の患者の場合　480点

⑵　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

①　救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　480点

性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　在宅患者支援病床初期加算

⑴　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点

（新設）

（新設）

⑵　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点

（新設）

② ①の患者以外の患者の場合　380点	（新設）
7　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。	6　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。
8～13　（略）	7～12　（略）
Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）	Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）
1　特殊疾患病棟入院料１　2,090点	1　特殊疾患病棟入院料１　2,070点

２　特殊疾患病棟入院料２　1,694点

注１～３　（略）

４　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,928点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,763点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,675点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,508点

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算

２　特殊疾患病棟入院料２　1,675点

注１～３　（略）

４　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,910点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,745点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,657点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,491点

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算

、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。	（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。
６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,735点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,586点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,507点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,357点	６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点
７　当該病棟に入院する患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０	（新設）

３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　2,010点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,615点	
Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき） １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,135点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,582点 ハ　61日以上の期間　3,373点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,897点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,427点 ハ　61日以上の期間　3,321点 注１・２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加	Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき） １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,107点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,554点 ハ　61日以上の期間　3,350点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,870点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,401点 ハ　61日以上の期間　3,298点 注１・２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）

算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
４　（略）	４　（略）
Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料（１日につき）	Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料（１日につき）
１　30日以内の期間　2,420点	１　30日以内の期間　2,400点
２　31日以上60日以内の期間　2,120点	２　31日以上60日以内の期間　2,100点
３　61日以上90日以内の期間　1,918点	３　61日以上90日以内の期間　1,900点
注１　（略）	注１　（略）
２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じよくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精	２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じよくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を

神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

３　（略）

（削る）

４・５　（略）

イ　精神科救急医療体制加算１　600点

ロ　精神科救急医療体制加算２　590点

ハ　精神科救急医療体制加算３　500点

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）

１　精神科急性期治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　2,020点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,719点

ハ　61日以上90日以内の期間　1,518点

２　精神科急性期治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,903点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,618点

算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

３　（略）

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

５・６　（略）

イ　精神科救急医療体制加算１　600点

ロ　精神科救急医療体制加算２　590点

ハ　精神科救急医療体制加算３　500点

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）

１　精神科急性期治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　2,000点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,700点

ハ　61日以上90日以内の期間　1,500点

２　精神科急性期治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,885点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,600点

ハ　61日以上90日以内の期間　1,466点

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

３　（略）

（削る）

ハ　61日以上90日以内の期間　1,450点

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

３　（略）

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号Ａ２４９に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１　30日以内の期間　3,624点

２　31日以上60日以内の期間　3,323点

３　61日以上90日以内の期間　3,123点

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号

患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１　30日以内の期間　3,600点

２　31日以上60日以内の期間　3,300点

３　61日以上90日以内の期間　3,100点

注１　（略）

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーシ

Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療並びに第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	ョン料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
３　（略）	３　（略）
（削る）	４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
４　（略）	５　（略）
Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）　3,016点	Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）　2,995点
注１　（略）	注１　（略）
２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算	２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算

に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。 ３　当該病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。	、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。 （新設）
Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,108点 注１　（略） ２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神	Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,091点 注１　（略） ２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救

科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

（削る）

５・６　（略）

Ａ３１３　（略）

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

１　認知症治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　1,829点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,521点

急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

３・４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。

６・７　（略）

Ａ３１３　（略）

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

１　認知症治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　1,811点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,503点

ハ　61日以上の期間　1,221点

２　認知症治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,334点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,129点

ハ　61日以上の期間　1,003点

注１　（略）

（削る）

２　（略）

３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法及び区分番号Ｈ００７－

ハ　61日以上の期間　1,204点

２　認知症治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,318点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,112点

ハ　61日以上の期間　988点

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

３　（略）

４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法及

３に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。 Ａ３１５　精神科地域包括ケア病棟入院料（１日につき）　1,535点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号Ａ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１１－３に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。 ２　当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。 ３　過去１年以内に、注１本文及び注２に規定する点数を算定した患者（当該保険医療機関以外	（新設）	び区分番号Ｈ００７－３に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

の保険医療機関で算定した患者を含む。）については、当該期間を注１本文及び注２に規定する期間に通算する。

４　区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料、18対１入院基本料並びに20対１入院基本料、区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１８に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者１人につき１回に限る。

５　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。

６　診療に係る費用（注２及び注５に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、特定感染症入院医療管理加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急

搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。	
Ａ３１６　削除	Ａ３１５及びＡ３１６　削除
Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき） １　特定一般病棟入院料１　1,168点 ２　特定一般病棟入院料２　1,002点 注１～５　（略） ６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業	Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき） １　特定一般病棟入院料１　1,152点 ２　特定一般病棟入院料２　987点 注１～５　（略） ６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業

補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、バイオ後続品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が

補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が

行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上の期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び第14部その他並びに

行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。	
９　（略）	９　（略）
Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき） 1,557点	Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき） 1,539点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。	４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,229点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,215点）	Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）
注１　（略）	注１　（略）
２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料及び区分番号Ｂ０	２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、第２部在宅医療

１１－６に掲げる栄養情報連携料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

第４節　短期滞在手術等基本料

区分

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）

イ　主として入院で実施されている手術を行った場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点

(2)　(1)以外の場合　2,718点

ロ　イ以外の場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点

(2)　(1)以外の場合　1,359点

２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合

、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

第４節　短期滞在手術等基本料

区分

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）

（新設）

イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点

ロ　イ以外の場合　2,718点

（新設）

２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合

)
イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　9,537点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,463点）
ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの　8,400点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,326点）
ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　12,676点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,602点）
ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　9,194点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,120点）
ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　5,278点
（生活療養を受ける場合にあっては、5,204点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの　10,262点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,188点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　30,882点
（生活療養を受ける場合にあっては、30,808点）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）　14,667点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,593点）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）　36,240点
（生活療養を受ける場合にあっては、36,166点）

)
イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　10,549点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点）
ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの　8,744点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点）
ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　11,485点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点）
ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　8,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点）
ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　5,040点
（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの　10,197点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　33,572点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）　16,224点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）　32,937点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）

ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
19,082点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,008点）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）　20,549点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,475点）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）　14,893点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,819点）
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）　13,653点
（生活療養を受ける場合にあっては、13,579点）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
18,038点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,964点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　32,137点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,063点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側）　8,663点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,589点）
レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（両側）　13,990点
（生活療養を受ける場合にあっては、13,916点）
ソ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側）　6,524点
（生活療養を受ける場合にあっては、6,450点）
ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法

ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
20,611点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）　21,057点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）　15,180点
（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）　13,878点
（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
17,621点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　35,663点
（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの　11,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）
（新設）

レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
10,654点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）
（新設）

（両側）　14,425点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,351点） ネ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側）　11,000点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,926点） ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（両側）　19,357点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,283点） ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（片側）　10,493点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,419点） ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（両側）　17,249点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,175点） ウ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側）　8,437点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,363点） ヰ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側）　13,030点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,956点） ノ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側）　13,877点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,803点） オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側）　19,632点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,558点） ク　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側）　20,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,414点） ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側）　33,119点	ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法　18,016点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,942点） （新設） ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの　16,347点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,273点） （新設） ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）　9,431点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,357点） （新設） ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法　18,326点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,252点） （新設） ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施　22,496点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,422点） （新設）

（生活療養を受ける場合にあっては、33,045点） マ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側）　16,748点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,674点） ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側）　28,464点 （生活療養を受ける場合にあっては、28,390点） フ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側）　34,516点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,442点） コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側）　67,946点 （生活療養を受ける場合にあっては、67,872点） エ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　17,457点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,383点） テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　31,685点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,611点） ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　14,901点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,827点） サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　25,413点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,339点）	ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）　20,426点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,352点） （新設） ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　37,155点 （生活療養を受ける場合にあっては、37,081点） （新設） キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　17,888点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,814点） ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　32,130点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,056点） オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　15,059点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,985点） ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　25,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）

キ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術　31,981点
（生活療養を受ける場合にあっては、31,907点）
ユ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術　16,988点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,914点）
メ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　24,709点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,635点）
ミ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　16,684点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,610点）
シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上　22,904点
（生活療養を受ける場合にあっては、22,830点）
ヱ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回　26,013点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,939点）
ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合　26,057点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,983点）
モ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　20,366点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,292点）
セ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　8,262点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,188点）
ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　9,258点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,184点）
ン　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術　20,829点

ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術　30,571点
（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）
マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術　18,809点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）
ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　26,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）
フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　17,302点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）
コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上　25,366点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）
エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回　28,842点
（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）
テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合　28,884点
（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）
ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　19,798点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）
サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　9,149点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）
キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　9,494点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）
ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術　23,090点

（生活療養を受ける場合にあっては、20,755点）
イイ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　19,368点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,294点）
イロ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術　20,479点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,405点）
イハ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　31,914点
（生活療養を受ける場合にあっては、31,840点）
イニ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　24,786点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,712点）
イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　21,023点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,949点）
イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,147点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,073点）
イト　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　63,751点
（生活療養を受ける場合にあっては、63,677点）
イチ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　50,817点
（生活療養を受ける場合にあっては、50,743点）
イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　37,838点
（生活療養を受ける場合にあっては、37,764点）
イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　49,389点
（生活療養を受ける場合にあっては、49,315点）

（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）
メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　20,130点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）
ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術　22,252点
（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）
シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　33,785点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点）
ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　24,296点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）
ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　21,275点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点）
モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　23,648点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点）
セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　70,492点
（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点）
ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　53,309点
（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点）
ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　41,081点
（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点）
イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　48,934点
（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点）

イル　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満
12,580点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,506点）
イヲ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
16,153点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,079点）
イワ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
10,386点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,312点）
イカ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,017点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,943点）
イヨ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　7,617点
（生活療養を受ける場合にあっては、7,543点）
イタ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,702点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,628点）
イレ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　23,829点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,755点）
イソ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
21,524点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,450点）
イツ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術
15,253点

イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満
12,560点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点）
イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
16,258点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点）
イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
10,604点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）
イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,792点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）
イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　8,415点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）
イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,894点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）
イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　24,703点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）
イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
23,870点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）
イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術
14,607点

（生活療養を受ける場合にあっては、15,179点）
イネ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの　22,099点
（生活療養を受ける場合にあっては、22,025点）
イナ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　３　その他のもの　18,115点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,041点）
イラ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの　36,674点
（生活療養を受ける場合にあっては、36,600点）
イム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの　32,538点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,464点）
イウ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　100,243点
（生活療養を受ける場合にあっては、100,169点）
イヰ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　60,796点
（生活療養を受ける場合にあっては、60,722点）
注１～３　（略）
４　第１章基本診療料及び第２章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとする。

（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）
イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの　21,709点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）
イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの　18,652点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,578点）
イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの　35,191点
（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点）
イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの　33,460点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点）
イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　109,045点
（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点）
イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　58,496点
（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）
注１～３　（略）
４　第１章基本診療料及び第２章特掲診療料に掲げるもの（第１章第２部第５節看護職員処遇改善評価料、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとす

（削る）

る。

第５節　看護職員処遇改善評価料

区分

Ａ５００　看護職員処遇改善評価料（１日につき）

１	看護職員処遇改善評価料１	１点
２	看護職員処遇改善評価料２	２点
３	看護職員処遇改善評価料３	３点
４	看護職員処遇改善評価料４	４点
５	看護職員処遇改善評価料５	５点
６	看護職員処遇改善評価料６	６点
７	看護職員処遇改善評価料７	７点
８	看護職員処遇改善評価料８	８点
９	看護職員処遇改善評価料９	９点
10	看護職員処遇改善評価料10	10点
11	看護職員処遇改善評価料11	11点
12	看護職員処遇改善評価料12	12点
13	看護職員処遇改善評価料13	13点
14	看護職員処遇改善評価料14	14点
15	看護職員処遇改善評価料15	15点
16	看護職員処遇改善評価料16	16点
17	看護職員処遇改善評価料17	17点
18	看護職員処遇改善評価料18	18点
19	看護職員処遇改善評価料19	19点
20	看護職員処遇改善評価料20	20点
21	看護職員処遇改善評価料21	21点
22	看護職員処遇改善評価料22	22点
23	看護職員処遇改善評価料23	23点
24	看護職員処遇改善評価料24	24点
25	看護職員処遇改善評価料25	25点
26	看護職員処遇改善評価料26	26点
27	看護職員処遇改善評価料27	27点

28	看護職員処遇改善評価料28	28点
29	看護職員処遇改善評価料29	29点
30	看護職員処遇改善評価料30	30点
31	看護職員処遇改善評価料31	31点
32	看護職員処遇改善評価料32	32点
33	看護職員処遇改善評価料33	33点
34	看護職員処遇改善評価料34	34点
35	看護職員処遇改善評価料35	35点
36	看護職員処遇改善評価料36	36点
37	看護職員処遇改善評価料37	37点
38	看護職員処遇改善評価料38	38点
39	看護職員処遇改善評価料39	39点
40	看護職員処遇改善評価料40	40点
41	看護職員処遇改善評価料41	41点
42	看護職員処遇改善評価料42	42点
43	看護職員処遇改善評価料43	43点
44	看護職員処遇改善評価料44	44点
45	看護職員処遇改善評価料45	45点
46	看護職員処遇改善評価料46	46点
47	看護職員処遇改善評価料47	47点
48	看護職員処遇改善評価料48	48点
49	看護職員処遇改善評価料49	49点
50	看護職員処遇改善評価料50	50点
51	看護職員処遇改善評価料51	51点
52	看護職員処遇改善評価料52	52点
53	看護職員処遇改善評価料53	53点
54	看護職員処遇改善評価料54	54点
55	看護職員処遇改善評価料55	55点
56	看護職員処遇改善評価料56	56点
57	看護職員処遇改善評価料57	57点
58	看護職員処遇改善評価料58	58点

59	看護職員処遇改善評価料59	59点
60	看護職員処遇改善評価料60	60点
61	看護職員処遇改善評価料61	61点
62	看護職員処遇改善評価料62	62点
63	看護職員処遇改善評価料63	63点
64	看護職員処遇改善評価料64	64点
65	看護職員処遇改善評価料65	65点
66	看護職員処遇改善評価料66	66点
67	看護職員処遇改善評価料67	67点
68	看護職員処遇改善評価料68	68点
69	看護職員処遇改善評価料69	69点
70	看護職員処遇改善評価料70	70点
71	看護職員処遇改善評価料71	71点
72	看護職員処遇改善評価料72	72点
73	看護職員処遇改善評価料73	73点
74	看護職員処遇改善評価料74	74点
75	看護職員処遇改善評価料75	75点
76	看護職員処遇改善評価料76	76点
77	看護職員処遇改善評価料77	77点
78	看護職員処遇改善評価料78	78点
79	看護職員処遇改善評価料79	79点
80	看護職員処遇改善評価料80	80点
81	看護職員処遇改善評価料81	81点
82	看護職員処遇改善評価料82	82点
83	看護職員処遇改善評価料83	83点
84	看護職員処遇改善評価料84	84点
85	看護職員処遇改善評価料85	85点
86	看護職員処遇改善評価料86	86点
87	看護職員処遇改善評価料87	87点
88	看護職員処遇改善評価料88	88点
89	看護職員処遇改善評価料89	89点

90	看護職員処遇改善評価料90	90点
91	看護職員処遇改善評価料91	91点
92	看護職員処遇改善評価料92	92点
93	看護職員処遇改善評価料93	93点
94	看護職員処遇改善評価料94	94点
95	看護職員処遇改善評価料95	95点
96	看護職員処遇改善評価料96	96点
97	看護職員処遇改善評価料97	97点
98	看護職員処遇改善評価料98	98点
99	看護職員処遇改善評価料99	99点
100	看護職員処遇改善評価料100	100点
101	看護職員処遇改善評価料101	101点
102	看護職員処遇改善評価料102	102点
103	看護職員処遇改善評価料103	103点
104	看護職員処遇改善評価料104	104点
105	看護職員処遇改善評価料105	105点
106	看護職員処遇改善評価料106	106点
107	看護職員処遇改善評価料107	107点
108	看護職員処遇改善評価料108	108点
109	看護職員処遇改善評価料109	109点
110	看護職員処遇改善評価料110	110点
111	看護職員処遇改善評価料111	111点
112	看護職員処遇改善評価料112	112点
113	看護職員処遇改善評価料113	113点
114	看護職員処遇改善評価料114	114点
115	看護職員処遇改善評価料115	115点
116	看護職員処遇改善評価料116	116点
117	看護職員処遇改善評価料117	117点
118	看護職員処遇改善評価料118	118点
119	看護職員処遇改善評価料119	119点
120	看護職員処遇改善評価料120	120点

121	看護職員処遇改善評価料121	121点
122	看護職員処遇改善評価料122	122点
123	看護職員処遇改善評価料123	123点
124	看護職員処遇改善評価料124	124点
125	看護職員処遇改善評価料125	125点
126	看護職員処遇改善評価料126	126点
127	看護職員処遇改善評価料127	127点
128	看護職員処遇改善評価料128	128点
129	看護職員処遇改善評価料129	129点
130	看護職員処遇改善評価料130	130点
131	看護職員処遇改善評価料131	131点
132	看護職員処遇改善評価料132	132点
133	看護職員処遇改善評価料133	133点
134	看護職員処遇改善評価料134	134点
135	看護職員処遇改善評価料135	135点
136	看護職員処遇改善評価料136	136点
137	看護職員処遇改善評価料137	137点
138	看護職員処遇改善評価料138	138点
139	看護職員処遇改善評価料139	139点
140	看護職員処遇改善評価料140	140点
141	看護職員処遇改善評価料141	141点
142	看護職員処遇改善評価料142	142点
143	看護職員処遇改善評価料143	143点
144	看護職員処遇改善評価料144	144点
145	看護職員処遇改善評価料145	145点
146	看護職員処遇改善評価料146	150点
147	看護職員処遇改善評価料147	160点
148	看護職員処遇改善評価料148	170点
149	看護職員処遇改善評価料149	180点
150	看護職員処遇改善評価料150	190点
151	看護職員処遇改善評価料151	200点

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

通則

１　（略）

２　医学管理等に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

152	看護職員処遇改善評価料152	210点
153	看護職員処遇改善評価料153	220点
154	看護職員処遇改善評価料154	230点
155	看護職員処遇改善評価料155	240点
156	看護職員処遇改善評価料156	250点
157	看護職員処遇改善評価料157	260点
158	看護職員処遇改善評価料158	270点
159	看護職員処遇改善評価料159	280点
160	看護職員処遇改善評価料160	290点
161	看護職員処遇改善評価料161	300点
162	看護職員処遇改善評価料162	310点
163	看護職員処遇改善評価料163	320点
164	看護職員処遇改善評価料164	330点
165	看護職員処遇改善評価料165	340点

注　看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

通則

１　（略）

２　医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定す

	る。
３　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。	３　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。
イ～リ　（略）	イ～リ　（略）
４・５　（略）	４・５　（略）
６　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第３号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	（新設）
第１節　医学管理料等	第１節　医学管理料等
区分	区分
Ｂ０００　（略）	Ｂ０００　（略）
Ｂ００１　特定疾患治療管理料	Ｂ００１　特定疾患治療管理料
１～３（略）	１～３（略）

4　小児特定疾患カウンセリング料 イ　医師による場合 ⑴　初回　800点 ⑵　初回のカウンセリングを行った日後１年以内の期間に行った場合 ①　月の１回目　600点 ②　月の２回目　500点 ⑶　初回のカウンセリングを行った日から起算して２年以内の期間に行った場合（⑵の場合を除く。） ①　月の１回目　500点 ②　月の２回目　400点 ⑷　初回のカウンセリングを行った日から起算して４年以内の期間に行った場合（⑵及び⑶の場合を除く。）　400点 ロ　公認心理師による場合　200点 注１　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り、算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。	4　小児特定疾患カウンセリング料 イ　医師による場合 ⑴　月の１回目　500点 ⑵　月の２回目　400点 （新設） （新設） ロ　公認心理師による場合　200点 注　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの⑴、⑵、⑶又は⑷を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの⑴、⑵の①若しくは②、⑶の①若しくは②又は⑷の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。

５～９　（略）

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ・ロ　（略）

注１・２　（略）

（削る）

11・12　（略）

13　在宅療養指導料　170点

注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導

（新設）

５～９　（略）

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ・ロ　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。

11・12　（略）

13　在宅療養指導料　170点

注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導

管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

２　（略）

14～21　（略）

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１　（略）

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき１回に限り所定点数に100点を加算する。

３・４　（略）

23～26　（略）

27　糖尿病透析予防指導管理料　350点

注１・２　（略）

（削る）

３・４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

２　（略）

14～21　（略）

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１　（略）

（新設）

２・３　（略）

23～26　（略）

27　糖尿病透析予防指導管理料　350点

注１・２　（略）

３　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注３に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。

28　（略）

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料１

⑴　初回　500点

⑵　２回目から４回目まで　150点

ロ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料２

⑴　初回　500点

⑵　２回目から８回目まで　200点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、１回の分娩（べん）につき４回に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が悪化し区分番号Ｋ４７２に掲げる乳腺膿（のう）瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿（のう）瘍切開創の管理を含む乳腺炎に係る包括的な

た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注４に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。

28　（略）

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

（新設）

イ　初回　500点

ロ　２回目から４回目まで　150点

（新設）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、１回の分娩（べん）につき４回に限り算定する。

（新設）

ケア及び指導を行った場合に、１回の分娩につき８回に限り算定する。

30～33　（略）

34　二次性骨折予防継続管理料

イ～ハ　（略）

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２・３　（略）

35・36　（略）

37　慢性腎臓病透析予防指導管理料

イ　初回の指導管理を行った日から起算して１年以内の期間に行った場合　300点

ロ　初回の指導管理を行った日から起算して１年を超えた期間に行った場合　250点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

30～33　（略）

34　二次性骨折予防継続管理料

イ～ハ　（略）

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２・３　（略）

35・36　（略）

（新設）

２　区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）

１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ　初診時　604点

ロ　再診時　410点

２　１以外の場合

イ　初診時　721点

ロ　再診時　528点

注１・２　（略）

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５、注６及び注19に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０

Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）

１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ　初診時　599点

ロ　再診時　406点

２　１以外の場合

イ　初診時　716点

ロ　再診時　524点

注１・２　（略）

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８、注10及び注15に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５、注６及び注18に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に

１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－２～Ｂ００１－２－６　（略）

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ

掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－２～Ｂ００１－２－６　（略）

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ

０００に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注19に

０００に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注18に

規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注19に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ０

規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

１・２　（略）

注１　（略）

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注18に規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ０

０１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

１　小児かかりつけ診療料１

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　652点

⑵　再診時　458点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　769点

⑵　再診時　576点

２　小児かかりつけ診療料２

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　641点

⑵　再診時　447点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　758点

⑵　再診時　565点

注１・２　（略）

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８、注10、注15及び注16

０１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　（略）

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

１　小児かかりつけ診療料１

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　641点

⑵　再診時　448点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　758点

⑵　再診時　566点

２　小児かかりつけ診療料２

イ　処方箋を交付する場合

⑴　初診時　630点

⑵　再診時　437点

ロ　処方箋を交付しない場合

⑴　初診時　747点

⑵　再診時　555点

注１・２　（略）

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８、注10及び注15に規定

に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５、注６及び注19に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算並びに通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５、注６及び注18に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算並びに通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。
Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料	Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料
１　外来腫瘍化学療法診療料１	１　外来腫瘍化学療法診療料１
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点
⑴　初回から３回目まで　800点	（新設）

⑵　４回目以降	450点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合	350点
２　外来腫瘍化学療法診療料２	
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
⑴　初回から３回目まで	600点
⑵　４回目以降	320点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
３　外来腫瘍化学療法診療料３	
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
⑴　初回から３回目まで	540点
⑵　４回目以降	280点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注６から注８まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注４から注６まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注７から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ００１の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定で

（新設）	
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
２　外来腫瘍化学療法診療料２	
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点
（新設）	
（新設）	
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
（新設）	

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注６から注８まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注４から注６まで及び注18に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注７から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ００１の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定で

きない。	きない。
２　１のイの⑴、２のイの⑴及び３のイの⑴については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。	２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。
３　１のイの⑵、２のイの⑵及び３のイの⑵については、１のイの⑴、２のイの⑴又は３のイの⑴を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。	３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。
４　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 イ　１のイの⑴又は⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 ロ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	（新設）
５　２のロ及び３のロについては、２のイの⑴若しくは⑵又は３のイの⑴若しくは⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	（新設）
６・７　（略）	４・５　（略）
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当	６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患

該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
（削る）	７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｂ００１－３　生活習慣病管理料⑴	Ｂ００１－３　生活習慣病管理料
１　脂質異常症を主病とする場合　610点	１　脂質異常症を主病とする場合　570点
２　高血圧症を主病とする場合　660点	２　高血圧症を主病とする場合　620点
３　糖尿病を主病とする場合　760点	３　糖尿病を主病とする場合　720点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１	注１　保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定

０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 ２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料⑴に含まれるものとする。 ３・４　（略） ５　区分番号Ｂ００１－３－３に掲げる生活習慣病管理料⑵を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料⑴は、算定できない。	しているときは、算定できない。 ２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。 ３・４（略） （新設）
Ｂ００１－３－２　（略）	Ｂ００１－３－２　（略）
Ｂ００１－３－３　生活習慣病管理料⑵　333点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理	（新設）

、第２章第１部第１節医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料又はＢ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料⑵に含まれるものとする。

３　糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年１回に限り所定点数に500点を加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

５　区分番号Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料⑴を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料⑵は、算定できない。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料⑵を算

定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

Ｂ００１－４～Ｂ００３　（略）

Ｂ００４　退院時共同指導料１

１・２　（略）

注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号Ｂ００５、区分番号Ｂ０１５及び区分番号Ｉ００２において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ００５において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と１回以上共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定できる。

２・３　（略）

Ｂ００５～Ｂ００５－１－２　（略）

Ｂ００１－４～Ｂ００３　（略）

Ｂ００４　退院時共同指導料１

１・２　（略）

注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号Ｂ００５、区分番号Ｂ０１５及びＩ００２において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ００５において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と１回以上共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定できる。

２・３　（略）

Ｂ００５～Ｂ００５－１－２　（略）

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料　500点

注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ００１の注５、区分番号Ｈ００１－２の注５又は区分番号Ｈ００２の注５の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ００５－２～Ｂ００５－10－２　（略）

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

１・２　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料　500点

注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ００１の注４、区分番号Ｈ００１－２の注４又は区分番号Ｈ００２の注４の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ００５－２～Ｂ００５－10－２　（略）

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

１・２　（略）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施

設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。
Ｂ００５－12・Ｂ００５－13　（略）	Ｂ００５－12・Ｂ００５－13　（略）
Ｂ００５－14　プログラム医療機器等指導管理料　90点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に１回に限り算定する。 ２　プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
Ｂ００６～Ｂ０１１－２　（略）	Ｂ００６～Ｂ０１１－２　（略）
Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　４点 注１～３　（略）	Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点 注１～３　（略）
Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）	Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）
Ｂ０１１－６　栄養情報連携料　70点 注１　区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養	（新設）

食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中１回に限り算定する。

２　注１に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。

３　区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ０１２～Ｂ０１８　（略）

第２節　削除

（削る）

（削る）

Ｂ０１２～Ｂ０１８　（略）

第２節　プログラム医療機器等医学管理加算

区分

Ｂ１００　禁煙治療補助システム指導管理加算　140点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｂ２００　（略）

第２部　在宅医療

通則

１～４　（略）

５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ～リ　（略）

６・７　（略）

８　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注18に規定する料を算定した日に１回に限り加算する。

２　禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｂ２００　（略）

第２部　在宅医療

通則

１～４　（略）

５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ～リ　（略）

６・７（略）

（新設）

る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。

第１節　在宅患者診療・指導料

区分

Ｃ０００　往診料　720点

注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

⑴・⑵　（略）

ロ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

⑴～⑶　（略）

第１節　在宅患者診療・指導料

区分

Ｃ０００　往診料　720点

注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

⑴・⑵　（略）

ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

⑴～⑶　（略）

ハ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合
⑴～⑶　（略）	⑴～⑶　（略）
ニ　別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合	（新設）
⑴　緊急往診加算　325点	
⑵　夜間・休日往診加算　405点	
⑶　深夜往診加算　485点	
２　（略）	２　（略）
３　在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に対して、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注６に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号Ｃ００１－２の注５に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。	（新設）
イ　有料老人ホームその他これに準ずる施設（	

以下この区分番号、区分番号Ｃ００１及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に入居する患者以外の患者 ⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 ①　病床を有する場合　6,500点 ②　病床を有しない場合　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 ⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 ①　病床を有する場合　6,500点 ②　病床を有しない場合　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点	
４　往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注３に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注７（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する看取り加算は算定できない。	（新設）

５　患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定する場合は、算定できない。	３　患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
６・７　（略）	４・５　（略）
８　注１のイからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	６　注１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
９　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。	（新設）
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この注において「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)（１日につき）	Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)（１日につき）

１・２　（略）

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

２～５　（略）

６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又

１・２　（略）

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

２～５　（略）

６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、

は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。	当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
７～11　（略）	７～11　（略）
12　１について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合における５回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	（新設）
13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して	（新設）

診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料⑵（１日につき）　150点

注１～４　（略）

５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定する在宅ターミナル

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料⑵（１日につき）　150点

注１～４　（略）

５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅

ケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ６　区分番号Ｃ００１の注４、注５、注７、注８、注10、注12及び注13の規定は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注７中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、同注８中「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、「注７に規定する加算」とあるのは「注６において準用するＣ００１の注７に規定する加算」、同注12中「１について」とあるのは「注１のイについて」と読み替えるものとする。	療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ６　区分番号Ｃ００１の注４、注５、注７、注８及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注７中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、同注８中「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、「注７に規定する加算」とあるのは「注６において準用するＣ００１の注７に規定する加算」と読み替えるものとする。
Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回） １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合 5,385点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の	Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回） １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合 5,400点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の

場合　4,485点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,400点 ⑤　①から④まで以外の場合　2,110点 ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,485点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,385点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,185点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,065点 ⑤　①から④まで以外の場合　905点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,014点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,670点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　780点 ⑤　①から④まで以外の場合　660点 ⑷　月１回訪問診療を行っている場合	場合　4,500点 ③　①及び②以外の場合　2,880点 （新設） （新設） ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,400点 ③　①及び②以外の場合　1,200点 （新設） （新設） ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点 ③　①及び②以外の場合　880点 （新設） （新設） ⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合 2,745点	①　単一建物診療患者が１人の場合 2,760点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,485点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,500点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点	③　①及び②以外の場合 780点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 670点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 575点	（新設）
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合 1,500点	①　単一建物診療患者が１人の場合 1,515点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 828点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 843点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 425点	③　①及び②以外の場合 440点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 373点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 317点	（新設）
ロ　病床を有しない場合	ロ　病床を有しない場合
⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合 4,985点	①　単一建物診療患者が１人の場合 5,000点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,125点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,140点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,625点	③　①及び②以外の場合 2,640点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の	（新設）

場合　2,205点 ⑤　①から④まで以外の場合　1,935点 ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,085点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,185点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,085点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　970点 ⑤　①から④まで以外の場合　825点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,774点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,550点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　805点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　720点 ⑤　①から④まで以外の場合　611点 ⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,505点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,365点	（新設） ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,200点 ③　①及び②以外の場合　1,100点 （新設） （新設） ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,565点 ③　①及び②以外の場合　820点 （新設） ⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,520点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,380点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　705点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　615点
⑤　①から④まで以外の場合　525点
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　1,380点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　768点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　395点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　344点
⑤　①から④まで以外の場合　292点
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　4,585点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,765点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,385点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,010点
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,765点
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

③　①及び②以外の場合　720点

（新設）

（新設）
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　1,395点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　783点
③　①及び②以外の場合　410点

（新設）

（新設）
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　4,600点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,780点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　2,400点

（新設）

（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,685点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,985点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　985点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　875点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　745点 ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,554点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,450点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　679点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　578点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,285点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　665点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　570点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　490点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,700点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,000点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,000点 （新設） （新設） ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,569点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,465点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　780点 （新設） （新設） ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,300点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,280点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　680点 （新設） （新設） ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,270点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　718点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　375点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　321点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　275点 ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,435点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,820点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,785点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,500点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,315点 ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,735点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,460点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　735点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　655点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　555点 ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,285点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　733点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　390点 （新設） （新設） ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,450点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,835点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,800点 （新設） （新設） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,750点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,475点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　750点 （新設） （新設） ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,014点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,165点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　645点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　573点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　487点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,745点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　980点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　545点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　455点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　395点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,000点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　575点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　315点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　264点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　225点 注１～４　（略） ５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理	を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,029点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,180点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　660点 （新設） （新設） ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,760点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　995点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　560点 （新設） （新設） ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,015点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　590点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点 （新設） （新設） 注１～４　（略） ５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　初回の場合　800点

ロ　２回目以降の場合　300点

6　（略）

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　100点

⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　85点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　75点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　75点

⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　56点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

6　（略）

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　100点

（新設）

（新設）

ロ　在宅療養実績加算１

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　75点

（新設）

（新設）

ハ　在宅療養実績加算２

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　50点

場合　50点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　43点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　38点 ８　（略） ９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　316点 ロ　在宅療養移行加算２　216点 ハ　在宅療養移行加算３　216点 ニ　在宅療養移行加算４　116点 10～13　（略） 14　１のイの(1)の③から⑤まで、１のイの(2)の③から⑤まで、１のイの(3)の③から⑤まで、１のイの(4)の③から⑤まで、１のイの(5)の③から⑤まで、１のロの(1)の③から⑤まで、１のロの(2)の③から⑤まで、１のロの(3)の③から⑤まで、１のロの(4)の③から⑤まで、１のロの(5)の③から⑤まで、２のイの(3)から(5)まで、２のロの(3)から(5)まで、２のハの(3)から(5)まで、２のニの(3)から(5)まで、２のホの(3)から(5)まで、３のイの(3)から(5)まで、３のロの(3)から(5)まで、３のハの(3)から(5)まで、３のニの(3)から(5)まで及び３のホの(3)から(5)までについて、別に厚生労働大臣が	（新設） （新設） ８　（略） ９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　216点 ロ　在宅療養移行加算２　116点 （新設） （新設） 10～13　（略） （新設）

定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回）

1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,885点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,225点

Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回）

1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,865点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,400点
⑤　①から④まで以外の場合　2,110点
⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　3,185点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,185点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,065点
⑤　①から④まで以外の場合　905点
⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　2,234点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,250点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　865点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　780点
⑤　①から④まで以外の場合　660点
⑷　月１回訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合

③　①及び②以外の場合　2,880点

（新設）

（新設）
⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点
③　①及び②以外の場合　1,200点

（新設）

（新設）
⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　2,249点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点
③　①及び②以外の場合　880点

（新設）

（新設）
⑷　月１回訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合

1,965点	1,980点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,065点	② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,080点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点	③ ①及び②以外の場合 780点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 670点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 575点	（新設）
⑸ 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	⑸ 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 1,110点	① 単一建物診療患者が１人の場合 1,125点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 618点	② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 633点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 425点	③ ①及び②以外の場合 440点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 373点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 317点	（新設）
ロ 病床を有しない場合	ロ 病床を有しない場合
⑴ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	⑴ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 3,585点	① 単一建物診療患者が１人の場合 3,600点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,955点	② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,970点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,625点	③ ①及び②以外の場合 2,640点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,205点	（新設）

⑤　①から④まで以外の場合　1,935点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,885点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,535点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,085点

④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　970点

⑤　①から④まで以外の場合　825点

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,054点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,160点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　805点

④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　720点

⑤　①から④まで以外の場合　611点

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,785点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　975点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の

（新設）

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,550点

③　①及び②以外の場合　1,100点

（新設）

（新設）

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,069点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,175点

③　①及び②以外の場合　820点

（新設）

（新設）

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　990点

③　①及び②以外の場合　720点

場合　705点	
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　615点	
⑤　①から④まで以外の場合　525点	
⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	（新設）
①　単一建物診療患者が１人の場合　1,020点	（新設）
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　573点	⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　395点	①　単一建物診療患者が１人の場合　1,035点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　344点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　588点
⑤　①から④まで以外の場合　292点	③　①及び②以外の場合　410点
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合	（新設）
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	（新設）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,285点	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,685点	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,385点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,300点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,010点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,700点
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,765点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　2,400点
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	（新設）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,585点	（新設） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,600点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,385点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,400点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　985点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,000点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　875点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　745点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,894点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,909点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,090点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,105点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　780点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　679点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　578点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合	ニ　月１回訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,625点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,640点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　905点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　920点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　665点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　680点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　570点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　490点	（新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　940点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　955点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　538点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　553点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　375点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　390点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　321点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　275点	（新設）
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,435点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,450点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,010点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,025点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,785点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,800点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,500点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,315点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,935点	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,950点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,010点	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,025点
⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　735点	⑶　⑴及び⑵以外の場合　750点
⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　655点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　555点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,534点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　895点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　645点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　573点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　487点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,265点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　710点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　545点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　455点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　395点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　760点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　440点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　315点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　264点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　225点 注１・２（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医	⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,549点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　910点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　660点 （新設） （新設） ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,280点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　725点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　560点 （新設） （新設） ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　775点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　455点 ⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点 （新設） （新設） 注１・２（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医

療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　75点

⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　56点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　56点

⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　47点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　42点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴・⑵　（略）

⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　40点

⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　33点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　30点

４　（略）

５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで、注14及び注15までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　75点

（新設）

（新設）

ロ　在宅療養実績加算１

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　56点

（新設）

（新設）

ハ　在宅療養実績加算２

⑴・⑵　（略）

⑶　⑴及び⑵以外の場合　40点

（新設）

（新設）

４　（略）

５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

６・７　（略）

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,798点

⑵　（略）

ロ　病床を有しない場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,648点

⑵　（略）

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,493点

ロ　（略）

注１～７　（略）

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号

６・７　（略）

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点

⑵　（略）

ロ　病床を有しない場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点

⑵　（略）

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点

ロ　（略）

注１～７　（略）

（新設）

Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(1)の注13（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	
９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｃ００４　（略）	Ｃ００４　（略）

Ｃ００４－２　救急患者連携搬送料 １　入院中の患者以外の患者の場合　1,800点 ２　入院初日の患者の場合　1,200点 ３　入院２日目の患者の場合　800点 ４　入院３日目の患者の場合　600点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。	（新設）
Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき） １～３（略） 注１～３　（略） ４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。 イ　月14日目まで　265点 ロ　月15日目以降　200点 ５　（略） ６　１及び２については、６歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、１日	Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき） １～３（略） 注１～３　（略） ４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ５　（略） ６　１及び２については、６歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、１日

につき130点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、180点）を所定点数に加算する。	につき150点を所定点数に加算する。
７～16　（略）	７～16　（略）
17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(1)の注13（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	（新設）
18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準	（新設）

用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ００５の注10（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。

19　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

20　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１～５　（略）

６　区分番号Ｃ００５の注４から注６まで、注８から注18まで及び注20の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行

17　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

18　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１～３　（略）

注１～５　（略）

６　区分番号Ｃ００５の注４から注６まで、注８から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行

っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10及び同注18中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。	っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。
Ｃ００５－２～Ｃ０１４　（略）	Ｃ００５－２～Ｃ０１４　（略）
Ｃ０１５　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200点 注　訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号Ｃ００２－２の注５の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	（新設）
第２節　在宅療養指導管理料	第２節　在宅療養指導管理料

通則

（略）

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１・２　（略）

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理とＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０８（３を除く。）に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－４に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　（略）

通則

（略）

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１・２　（略）

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理とＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　（略）

区分

Ｃ１００～Ｃ１０２　（略）

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料　10,000点

注１・２　（略）

３　注１に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月１回に限り115点を所定点数に加算する。

Ｃ１０３～Ｃ１０７　（略）

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１・２　（略）

注１・２（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、218点を算定する。

Ｃ１０７－３　（略）

Ｃ１０８　在宅麻薬等注射指導管理料

１　悪性腫瘍の場合　1,500点

２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点

３　心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点

注１　１については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　２については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以

区分

Ｃ１００～Ｃ１０２　（略）

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料　10,000点

注１・２　（略）

（新設）

Ｃ１０３～Ｃ１０７　（略）

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１・２　（略）

注１・２（略）

（新設）

Ｃ１０７－３　（略）

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点

（新設）

（新設）

（新設）

注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

（新設）

外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 ３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
Ｃ１０８－２　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料　1,500点 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
Ｃ１０８－３　在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
Ｃ１０８－４　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
Ｃ１０９～Ｃ１２１　（略）	Ｃ１０９～Ｃ１２１　（略）
第２款　在宅療養指導管理材料加算	第２款　在宅療養指導管理材料加算
通則	通則
（略）	（略）
区分	区分

Ｃ１５０～Ｃ１５２－３ Ｃ１５２－４　持続皮下注入シリンジポンプ加算 １　月５個以上10個未満の場合　2,330点 ２　月10個以上15個未満の場合　3,160点 ３　月15個以上20個未満の場合　3,990点 ４　月20個以上の場合　4,820点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。	Ｃ１５０～Ｃ１５２－３ （新設）
Ｃ１５３～Ｃ１６０　（略）	Ｃ１５３～Ｃ１６０　（略）
Ｃ１６１　注入ポンプ加算　1,250点 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。	Ｃ１６１　注入ポンプ加算　1,250点 注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
イ　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者	（新設）
ロ　次のいずれかに該当する患者 ⑴　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 ⑵　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者 ⑶　⑴又は⑵に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に	（新設）

対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	
ハ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者	（新設）
ニ　在宅強心剤持続投与を行っている患者	（新設）
ホ　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている患者	（新設）
Ｃ１６２～Ｃ１６４　（略）	Ｃ１６２～Ｃ１６４　（略）
Ｃ１６５　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	Ｃ１６５　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
１　（略）	１　（略）
２　ＣＰＡＰを使用した場合　960点	２　ＣＰＡＰを使用した場合　1,000点
注　（略）	注　（略）
Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　2,500点	Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　2,500点
注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
イ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者	（新設）
ロ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者	（新設）
ハ　イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	（新設）
Ｃ１６７～Ｃ１７３　（略）	Ｃ１６７～Ｃ１７３　（略）
Ｃ１７４　在宅ハイフローセラピー装置加算	Ｃ１７４　在宅ハイフローセラピー装置加算　1,600点
１　自動給水加湿チャンバーを用いる場合　3,500点	（新設）
２　１以外の場合　2,500点	（新設）

注　（略）
Ｃ１７５　（略）
第３節・第４節　（略）
第３部　検査
通則
（略）
第１節　検体検査料
通則
（略）
第１款　検体検査実施料
通則
（略）
区分
（尿・糞便等検査）
Ｄ０００　（略）
Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査
１～７　（略）
８　トランスフェリン（尿）　98点
９　アルブミン定量（尿）　99点
10　（略）
11　δアミノレブリン酸（δ－ＡＬＡ）（尿）　106点
12～15　（略）
16　総ヨウ素（尿）、ポルフォビリノゲン（尿）　186点
17　プロスタグランジンＥ主要代謝物(尿)　187点
（削る）
18～21　（略）
注　（略）
Ｄ００２・Ｄ００２－２　（略）
Ｄ００３　糞便検査

注　（略）
Ｃ１７５　（略）
第３節・第４節　（略）
第３部　検査
通則
（略）
第１節　検体検査料
通則
（略）
第１款　検体検査実施料
通則
（略）
区分
（尿・糞便等検査）
Ｄ０００　（略）
Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査
１～７　（略）
８　アルブミン定量（尿）　99点
９　トランスフェリン（尿）　101点
10　（略）
11　δアミノレブリン酸（δ－ＡＬＡ）（尿）　109点
12～15　（略）
16　総ヨウ素（尿）　186点
（新設）
17　ポルフォビリノゲン（尿）　191点
18～21　（略）
注　（略）
Ｄ００２・Ｄ００２－２　（略）
Ｄ００３　糞便検査

１～８　（略）	
９　カルプロテクチン（糞便）	268点
Ｄ００４　穿刺液・採取液検査	
１～７　（略）	
８　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	116点
９　（略）	
10　ＩｇＧインデックス	390点
11～14　（略）	
15　アミロイドβ42/40比（髄液）	1,282点
16～18　（略）	
Ｄ００４－２　（略）	
（血液学的検査）	
Ｄ００５　血液形態・機能検査	
１～５　（略）	
６　末梢血液像（鏡検法）	25点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ37点を所定点数に加算する。	
７～13　（略）	
14　骨髄像	788点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ60点を所定点数に加算する。	
15　（略）	
Ｄ００６　出血・凝固検査	
１～７　（略）	
（削る）	
８～12　（略）	
13　Ｄダイマー定性	121点
14　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）活性	126点

１～８　（略）	
９　カルプロテクチン（糞便）	270点
Ｄ００４　穿刺液・採取液検査	
１～７　（略）	
８　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	119点
９　（略）	
10　ＩｇＧインデックス	402点
11～14　（略）	
（新設）	
15～17　（略）	
Ｄ００４－２　（略）	
（血液学的検査）	
Ｄ００５　血液形態・機能検査	
１～５　（略）	
６　末梢血液像（鏡検法）	25点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。	
７～13　（略）	
14　骨髄像	788点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。	
15　（略）	
Ｄ００６　出血・凝固検査	
１～７　（略）	
８　血小板凝集能	50点
９～13　（略）	
14　Ｄダイマー定性	122点
（新設）	

15　Ｄダイマー　127点
16　（略）
（削る）

（削る）
17～20　（略）
21　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）　150点
22　プロテインＳ抗原　154点
23　（略）
24　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）、トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　171点
25　血小板第４因子（ＰＦ$_4$）　173点
26・27　（略）
28　フィブリンモノマー複合体　215点
29　（略）
30　プロテインＣ抗原　226点
31　プロテインＣ活性　227点
32・33　（略）
34　血小板凝集能
イ　鑑別診断の補助に用いるもの　450点
ロ　その他のもの　50点
35　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から32までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
Ｄ００６－２　（略）
Ｄ００６－３　ＢＣＲ－ＡＢＬ１

（新設）
15　（略）
16　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）活性　129点
17　Ｄダイマー　130点
18～21　（略）
22　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）　154点
23　プロテインＳ抗原　158点
24　（略）
25　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）、トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　176点
26　血小板第４因子（ＰＦ$_4$）　178点
27・28　（略）
29　フィブリンモノマー複合体　221点
30　（略）
31　プロテインＣ抗原　232点
32　プロテインＣ活性　234点
33・34　（略）
（新設）

35　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
Ｄ００６－２　（略）
Ｄ００６－３　ＢＣＲ－ＡＢＬ１

１　（略）	１　（略）
２　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量） イ　診断の補助に用いるもの　2,520点 ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点	（新設）
３　（略）	２　（略）
Ｄ００６－４　遺伝学的検査	Ｄ００６－４　遺伝学的検査
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。	注　（略） （新設）
Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）	Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）
１　ＦＩＳＨ法を用いた場合　2,477点	１　ＦＩＳＨ法を用いた場合　2,553点
２　流産検体を用いた絨（じゅう）毛染色体検査を行った場合　4,603点	（新設）
３　その他の場合　2,477点	２　その他の場合　2,553点
注１　（略） ２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。	注１　（略） ２　２については、流産検体を用いた絨（じゅう）毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。
Ｄ００６－６～Ｄ００６－12　（略）	Ｄ００６－６～Ｄ００６－12　（略）
Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定	Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定
１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,395点	１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,500点
２　（略）	２　（略）

注　（略）	注　（略）
Ｄ００６－14～Ｄ００６－23　（略）	Ｄ００６－14～Ｄ００６－23　（略）
Ｄ００６－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査　12,500点	Ｄ００６－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査　10,000点
Ｄ００６－25・Ｄ００６－26　（略）	Ｄ００６－25・Ｄ００６－26　（略）
Ｄ００６－27　悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）	Ｄ００６－27　悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）
１～４　（略）	１～４　（略）
５　ＲＡＳ遺伝子検査　2,500点	（新設）
６　ＢＲＡＦ遺伝子検査　2,500点	（新設）
７　ＨＥＲ２遺伝子検査（大腸癌に係るもの）　2,500点	（新設）
８　ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌に係るもの）　5,000点	（新設）
９　マイクロサテライト不安定性検査　2,500点	（新設）
注１　患者から１回に採取した血液又は（血漿）を用いて本区分の１、２、５、６、７若しくは９に掲げる検査又は区分番号Ｄ００６－12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目、３項目又は４項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、6,000点又は8,000点を算定する。	注１　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の１若しくは２に掲げる検査又は区分番号Ｄ００６－12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。
２　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の３、４又は８に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ8,000点又は12,000点を算定する。	２　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の３及び４に掲げる検査を行った場合は、8,000点を算定する。
Ｄ００６－28　（略）	Ｄ００６－28　（略）
Ｄ００６－29　乳癌悪性度判定検査　43,500点	（新設）
Ｄ００６－30　遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査　20,500点	（新設）
（生化学的検査(Ⅰ)）	（生化学的検査(Ⅰ)）
Ｄ００７　血液化学検査	Ｄ００７　血液化学検査
１～24　（略）	１～24　（略）

25　フェリチン半定量、フェリチン定量　102点
26　エタノール　105点
27　リポ蛋白（ａ）　107点
28　ヘパリン、ＫＬ－６　108点
（削る）
29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）　109点
30　シスタチンＣ　112点
31～35　（略）
36　血液ガス分析、Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定量　131点
注　血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。
37　亜鉛（Ｚｎ）　132点
38　アルブミン非結合型ビリルビン　135点

（削る）

39　肺サーファクタント蛋白－Ｄ（ＳＰ－Ｄ）、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、アンギオテンシンＩ転換酵素（ＡＣＥ）、ビタミンB_{12}　136点
（削る）

40　（略）
41　葉酸　146点

25　フェリチン半定量、フェリチン定量　105点
（新設）
26　リポ蛋白（ａ）　107点
27　ヘパリン、エタノール　108点
28　ＫＬ－６　111点
29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）　112点
30　シスタチンＣ　115点
31～35　（略）
（新設）

（新設）

（新設）
36　血液ガス分析、Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定量、アルブミン非結合型ビリルビン　135点
注　血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。
37　肺サーファクタント蛋白－Ｄ（ＳＰ－Ｄ）、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、亜鉛（Ｚｎ）　136点

38　アンギオテンシンＩ転換酵素（ＡＣＥ）、ビタミンB_{12}　140点
39　（略）
（新設）

42　（略）
43　ピルビン酸キナーゼ（ＰＫ）　150点
44　レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）　174点
45　（略）
46　ヒアルロン酸　179点

47　ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）、アセトアミノフェン　180点
48　（略）
（削る）
49　（略）
50　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）、オートタキシン、サイトケラチン１８フラグメント（ＣＫ－１８Ｆ）、ＥＬＦスコア　194点
51～54　（略）
（削る）
55　ビタミンＢ$_2$　235点
56　ビタミンＢ$_1$　239点
（削る）

57　ロイシンリッチα$_2$グリコプロテイン　268点
58　（略）
（削る）
59　プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量　276点
60　ビタミンＣ　296点
61　（略）
（削る）
62　（略）

40　（略）
41　ピルビン酸キナーゼ（ＰＫ）、葉酸　150点
（新設）

42　（略）
43　ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）　179点
44　ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）　180点
45　（略）
46　アセトアミノフェン　185点
47　（略）
48　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）、オートタキシン　194点

49～52　（略）
53　ビタミンＢ$_1$　239点
54　ビタミンＢ$_2$　242点
（新設）
55　２，５－オリゴアデニル酸合成酵素活性　250点
（新設）
56　（略）
57　ロイシンリッチα$_2$グリコプロテイン　276点
58　プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量　284点
（新設）
59　（略）
60　ビタミンＣ　305点
61　（略）

63　（略）
64　血管内皮増殖因子（ＶＥＧＦ）、コクリントモプロテイン（ＣＴＰ）　460点
65　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
ハ　10項目以上　103点
注　（略）
（生化学的検査(Ⅱ)）
Ｄ００８　内分泌学的検査
１～５　（略）
６　プロラクチン（ＰＲＬ）、甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）　98点
７　（略）
８　レニン活性、インスリン（ＩＲＩ）　100点
９　ガストリン　101点

（削る）
10　レニン定量　102点
11　サイロキシン（T_4）　105点
12　成長ホルモン（ＧＨ）、卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　105点
13　テストステロン　119点
14　遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、コルチゾール　121点
15　アルドステロン　122点
16　サイログロブリン　128点

62　（略）
63　血管内皮増殖因子（ＶＥＧＦ）　460点

64　（略）
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
ハ　10項目以上　106点
注　（略）
（生化学的検査(Ⅱ)）
Ｄ００８　内分泌学的検査
１～５　（略）
６　プロラクチン（ＰＲＬ）　98点

７　（略）
８　レニン活性　100点
９　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、ガストリン　101点
10　インスリン（ＩＲＩ）　103点
11　レニン定量　105点
12　サイロキシン（T_4）　108点
13　成長ホルモン（ＧＨ）、卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　108点
14　テストステロン　122点
15　遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、コルチゾール　124点
16　アルドステロン　125点
（新設）

17　ヒト絨毛性ゴナドトロピンーβサブユニット（ＨＣＧ－β）　129点
18　サイロキシン結合グロブリン（ＴＢＧ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、カルシトニン、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　130点
（削る）
（削る）

（削る）

19　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）　134点

20・21　（略）
22　プロゲステロン　143点
23～25　（略）
26　オステオカルシン（ＯＣ）、骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　157点
27　（略）
28　Ｉ型プロコラーゲンーＮープロペプチド（ＰＩＮＰ）　160点
29　副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　161点
（削る）

30　（略）
31　デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　164点

（新設）

17　サイロキシン結合グロブリン（ＴＢＧ）　130点

18　サイログロブリン　131点
19　ヒト絨毛性ゴナドトロピンーβサブユニット（ＨＣＧ－β）　132点
20　脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、カルシトニン　133点
21　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　134点
22・23　（略）
24　プロゲステロン　147点
25～27　（略）
28　オステオカルシン（ＯＣ）　157点

29　（略）
（新設）

（新設）

30　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　161点
31　（略）
（新設）

（削る）

32　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　165点

33　エストラジオール（E_2）　167点

34　Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）　169点

35　Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）　170点

（削除）

36　（略）

37　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　184点

38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）　186点

39～46　（略）

47　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　224点

48～50　（略）

51　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　450点

52　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　597点

53　（略）

注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の12から51までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ～ハ　（略）

32　Ｉ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）　164点

33　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　165点

（新設）

34　Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）、デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　169点

35　セクレチン、Ｉ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　170点

36　エストラジオール（E_2）　172点

37　（略）

38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）、副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　189点

（新設）

39～46　（略）

47　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　230点

48～50　（略）

51　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　320点

52　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600点

53　（略）

注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から51までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ～ハ　（略）

Ｄ００９　腫瘍マーカー

１　（略）

２　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　98点

３　（略）

（削る）

４　扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　101点

５　（略）

６　ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　112点

７　ＤＵＰＡＮ－２　115点

８　エラスターゼ１　120点

９　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　121点

10　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　131点

11　ＣＡ125　136点

12　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　139点

13　シアリルＬｅ^{x}－ｉ抗原（ＳＬＸ）　140点

14　（略）

（削る）

15　ＳＰan－１　144点

16・17　（略）

18　サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　154点

19　シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）　156点

20　ＢＣＡ225　158点

Ｄ００９　腫瘍マーカー

１　（略）

（新設）

２　（略）

３　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　101点

４　扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　104点

５　（略）

６　ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　115点

７　ＤＵＰＡＮ－２　118点

８　エラスターゼ１　123点

９　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　124点

10　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　135点

11　ＣＡ125　140点

（新設）

（新設）

12　（略）

13　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　143点

14　ＳＰan－１、シアリルＬｅ^{x}－ｉ抗原（ＳＬＸ）　144点

15・16　（略）

（新設）

（新設）

17　ＢＣＡ225、サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　158点

21　サイトケラチン８・18（尿）　160点

22～24　（略）
25　ＣＡ54／61　184点

26　α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）　185点
27　ＣＡ602、組織因子経路インヒビター２（ＴＦＰＩ２）　190点

28　γ－セミノプロテイン（γ－Ｓｍ）　192点
29・30　（略）
31　Ｓ２，３ＰＳＡ％　248点
32～34　（略）
35　アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム　335点
36　（略）
注１　（略）
２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から36までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
ハ　４項目以上　385点

Ｄ０１０　特殊分析
１～３　（略）
４　アミノ酸
イ　（略）
ロ　５種類以上　1,107点
５・６　（略）
７　脂肪酸分画　393点

18　サイトケラチン８・18（尿）、シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）　160点
19～21　（略）
22　ＣＡ54／61、癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）　184点
（新設）

23　ＣＡ602、α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）、組織因子経路インヒビター２（ＴＦＰＩ２）　190点
24　γ－セミノプロテイン（γ－Ｓｍ）　194点
25・26　（略）
（新設）
27～29　（略）
（新設）

30　（略）
注１　（略）
２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から30までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ・ロ　（略）
ハ　４項目以上　396点

Ｄ０１０　特殊分析
１～３　（略）
４　アミノ酸
イ　（略）
ロ　５種類以上　1,141点
５・６　（略）
７　脂肪酸分画　405点

８　先天性代謝異常症検査
イ・ロ　（略）
ハ　タンデムマス分析　1,107点
ニ　その他　1,107点
注１・２　（略）
（免疫学的検査）
Ｄ０１１　免疫血液学的検査
１～５　（略）
６　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）　190点
７・８　（略）
９　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）　376点
10　（略）
11　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体定性　420点
Ｄ０１２　感染症免疫学的検査
１～15　（略）
16　ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性　109点
17　ＨＩＶ－１抗体　113点
18　抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性　116点
19　Ａ群β溶連菌迅速試験定性　121点
20　（略）
21　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　129点
（削る）

８　先天性代謝異常症検査
イ・ロ　（略）
ハ　タンデムマス分析　1,141点
ニ　その他　1,141点
注１・２　（略）
（免疫学的検査）
Ｄ０１１　免疫血液学的検査
１～５　（略）
６　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）　193点
７・８　（略）
９　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）　378点
10　（略）
（新設）
Ｄ０１２　感染症免疫学的検査
１～15　（略）
16　ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性　112点
（新設）
17　抗酸菌抗体定量、ＨＩＶ－１抗体、抗酸菌抗体定性　116点
18　Ａ群β溶連菌迅速試験定性　124点
19　（略）
20　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　132点
21　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）半定量　134点

22　インフルエンザウイルス抗原定性　132点
23　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）半定量　134点
24～26　（略）
27　マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）　148点
28　ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定性　150点
29　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性　152点
（削る）

30　（略）
（削る）
31　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体　159点
32　Ｄ－アラビニトール　160点
33　大腸菌Ｏ157抗原定性　161点
34　クリプトコックス抗原半定量　166点
（削る）
35　クリプトコックス抗原定性　169点
36　マイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）　170点
37　大腸菌血清型別　175点
（削る）

38　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　179点
39　淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性

22　インフルエンザウイルス抗原定性　136点
（新設）

23～25　（略）
（新設）

26　ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性、マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）　150点
27　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体　152点
28　クラミジア・トラコマチス抗原定性　156点
29　（略）
30　Ｄ－アラビニトール　160点
31　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体　163点
（新設）
32　大腸菌Ｏ157抗原定性　165点
33　クリプトコックス抗原半定量　169点
34　マイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）　170点
35　クリプトコックス抗原定性　174点
（新設）
36　大腸菌血清型別　175点
37　淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性　180点
38　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　184点
（新設）

、単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚） 180点	
40　カンピロバクター抗原定性（糞(ふん)便） 184点	（新設）
41　肺炎球菌莢(きょう)膜抗原定性（尿・髄液） 188点	39　肺炎球菌莢(きょう)膜抗原定性（尿・髄液） 193点
42　（１→３）－β－Ｄ－グルカン 195点	（新設）
43　（略）	40　（略）
（削る）	41　（１→３）－β－Ｄ－グルカン 201点
44　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり） 200点	42　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり） 206点
注　（略）	注　（略）
45　ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量 203点	43　ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量 207点
46　レジオネラ抗原定性（尿） 205点	（新設）
47　（略）	44　（略）
（削る）	45　レジオネラ抗原定性（尿） 211点
48　（略）	46　（略）
49　（略）	47　（略）
50　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 225点	（新設）
51　（略）	48　（略）
52　エンドトキシン 229点	（新設）
53　（略）	49　（略）
（削る）	50　エンドトキシン 236点
54～56　（略）	51～53　（略）
57　サイトメガロウイルスpp65抗原定性 356点	54　サイトメガロウイルスpp65抗原定性 366点
58　（略）	55　（略）
59　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性 420点	（新設）
60　（略）	56　（略）

61　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定量　560点
62・63　（略）
64　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　822点
65・66　（略）

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査
１～３　（略）
４　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　98点
５　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　102点
６　ＨＢｃ抗体半定量・定量　130点
７～10　（略）
11　ＨＣＶ血清群別判定　215点
12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　252点
13・14　（略）
注　（略）

Ｄ０１４　自己抗体検査
１～４　（略）
５　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　99点
６　抗インスリン抗体　107点
７　抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）　110点
８　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　111点
９　（略）
10　抗サイログロブリン抗体　136点
11　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　138点
12　抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量　140点

（新設）
57・58　（略）
59　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　847点
60・61　（略）

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査
１～３　（略）
４　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　101点
５　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　105点
６　ＨＢｃ抗体半定量・定量　133点
７～10　（略）
11　ＨＣＶ血清群別判定　221点
12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　259点
13・14　（略）
注　（略）

Ｄ０１４　自己抗体検査
１～４　（略）
５　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　102点
（新設）
６　抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）、抗インスリン抗体　110点
７　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　114点
８　（略）
（新設）
（新設）
９　抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量、抗サイログロブリン抗体

（削る）
13　（略）
14　抗Ｓm抗体定性、抗Ｓm抗体半定量、抗Ｓm抗体定量　147点
15　（略）
16　抗Ｓcl－70抗体定性、抗Ｓcl－70抗体半定量、抗Ｓcl－70抗体定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定量　157点
（削る）

（削る）

17　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　159点
18　抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定量　161点
19～23　（略）
24　抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　193点
25　（略）
26　ＩｇＧ型リウマトイド因子　198点

27　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　214点
28　（略）
（削る）
29～31　（略）
32　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　251点
33　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３　140点
10　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　142点
11　（略）
12　抗Ｓm抗体定性、抗Ｓm抗体半定量、抗Ｓm抗体定量　151点
13　（略）
14　抗Ｓcl－70抗体定性、抗Ｓcl－70抗体半定量、抗Ｓcl－70抗体定量　157点

15　抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌa抗体定量　158点
16　抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒo抗体定量　161点
17　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　163点
（新設）

18～22　（略）
（新設）

23　（略）
24　ＩｇＧ型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　198点
（新設）
25　（略）
26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　220点
27～29　（略）
30　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　258点
31　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３

－ＡＮＣＡ）　252点
34　（略）
（削る）

（削る）

35　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　265点
36　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体、　270点
37　抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体、抗Ｍｉ－２抗体　270点
38・39　（略）
40　甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）　330点
41～44　（略）
45　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　775点
46～49　（略）
注１　本区分の10から16まで、18、19、23及び37に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の48及び49に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査
１～９　（略）
10　β_2－マイクログロブリン　98点
11　（略）

－ＡＮＣＡ）　259点
32　（略）
33　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体　270点
34　抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体、抗Ｍｉ－２抗体　270点
35　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　273点
（新設）

（新設）

36・37（略）
38　甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）　340点
39～42　（略）
43　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　798点
44～49　（略）
注１　本区分の９から16まで、18、22及び34に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の46及び47に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査
１～９　（略）
（新設）
10　（略）

（削る）
12　トランスサイレチン（プレアルブミン）
101点
13　（略）
14　α_1－マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　129点
15　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　132点
16・17　（略）
18　ＴＡＲＣ　179点
19　（略）
（削る）
20～24　（略）
25　C_1インアクチベータ　253点
26～29　（略）
30　結核菌特異的インターフェロン－γ産生能
593点

Ｄ０１６　細胞機能検査
1　Ｂ細胞表面免疫グロブリン　155点
2　（略）
3　Ｔ細胞・Ｂ細胞百分率　193点
4～7　（略）
8　顆粒球表面抗原検査　640点
（微生物学的検査）

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
1・2　（略）
3　その他のもの　67点
注　（略）

Ｄ０１８　細菌培養同定検査
1　口腔、気道又は呼吸器からの検体　180点
2　消化管からの検体　200点
3　血液又は穿刺液　225点

11　β_2－マイクログロブリン　101点
12　トランスサイレチン（プレアルブミン）
104点
13　（略）
14　α_1－マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　132点
15　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　136点
16・17　（略）
（新設）
18　（略）
19　ＴＡＲＣ　184点
20～24　（略）
25　C_1インアクチベータ　260点
26～29　（略）
30　結核菌特異的インターフェロン－γ産生能
594点

Ｄ０１６　細胞機能検査
1　Ｂ細胞表面免疫グロブリン　157点
2　（略）
3　Ｔ細胞・Ｂ細胞百分率　198点
4～7　（略）
（新設）
（微生物学的検査）

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
1・2　（略）
3　その他のもの　64点
注　（略）

Ｄ０１８　細菌培養同定検査
1　口腔、気道又は呼吸器からの検体　170点
2　消化管からの検体　190点
3　血液又は穿刺液　220点

４　泌尿器又は生殖器からの検体　190点	４　泌尿器又は生殖器からの検体　180点
５　その他の部位からの検体　180点	５　その他の部位からの検体　170点
６　（略）	６　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査	Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査
１　１菌種　185点	１　１菌種　180点
２　２菌種　240点	２　２菌種　230点
３　３菌種以上　310点	３　３菌種以上　290点
４・５　（略）	４・５　（略）
Ｄ０１９－２～Ｄ０２２　（略）	Ｄ０１９－２～Ｄ０２２　（略）
Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査	Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査
（削る）	１　細菌核酸検出（白血球）（１菌種あたり）　130点
１　クラミジア・トラコマチス核酸検出　188点	２　クラミジア・トラコマチス核酸検出　193点
２　淋菌核酸検出　198点	３　淋菌核酸検出　204点
３　Ａ群β溶血連鎖球菌核酸検出　204点	（新設）
４　ＨＢＶ核酸定量　256点	４　ＨＢＶ核酸定量　263点
５　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出　262点	５　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出　270点
６　マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出　291点	６　マイコプラズマ核酸検出　291点
７・８　（略）	７・８　（略）
９　ＨＣＶ核酸検出　330点	９　ＨＣＶ核酸検出　340点
10　ＨＰＶ核酸検出　347点	10　ＨＰＶ核酸検出　350点
注　（略）	注　（略）
11　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　347点	11　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　352点
注　（略）	注　（略）
12　腟トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出　350点	（新設）
13　百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出、	12　百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出

百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出　360点	360点
14　抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出　410点	13　インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出　410点
15　ＨＣＶ核酸定量　412点	（新設） 14　（略） 15　ＨＣＶ核酸定量　424点
16　（略）	16　（略）
（削る）	（新設）
17　（略）	17　（略）
18　（略）	
19　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ核酸同時検出、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス核酸同時検出、ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出　700点	
20　サイトメガロウイルス核酸検出　801点	18　サイトメガロウイルス核酸検出　825点
21　（略）	19　（略）
22　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点	20　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出　963点
注　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
23　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含む。）　1,350点	（新設）
24　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、ウイルス	21　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出　1,700点

・細菌核酸多項目同時検出（髄液）　1,700点 注１　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。 ２　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 25・26　（略） 注　６（マイコプラズマ核酸検出に限る。）、７、13（百日咳菌核酸検出及び百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出に限る。）又は14（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。 Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査 １・２　（略） ３　大腸菌ベロトキシン定性　184点 ４　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性（イムノクロマト法によるもの）　291点 ５　（略） Ｄ０２４　削除 （基本的検体検査実施料） Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき） １・２　（略） 注１・２　（略）	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。 （新設） 22・23　（略） 注　６、７、12（百日咳菌核酸検出に限る。）又は13（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。 Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査 １・２　（略） ３　大腸菌ベロトキシン定性　189点 （新設） ４　（略） Ｄ０２４　削除 （基本的検体検査実施料） Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき） １・２　（略） 注１・２　（略）

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２款　検体検査判断料

区分

Ｄ０２６　検体検査判断料

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11からＤ００６－20まで及び区分番号Ｄ００６－22からＤ００６－30までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号Ｄ００６－26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号Ｄ００６－30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カ

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２款　検体検査判断料

区分

Ｄ０２６　検体検査判断料

１～７　（略）

注１・２　（略）

３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11からＤ００６－20まで及び区分番号Ｄ００６－22からＤ００６－28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

４・５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加

ウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

７～９　（略）

Ｄ０２７　（略）

第２節　（略）

第３節　生体検査料

通則

１　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～ヨ　（略）

タ　内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）

レ　（略）

２　（略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

Ｄ２００～Ｄ２１４－２　（略）

（超音波検査等）

通則

算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

７～９　（略）

Ｄ０２７　（略）

第２節　（略）

第３節　生体検査料

通則

１　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～ヨ　（略）

（新設）

タ　（略）

２　（略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

Ｄ２００～Ｄ２１４－２　（略）

（超音波検査等）

通則

（略）
Ｄ２１５～Ｄ２３３　（略）
Ｄ２３４　胃・食道内24時間pH測定　3,000点
（脳波検査等）
通則
区分番号Ｄ２３５からＤ２３７－３までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号Ｄ２３８に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
Ｄ２３５～Ｄ２３７－２　（略）
Ｄ２３７－３　覚醒維持検査　5,000点
Ｄ２３８　（略）
（神経・筋検査）
通則
（略）
Ｄ２３９～Ｄ２５４　（略）
（眼科学的検査）
通則
（略）
Ｄ２５５～Ｄ２５６　（略）
Ｄ２５６－２　眼底三次元画像解析　190点
注　（略）
Ｄ２５６－３　（略）
Ｄ２５７　細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）　110点
注　（略）
Ｄ２５８～Ｄ２８２－３　（略）
（皮膚科学的検査）
Ｄ２８２－４（略）
（臨床心理・神経心理検査）
Ｄ２８３～Ｄ２８５　（略）
（負荷試験等）
Ｄ２８６～Ｄ２９０－２　（略）

（略）
Ｄ２１５～Ｄ２３３　（略）
Ｄ２３４　胃・食道内24時間pH測定　2,000点
（脳波検査等）
通則
区分番号Ｄ２３５からＤ２３７－２までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号Ｄ２３８に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
Ｄ２３５～Ｄ２３７－２　（略）
（新設）
Ｄ２３８　（略）
（神経・筋検査）
通則
（略）
Ｄ２３９～Ｄ２５４　（略）
（眼科学的検査）
通則
（略）
Ｄ２５５～Ｄ２５６　（略）
Ｄ２５６－２　眼底三次元画像解析　200点
注　（略）
Ｄ２５６－３（略）
Ｄ２５７　細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）　112点
注　（略）
Ｄ２５８～Ｄ２８２－３　（略）
（皮膚科学的検査）
Ｄ２８２－４　（略）
（臨床心理・神経心理検査）
Ｄ２８３～Ｄ２８５　（略）
（負荷試験等）
Ｄ２８６～Ｄ２９０－２　（略）

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

１　（略）

２　22箇所以上の場合（１箇所につき）　12点

Ｄ２９１－２・Ｄ２９１－３　（略）

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

（略）

Ｄ２９２～Ｄ２９４　（略）

（内視鏡検査）

通則

１～４　（略）

５　緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号Ｄ２９６－３、Ｄ３２４及びＤ３２５に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ～ニ　（略）

Ｄ２９５～Ｄ２９６－２　（略）

Ｄ２９６－３　内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）　305点

注　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第１節第１款の通則第１号又は第３号の加算は別に算定できない。

Ｄ２９７～Ｄ３２５　（略）

第４節　診断穿（せん）刺・検体採取料

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

１　（略）

２　22箇所以上の場合（一連につき）　350点

Ｄ２９１－２・Ｄ２９１－３　（略）

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

（略）

Ｄ２９２～Ｄ２９４　（略）

（内視鏡検査）

通則

１～４　（略）

５　緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号Ｄ３２４及びＤ３２５に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ～ニ　（略）

Ｄ２９５～Ｄ２９６－２　（略）

（新設）

Ｄ２９７～Ｄ３２５　（略）

第４節　診断穿（せん）刺・検体採取料

通則

（略）

区分

Ｄ４００　血液採取（１日につき）

１　静脈　40点

２　（略）

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、35点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｄ４０１・Ｄ４０２　（略）

Ｄ４０３　腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）　260点

注　（略）

Ｄ４０４　骨髄穿刺

１　（略）

２　その他　300点

注　（略）

Ｄ４０４－２～Ｄ４０９　（略）

Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検（片側）

１・２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳癌の患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｄ４１０～Ｄ４１２－２　（略）

Ｄ４１２－３　経頸静脈的肝生検　13,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して

通則

（略）

区分

Ｄ４００　血液採取（１日につき）

１　静脈　37点

２　（略）

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。

３　（略）

Ｄ４０１・Ｄ４０２　（略）

Ｄ４０３　腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）　220点

注　（略）

Ｄ４０４　骨髄穿刺

１　（略）

２　その他　280点

注　（略）

Ｄ４０４－２～Ｄ４０９　（略）

Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検（片側）

１・２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｄ４１０～Ｄ４１２－２　（略）

（新設）

いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ４１３～Ｄ４１８　（略）

Ｄ４１９　その他の検体採取

１　（略）

２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）　220点

注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。

３　動脈血採取（１日につき）　60点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、35点を所定点数に加算する。

４～６　（略）

Ｄ４１９－２　（略）

第５節・第６節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算１として、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する場合はこの限りでない。

Ｄ４１３～Ｄ４１８　（略）

Ｄ４１９　その他の検体採取

１　（略）

２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）　180点

注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。

３　動脈血採取（１日につき）　55点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。

４～６　（略）

Ｄ４１９－２　（略）

第５節・第６節　（略）

第４部　画像診断

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算１として、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。

５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り175点、235点又は340点を所定点数に加算する。	５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り180点又は340点を所定点数に加算する。
６　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２又はＥ２０３に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第４号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する場合はこの限りでない。	６　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２又はＥ２０３に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第４号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。
７　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に限る。）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第５号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、	７　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に限る。）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第５号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、

画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定することができる。

第１節　エックス線診断料

通則

（略）

区分

Ｅ０００・Ｅ００１　（略）

Ｅ００２　撮影

１～４　（略）

注１～５　（略）

６　乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｅ００３　（略）

Ｅ００４　基本的エックス線診断料（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２節　核医学診断料

通則

（略）

区分

Ｅ１００・Ｅ１０１　（略）

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

１～３　（略）

画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定することができる。

第１節　エックス線診断料

通則

（略）

区分

Ｅ０００・Ｅ００１　（略）

Ｅ００２　撮影

１～４　（略）

注１～５　（略）

（新設）

Ｅ００３　（略）

Ｅ００４　基本的エックス線診断料（１日につき）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２節　核医学診断料

通則

（略）

区分

Ｅ１００・Ｅ１０１　（略）

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

１～３　（略）

４　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　2,500点	（新設）
５　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	（新設）
イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　12,500点	
ロ　イ以外の場合　2,600点	
注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入、^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。	注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
２・３　（略）	２・３　（略）
４　１から４までについては、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。	４　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。
Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）	Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
３　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　3,625点	（新設）
４　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	（新設）
イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　13,625点	

ロ　イ以外の場合　3,725点	
注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。	注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
２・３　（略）	２・３　（略）
４　１から３までについては、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。	４　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。
Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）	Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）　9,160点
１　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　9,160点	（新設）
２　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　4,160点	（新設）
３　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）	（新設）
イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　14,160点	
ロ　イ以外の場合　4,260点	
注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定	注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

点数に含まれる

２・３　（略）

４　１及び２については、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

Ｅ１０１－５・Ｅ１０２　（略）

第３節～第５節　（略）

第５部　投薬

通則

１～４　（略）

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１～３　（略）

注１～４　（略）

（削る）

２・３　（略）

４　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

Ｅ１０１－５・Ｅ１０２　（略）

第３節～第５節　（略）

第５部　投薬

通則

１～４　（略）

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１～３　（略）

注１～４　（略）

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院で

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。

６・７　（略）

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　８点
ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　７点
ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　５点

９　（略）

（削る）

ある保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。

６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

７・８　（略）

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点
ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点
ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

10　（略）

11　注９の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注９に規定する基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれ

第３節・第４節　（略）
第５節　処方箋料
区分
Ｆ４００　処方箋料
１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　20点
２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　32点
３　１及び２以外の場合　60点
注１～３　（略）
（削る）

ぞれ所定点数に加算する。
イ　外来後発医薬品使用体制加算１　７点
ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　６点
ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　４点
第３節・第４節　（略）
第５節　処方箋料
区分
Ｆ４００　処方箋料
１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　28点
２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　40点
３　１及び２以外の場合　68点
注１～３　（略）
４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付し

４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。

５　（略）

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　10点

ロ　一般名処方加算２　８点

７　（略）

（削る）

８　１、２及び３について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が

た場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

６　（略）

７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　７点

ロ　一般名処方加算２　５点

８　（略）

９　注７の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　９点

ロ　一般名処方加算２　７点

（新設）

、別表第三調剤報酬点数表区分番号００調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

７　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

８～９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　25点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

８～９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点

注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定

は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　37点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２～Ｇ００３－３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　105点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　102点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　53点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２～Ｇ００３－３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　101点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　99点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

３　（略） ４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。	３　（略） ４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。
Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点	Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点
注１～３　（略） ４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	注１～３　（略） ４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
５　（略）	５　（略）
Ｇ００５－２～Ｇ００５－４　（略）	Ｇ００５－２～Ｇ００５－４　（略）
Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点	Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点
注１　（略）	注１　（略）

２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。	２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。
３　（略）	３　（略）
Ｇ００７　腱鞘内注射　42点	Ｇ００７　腱鞘内注射　27点
Ｇ００８　（略）	Ｇ００８　（略）
Ｇ００９　脳脊髄腔注射	Ｇ００９　脳脊髄腔注射
１～２　（略）	１～２　（略）
３　腰椎　160点	３　腰椎　140点
注　（略）	注　（略）
Ｇ０１０　（略）	Ｇ０１０　（略）
Ｇ０１０－２　滑液嚢穿刺後の注入　100点	Ｇ０１０－２　滑液嚢穿刺後の注入　80点
Ｇ０１１　（略）	Ｇ０１１　（略）
Ｇ０１２　結膜下注射　42点	Ｇ０１２　結膜下注射　27点
Ｇ０１２－２・Ｇ０１３　（略）	Ｇ０１２－２・Ｇ０１３　（略）
Ｇ０１４　球後注射　80点	Ｇ０１４　球後注射　60点
Ｇ０１５　テノン氏嚢内注射　80点	Ｇ０１５　テノン氏嚢内注射　60点
Ｇ０１６　硝子体内注射　600点	Ｇ０１６　硝子体内注射　580点
注　未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点	Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点
Ｇ０１８　（略）	Ｇ０１８　（略）
第２款　無菌製剤処理料	第２款　無菌製剤処理料

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１～２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

１　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）

イ　理学療法士による場合　205点

ロ　作業療法士による場合　205点

ハ　医師による場合　205点

ニ　看護師による場合　205点

ホ　集団療法による場合　205点

２　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）

イ　理学療法士による場合　125点

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１～２　（略）

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

１　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　205点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

２　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　125点

（新設）

ロ　作業療法士による場合　125点	（新設）
ハ　医師による場合　125点	（新設）
ニ　看護師による場合　125点	（新設）
ホ　集団療法による場合　125点	（新設）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は	（新設）

、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
５・６　（略）	４・５　（略）
Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料	Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料
１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）	１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位） 245点
イ　理学療法士による場合　245点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　245点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　245点	（新設）
ニ　医師による場合　245点	（新設）
２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）	２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位） 200点
イ　理学療法士による場合　200点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　200点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　200点	（新設）
ニ　医師による場合　200点	（新設）
３　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位）	３　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位） 100点
イ　理学療法士による場合　100点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　100点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　100点	（新設）
ニ　医師による場合　100点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　100点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関	２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関

を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
５　（略）	４　（略）
６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(ﾛ)（１単位）	イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(ﾛ)（１単位）　147点
(ｲ)　理学療法士による場合　147点	（新設）

⑵　作業療法士による場合　147点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　147点	（新設）
⑷　医師による場合　147点	（新設）
ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（１単位）	ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　120点
⑴　理学療法士による場合　120点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　120点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　120点	（新設）
⑷　医師による場合　120点	（新設）
ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）	ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　60点
⑴　理学療法士による場合　60点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　60点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　60点	（新設）
⑷　医師による場合　60点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　60点	（新設）
７・８　（略）	６・７　（略）
Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料	Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料
１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）	１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）　180点
イ　理学療法士による場合　180点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　180点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　180点	（新設）
ニ　医師による場合　180点	（新設）
２　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）　146点
イ　理学療法士による場合　146点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　146点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　146点	（新設）
ニ　医師による場合　146点	（新設）
３　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）	３　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）

イ　理学療法士による場合　77点	77点
ロ　作業療法士による場合　77点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　77点	（新設）
ニ　医師による場合　77点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　77点	（新設）
注１　（略）	（新設）
２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	注１　（略） ２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
５　（略）	４　（略）
６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群

の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）	イ　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）　108点
⑴　理学療法士による場合　108点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　108点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　108点	（新設）
⑷　医師による場合　108点	（新設）
ロ　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）	ロ　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）　88点
⑴　理学療法士による場合　88点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　88点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　88点	（新設）
⑷　医師による場合　88点	（新設）
ハ　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）	ハ　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）　46点
⑴　理学療法士による場合　46点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　46点	（新設）
⑶　言語聴覚士による場合　46点	（新設）
⑷　医師による場合　46点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　46点	（新設）
７・８　（略）	６・７　（略）
Ｈ００２　運動器リハビリテーション料	Ｈ００２　運動器リハビリテーション料
１　運動器リハビリテーション料⑴（１単位）	１　運動器リハビリテーション料⑴（１単位）　185点
イ　理学療法士による場合　185点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　185点	（新設）
ハ　医師による場合　185点	（新設）
２　運動器リハビリテーション料⑵（１単位）	２　運動器リハビリテーション料⑵（１単位）

イ　理学療法士による場合	170点
ロ　作業療法士による場合	170点
ハ　医師による場合	170点

３　運動器リハビリテーション料Ⅲ（１単位）

イ　理学療法士による場合	85点
ロ　作業療法士による場合	85点
ハ　医師による場合	85点
ニ　イからハまで以外の場合	85点

注１　（略）

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。

３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限

170点

（新設）

（新設）

（新設）

３　運動器リハビリテーション料Ⅲ（１単位）

85点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

注１　（略）

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　（略）

（新設）

度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
５　（略）	４　（略）
６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　運動器リハビリテーション料⑴（１単位）	イ　運動器リハビリテーション料⑴（１単位）111点
⑴　理学療法士による場合　111点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　111点	（新設）
⑶　医師による場合　111点	（新設）
ロ　運動器リハビリテーション料⑵（１単位）	ロ　運動器リハビリテーション料⑵（１単位）102点
⑴　理学療法士による場合　102点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　102点	（新設）
⑶　医師による場合　102点	（新設）
ハ　運動器リハビリテーション料⑶（１単位）	ハ　運動器リハビリテーション料⑶（１単位）51点
⑴　理学療法士による場合　51点	（新設）
⑵　作業療法士による場合　51点	（新設）
⑶　医師による場合　51点	（新設）
⑷　⑴から⑶まで以外の場合　51点	（新設）
７・８（略）	６・７　（略）
Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料	Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料
１　呼吸器リハビリテーション料⑴（１単位）	１　呼吸器リハビリテーション料⑴（１単位）

イ　理学療法士による場合	175点
ロ　作業療法士による場合	175点
ハ　言語聴覚士による場合	175点
ニ　医師による場合	175点

２　呼吸器リハビリテーション料Ⅱ（１単位）

イ　理学療法士による場合	85点
ロ　作業療法士による場合	85点
ハ　言語聴覚士による場合	85点
ニ　医師による場合	85点

注１　（略）

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。

３　（略）

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数

175点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

２　呼吸器リハビリテーション料Ⅱ（１単位）

85点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

注１　（略）

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　（略）

（新設）

に加算する。	
５・６　（略）	４・５　（略）
Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料	Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料
１～２　（略）	１～２　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
（削る）	４　区分番号Ｈ００３－３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。
４　（略）	５　（略）
Ｈ００３－３　削除	Ｈ００３－３　リハビリテーション計画提供料
	１　リハビリテーション計画提供料１　275点
	２　リハビリテーション計画提供料２　100点
	注１　１について、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者

Ｈ００３－４～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　精神科専門療法

通則

（略）

第１節　精神科専門療法料

区分

Ｉ０００　（略）

として同法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

２　２について、退院時に区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に１回に限り算定する。

３　１について、区分番号Ｂ００５－１－３に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者１人につき１回に限り算定する。

４　１について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、５点を所定点数に加算する。

Ｈ００３－４～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　精神科専門療法

通則

（略）

第１節　精神科専門療法料

区分

Ｉ０００　（略）

Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法　2,000点

注　（略）

Ｉ００１　（略）

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　600点

⑵　⑴以外の場合　550点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　（略）

⑵　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　315点

②　①以外の場合　290点

２　在宅精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　640点

⑵　（略）

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　590点

②　①以外の場合　540点

⑵　（略）

⑶　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　315点

②　①以外の場合　290点

注１・２　（略）

３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法

Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法　1,200点

注　（略）

Ｉ００１　（略）

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　560点

⑵　⑴以外の場合　540点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　（略）

⑵　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　330点

②　①以外の場合　315点

２　在宅精神療法

イ　（略）

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　620点

⑵　（略）

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　550点

②　①以外の場合　530点

⑵　（略）

⑶　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　330点

②　①以外の場合　315点

注１・２　（略）

３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法

を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、320点を所定点数に加算する。ただし、注４又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。また、注３又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

イ・ロ　（略）

５～７　（略）

（削る）

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

イ・ロ　（略）

５～７　（略）

８　１を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。	ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
イ　直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合　500点	（新設）
ロ　イ以外の患者の場合　350点	（新設）
９　心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り250点を所定点数に加算する。	（新設）
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについ	（新設）

ては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,000点

ロ　イ以外の場合

⑴　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　450点

⑵　⑴以外の場合　250点

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　病院の場合

⑴　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　20点

⑵　⑴以外の場合　15点

ロ　診療所の場合

⑴　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　50点

⑵　⑴以外の場合　15点

12　１のハの⑴の①又は⑵の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療

（新設）

（新設）

機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注３から注５まで及び注７から注11までに規定する加算は別に算定できない。	
Ｉ００２－２～Ｉ０１１－２　（略）	Ｉ００２－２～Ｉ０１１－２　（略）
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料	Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料
１～３　（略）	１～３　（略）
注１～６　（略）	注１～６
７　注１及び注２に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。 イ　月14日目まで　265点 ロ　月15日目以降　200点	７　注１及び注２に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。 （新設） （新設）
８～12　（略）	８～12　（略）
13　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加	13　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加

算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、精神科訪問看護・指導を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。	算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。
14・15　（略）	14・15　（略）
16　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	（新設）
17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げ	（新設）

る外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算又は区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(1)の注13（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

Ｉ０１２－２～Ｉ０１６　（略）

第２節　（略）

第９部　処置

通則

（略）

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００・Ｊ０００－２　（略）

Ｊ００１　熱傷処置

１・２　（略）

３　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　337点

４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　630点

５　6,000平方センチメートル以上　1,875点

注１～４　（略）

Ｉ０１２－２～Ｉ０１６　（略）

第２節　（略）

第９部　処置

通則

（略）

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００・Ｊ０００－２　（略）

Ｊ００１　熱傷処置

１・２　（略）

３　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　270点

４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　504点

５　6,000平方センチメートル以上　1,500点

注１～４　（略）

Ｊ００１－２～Ｊ００１－６　（略）
Ｊ００１－７　爪甲除去（麻酔を要しないもの）　70点
注　（略）
Ｊ００１－８～Ｊ００２　（略）
Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）
１・２　（略）
３　200平方センチメートル以上　1,375点
注１～３　（略）
Ｊ００３－２　（略）
Ｊ００３－３　局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）
1,375点
Ｊ００３－４・Ｊ００４　（略）
Ｊ００５　脳室穿刺　750点
注　（略）
Ｊ００６・Ｊ００７　（略）
Ｊ００７－２　硬膜外自家血注入　1,000点
注１・２　（略）
Ｊ００８　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）　275点
注　（略）
Ｊ００９　（略）
Ｊ０１０　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）
287点
注　（略）
Ｊ０１０－２・Ｊ０１１　（略）
Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺　350点
注　（略）
Ｊ０１３～Ｊ０１８－３　（略）
Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ（開始日）　825点
注１・２　（略）
Ｊ０１９－２～Ｊ０２２－５　（略）
Ｊ０２３　気管支カテーテル薬液注入法　150点

Ｊ００１－２～Ｊ００１－６　（略）
Ｊ００１－７　爪甲除去（麻酔を要しないもの）　60点
注　（略）
Ｊ００１－８～Ｊ００２　（略）
Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）
１・２　（略）
３　200平方センチメートル以上　1,100点
注１～３　（略）
Ｊ００３－２　（略）
Ｊ００３－３　局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）
1,100点
Ｊ００３－４・Ｊ００４　（略）
Ｊ００５　脳室穿刺　600点
注　（略）
Ｊ００６・Ｊ００７　（略）
Ｊ００７－２　硬膜外自家血注入　800点
注１・２　（略）
Ｊ００８　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）　220点
注　（略）
Ｊ００９　（略）
Ｊ０１０　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）
230点
注　（略）
Ｊ０１０－２・Ｊ０１１　（略）
Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺　280点
注　（略）
Ｊ０１３～Ｊ０１８－３　（略）
Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ（開始日）　660点
注１・２　（略）
Ｊ０１９－２～Ｊ０２２－５　（略）
Ｊ０２３　気管支カテーテル薬液注入法　120点

Ｊ０２４～Ｊ０２９－２　（略）
Ｊ０３０　食道ブジー法　150点
Ｊ０３１　直腸ブジー法　150点
Ｊ０３２・Ｊ０３３　（略）
Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法　912点
Ｊ０３４－２～Ｊ０３７　（略）
Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）
１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　1,876点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,036点
ハ　５時間以上の場合　2,171点
２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,836点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,996点
ハ　５時間以上の場合　2,126点
３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　1,796点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,951点
ハ　５時間以上の場合　2,081点
４　（略）
注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　（略）
ロ　導入期加算２　410点
ハ　導入期加算３　810点
３～14　（略）

Ｊ０２４～Ｊ０２９－２　（略）
Ｊ０３０　食道ブジー法　120点
Ｊ０３１　直腸ブジー法　120点
Ｊ０３２・Ｊ０３３　（略）
Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法　730点
Ｊ０３４－２～Ｊ０３７　（略）
Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）
１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　1,885点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点
ハ　５時間以上の場合　2,180点
２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,845点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点
ハ　５時間以上の場合　2,135点
３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　1,805点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点
ハ　５時間以上の場合　2,090点
４　（略）
注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　（略）
ロ　導入期加算２　400点
ハ　導入期加算３　800点
３～14　（略）

Ｊ０３８－２～Ｊ０４３－２　（略）	Ｊ０３８－２～Ｊ０４３－２　（略）
Ｊ０４３－３　ストーマ処置（１日につき）	Ｊ０４３－３　ストーマ処置（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合は、ストーマ合併症加算として、65点を加算する。	（新設）
Ｊ０４３－４～Ｊ０４３－７　（略）	Ｊ０４３－４～Ｊ０４３－７　（略）
（救急処置）	（救急処置）
Ｊ０４４　（略）	Ｊ０４４　（略）
Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）　600点	Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）　480点
Ｊ０４５　人工呼吸	Ｊ０４５　人工呼吸
１　30分までの場合　302点	１　30分までの場合　242点
２　30分を超えて５時間までの場合　302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数	２　30分を超えて５時間までの場合　242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
３　（略）	３　（略）
注１～４　（略）	注１～４　（略）
５　３のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合に、腹臥位療法加算として、１回につき900点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｊ０４５－２～Ｊ０４７－３　（略）	Ｊ０４５－２～Ｊ０４７－３　（略）
Ｊ０４８　心膜穿刺　625点	Ｊ０４８　心膜穿刺　500点
Ｊ０４９　（略）	Ｊ０４９　（略）
Ｊ０５０　気管内洗浄（１日につき）　425点	Ｊ０５０　気管内洗浄（１日につき）　340点

注１・２　（略）
Ｊ０５１　胃洗浄　375点
注　（略）
Ｊ０５２　（略）
Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法（１日につき）　2,175点
注　（略）
（皮膚科処置）
Ｊ０５３・Ｊ０５４　（略）
Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法（一連につき）
１　色素レーザー照射療法　2,712点
注　（略）
２　（略）
注　（略）
Ｊ０５５～Ｊ０５７－４　（略）
（泌尿器科処置）
Ｊ０５８～Ｊ０６１　（略）
Ｊ０６２　腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）　1,612点
注　（略）
Ｊ０６３～Ｊ０６６－２　（略）
Ｊ０６７　誘導ブジー法　270点
Ｊ０６８～Ｊ０７０－４　（略）
（産婦人科処置）
Ｊ０７１～Ｊ０７６　（略）
Ｊ０７７　子宮出血止血法
１　分娩時のもの　780点
２　（略）
Ｊ０７８～Ｊ０８２　（略）
Ｊ０８２－２　薬物放出子宮内システム処置
１　挿入術　300点
２　（略）
Ｊ０８３～Ｊ０８５－２　（略）

注１・２　（略）
Ｊ０５１　胃洗浄　300点
注　（略）
Ｊ０５２　（略）
Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法（１日につき）　1,740点
注　（略）
（皮膚科処置）
Ｊ０５３・Ｊ０５４　（略）
Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法（一連につき）
１　色素レーザー照射療法　2,170点
注　（略）
２　（略）
注　（略）
Ｊ０５５～Ｊ０５７－４　（略）
（泌尿器科処置）
Ｊ０５８～Ｊ０６１　（略）
Ｊ０６２　腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）　1,290点
注　（略）
Ｊ０６３～Ｊ０６６－２　（略）
Ｊ０６７　誘導ブジー法　216点
Ｊ０６８～Ｊ０７０－４　（略）
（産婦人科処置）
Ｊ０７１～Ｊ０７６　（略）
Ｊ０７７　子宮出血止血法
１　分娩時のもの　624点
２　（略）
Ｊ０７８～Ｊ０８２　（略）
Ｊ０８２－２　薬物放出子宮内システム処置
１　挿入術　240点
２　（略）
Ｊ０８３～Ｊ０８５－２　（略）

（眼科処置）
Ｊ０８６～Ｊ０９４　（略）
（耳鼻咽喉科処置）
Ｊ０９５　（略）
Ｊ０９５－２　鼓室処置（片側）　62点
注　（略）
Ｊ０９６～Ｊ１０８　（略）
Ｊ１０９　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）　550点
Ｊ１１０～Ｊ１１２　（略）
Ｊ１１３　耳垢栓塞除去（複雑なもの）
１　片側　90点
２　両側　160点
注　（略）
Ｊ１１４　ネブライザ　12点
注　（略）
Ｊ１１５・Ｊ１１５－２　（略）
（整形外科的処置）
Ｊ１１６　（略）
Ｊ１１６－２　粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）　100点
Ｊ１１６－３～Ｊ１１６－５　（略）
Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所を１日につき）　62点
注１・２　（略）
Ｊ１１８～Ｊ１１９－４　（略）
（栄養処置）
Ｊ１２０・Ｊ１２１　（略）
（ギプス）
通則
（略）
Ｊ１２２～Ｊ１２９－４　（略）
第２節～第４節　（略）

（眼科処置）
Ｊ０８６～Ｊ０９４　（略）
（耳鼻咽喉科処置）
Ｊ０９５　（略）
Ｊ０９５－２　鼓室処置（片側）　55点
注　（略）
Ｊ０９６～Ｊ１０８　（略）
Ｊ１０９　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）　440点
Ｊ１１０～Ｊ１１２　（略）
Ｊ１１３　耳垢栓塞除去（複雑なもの）
１　片側　100点
２　両側　180点
注　（略）
Ｊ１１４　ネブライザ　12点
注　（略）
Ｊ１１５・Ｊ１１５－２　（略）
（整形外科的処置）
Ｊ１１６　（略）
Ｊ１１６－２　粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）　80点
Ｊ１１６－３～Ｊ１１６－５　（略）
Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所を１日につき）　50点
注１・２　（略）
Ｊ１１８～Ｊ１１９－４　（略）
（栄養処置）
Ｊ１２０・Ｊ１２１　（略）
（ギプス）
通則
（略）
Ｊ１２２～Ｊ１２９－４　（略）
第２節～第４節　（略）

第10部　手術

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０１９－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０４６（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３－２、Ｋ０５９の３のイ及び４、Ｋ０８１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０８２－７、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１４７－３、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１６９－２、Ｋ１６９－３、Ｋ１７８－４（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１８８－３、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６からＫ１９０－８まで、Ｋ２２５－４、Ｋ２５４の１、Ｋ２５９（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の２のイ及び５から７まで、Ｋ２７１の１、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３０５－２、Ｋ３０８－３、Ｋ３１９－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ３４３－２の１、Ｋ３７４－２、Ｋ３８８－３、Ｋ３９４－２、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４４５－２、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７０－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ４７６－５、Ｋ５０８－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５１４－７、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２

第10部　手術

通則

１～３　（略）

４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０１９－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０４６（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５９の３のイ及び４、Ｋ０８１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１６９－２、Ｋ１６９－３、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１８８－３、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６からＫ１９０－８まで、Ｋ２２５－４、Ｋ２５４の１、Ｋ２５９（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の２のイ及び５から７まで、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３０５－２、Ｋ３０８－３、Ｋ３１９－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ３４３－２、Ｋ３７４－２、Ｋ３８８－３、Ｋ３９４－２、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４４５－２、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７０－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５９４の４のロ及びハ、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７

、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５７４－４、Ｋ５９４の４のロ及びハ、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３、Ｋ６０３－２、Ｋ６０４－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１６－６、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－２の１、２及び４、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４５－３、Ｋ６４７－３、Ｋ６５３－６、Ｋ６５４－４、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７００－４、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７０９－６、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７２１－５、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７５４－３、Ｋ７５５－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－７まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８００－４、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８０９－４、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２１－４、Ｋ８２３－５、Ｋ８２３－７、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２８－３、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３０－３、Ｋ８３５の１、Ｋ８３８－２、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５０（注に規定する加算を算定するからＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３、Ｋ６０３－２、Ｋ６０４－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１６－６、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－２の１、２及び４、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５３－６、Ｋ６５４－４、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６５６－２、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７０９－６、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７２１－５、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７５４－３、Ｋ７５５－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－６まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８００－４、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２３－５、Ｋ８２３－７、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２８－３、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３５の１、Ｋ８３８－２、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生

場合に限る。）、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８２－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８９０－４、Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－５までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ７２１－５、Ｋ７７３－４、Ｋ８２３－７、Ｋ８２８－３、Ｋ８３５の１、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８９０－４及びＫ９１７からＫ９１７－５までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

５　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６からＫ０７６－３まで、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ０８２－７、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１４７－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３４３－２の２、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３

労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８２－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８９０－４、Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８９０－４及びＫ９１７からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

５　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７６－２、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－

、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５０８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５２９－５、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４の４のロ、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６２７－２の４、Ｋ６４５、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７１０－２、Ｋ７１９－６、Ｋ７３２－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８２１－４、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第４号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

６　（略）

７　区分番号Ｋ００２、Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４７－３、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ３９９、Ｋ４０３、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５０１からＫ５０１－３まで、Ｋ５１１の３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４の４のロ、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６２７－２の４、Ｋ６４５、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７１０－２、Ｋ７１９－６、Ｋ７３２－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第４号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

６　（略）

７　区分番号Ｋ００２、Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ３９９、Ｋ４０３、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５０１からＫ５０１－３まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、

３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２２、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０１－２、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６２５、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３からＫ６３６まで、Ｋ６３６－３、Ｋ６３６－４、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６４７、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６６７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８１、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１４、Ｋ７１４－２、Ｋ７１６の２、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２５からＫ７２６－２まで、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７４５、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７３、Ｋ７７３－５、Ｋ７７５、Ｋ８０４、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２、Ｋ８３８並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

８～11　（略）

12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４からＫ９１７－５までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ　（略）

13～17　（略）

18　区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１３の３及び４、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－

Ｋ５１９、Ｋ５２２、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０１－２、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６２５、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３６－３、Ｋ６３６－４、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６４７、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６６７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８１、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１４、Ｋ７１４－２、Ｋ７１６の２、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２５からＫ７２６－２まで、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７４５、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７３、Ｋ７７３－５、Ｋ７７５、Ｋ８０４、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２、Ｋ８３８並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

８～11　（略）

12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４からＫ９１７－３までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ　（略）

13～17　（略）

18　区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２の１

２、Ｋ５５５－３、Ｋ６５５－２の１、Ｋ６５５－５の１、Ｋ６５７－２の１、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－２、Ｋ７５４－２、Ｋ７５５－２、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８６０－３、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19　（略）

20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

21　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として、当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。

第１節　手術料

、Ｋ６５５－５の１、Ｋ６５７－２の１、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－２の１、２及び５、Ｋ７５４－２、Ｋ７５５－２、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19　（略）

20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

（新設）

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１・２　（略）

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　（略）

ロ　その他のもの　3,090点

４～６　（略）

注１～３　（略）

Ｋ０００－２　小児創傷処理（６歳未満）

１・２　（略）

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,860点

４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　4,410点

５～８　（略）

注１～３　（略）

Ｋ００１　皮膚切開術

１・２　（略）

３　長径20センチメートル以上　2,270点

Ｋ００２　デブリードマン

１　100平方センチメートル未満　1,620点

２・３　（略）

注１～５　（略）

Ｋ００３・Ｋ００４　（略）

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

１・２　（略）

３　長径４センチメートル以上　5,010点

Ｋ００６～Ｋ００６－４　（略）

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１・２　（略）

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　（略）

ロ　その他のもの　2,690点

４～６　（略）

注１～３　（略）

Ｋ０００－２　小児創傷処理（６歳未満）

１・２　（略）

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,490点

４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,840点

５～８　（略）

注１～３　（略）

Ｋ００１　皮膚切開術

１・２　（略）

３　長径20センチメートル以上　1,980点

Ｋ００２　デブリードマン

１　100平方センチメートル未満　1,410点

２・３　（略）

注１～５　（略）

Ｋ００３・Ｋ００４　（略）

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

１・２　（略）

３　長径４センチメートル以上　4,360点

Ｋ００６～Ｋ００６－４　（略）

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

１・２　（略）

注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｋ００７－２～Ｋ００８　（略）

（形成）

Ｋ００９～Ｋ０１３－２　（略）

Ｋ０１３－３　自家皮膚非培養細胞移植術

１　25平方センチメートル未満　3,520点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点

３　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点

４　200平方センチメートル以上　25,820点

注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸（けい）部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１４・Ｋ０１４－２　（略）

Ｋ０１５　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

１　25平方センチメートル未満　5,180点

２・３　（略）

Ｋ０１６～Ｋ０２２－２　（略）

Ｋ０２２－３　慢性膿（のう）皮症手術

１　単純なもの　4,820点

２　複雑なもの　8,320点

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

１・２　（略）

注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｋ００７－２～Ｋ００８　（略）

（形成）

Ｋ００９～Ｋ０１３－２　（略）

（新設）

Ｋ０１４・Ｋ０１４－２　（略）

Ｋ０１５　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

１　25平方センチメートル未満　4,510点

２・３　（略）

Ｋ０１６～Ｋ０２２－２　（略）

（新設）

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

区分

（筋膜、筋、腱、腱鞘）

Ｋ０２３～Ｋ０２７　（略）

Ｋ０２８　腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）　2,350点

Ｋ０２９　（略）

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　8,490点

２　（略）

Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　27,740点

２　手、足　14,800点

注　（略）

Ｋ０３２～Ｋ０４１　（略）

（四肢骨）

Ｋ０４２～Ｋ０４３－３　（略）

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

１　肩甲骨、上腕、大腿　1,840点

２　前腕、下腿　2,040点

３　（略）

Ｋ０４５　（略）

Ｋ０４６　骨折観血的手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　21,630点

２　前腕、下腿、手舟状骨　18,370点

３　（略）

注　（略）

Ｋ０４６－２～Ｋ０５１　（略）

Ｋ０５１－２　中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）　5,930点

注　（略）

Ｋ０５２～Ｋ０５２－３　（略）

Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術

区分

（筋膜、筋、腱、腱鞘）

Ｋ０２３～Ｋ０２７　（略）

Ｋ０２８　腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）　2,050点

Ｋ０２９　（略）

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　7,390点

２　（略）

Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　24,130点

２　手、足　12,870点

注　（略）

Ｋ０３２～Ｋ０４１　（略）

（四肢骨）

Ｋ０４２～Ｋ０４３－３　（略）

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

１　肩甲骨、上腕、大腿　1,600点

２　前腕、下腿　1,780点

３　（略）

Ｋ０４５　（略）

Ｋ０４６　骨折観血的手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　18,810点

２　前腕、下腿、手舟状骨　15,980点

３　（略）

注　（略）

Ｋ０４６－２～Ｋ０５１　（略）

Ｋ０５１－２　中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）　5,160点

注　（略）

Ｋ０５２～Ｋ０５２－３　（略）

Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術

1　肩甲骨、上腕、大腿　36,600点	1　肩甲骨、上腕、大腿　36,460点
2　前腕、下腿　35,000点	2　前腕、下腿　32,040点
3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　25,310点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　22,010点
注　（略）	注　（略）
Ｋ０５３－２　骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	（新設）
1　２センチメートル以内のもの　15,000点	
2　２センチメートルを超えるもの　21,960点	
注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	
Ｋ０５４～Ｋ０５５－３　（略）	Ｋ０５４～Ｋ０５５－３　（略）
Ｋ０５５－４　大腿骨遠位骨切り術　33,830点	（新設）
Ｋ０５６～Ｋ０５９－２　（略）	Ｋ０５６～Ｋ０５９－２　（略）
（四肢関節、靭帯）	（四肢関節、靭帯）
Ｋ０６０　関節切開術	Ｋ０６０　関節切開術
1　（略）	1　（略）
2　胸鎖、肘、手、足　1,470点	2　胸鎖、肘、手、足　1,280点
3　肩鎖、指（手、足）　780点	3　肩鎖、指（手、足）　680点
Ｋ０６０－２～Ｋ０６１　（略）	Ｋ０６０－２～Ｋ０６１　（略）
Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）	Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）
1　（略）	1　（略）
2　その他　3,390点	2　その他　2,950点
Ｋ０６３～Ｋ０６９－３　（略）	Ｋ０６３～Ｋ０６９－３　（略）
Ｋ０６９－４　関節鏡下半月板制動術　21,700点	（新設）
Ｋ０７０～Ｋ０７６－２　（略）	Ｋ０７０～Ｋ０７６－２　（略）
Ｋ０７６－３　関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）　54,810点	（新設）
Ｋ０７７　（略）	Ｋ０７７　（略）
Ｋ０７７－２　肩甲骨烏口突起移行術　27,380点	（新設）
Ｋ０７８～Ｋ０８０－４　（略）	Ｋ０７８～Ｋ０８０－４　（略）

Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術
１・２　（略）
３　関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの　46,370点
Ｋ０８０－６～Ｋ０８２－６　（略）
Ｋ０８２－７　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）　43,260点
Ｋ０８３　（略）
Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定　2,330点
注　（略）
（四肢切断、離断、再接合）
Ｋ０８４～Ｋ０８８　（略）
（手、足）
Ｋ０８９　（略）
Ｋ０９０　ひょう疽手術
１　（略）
２　骨、関節のもの　1,470点
Ｋ０９０－２～Ｋ０９７　（略）
Ｋ０９８　削除
Ｋ０９９～Ｋ１１１　（略）
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２～Ｋ１１６　（略）
Ｋ１１７　脊椎脱臼非観血的整復術　2,950点
Ｋ１１７－２　頸椎非観血的整復術　2,950点
Ｋ１１７－３～Ｋ１２０　（略）
Ｋ１２０－２　恥骨結合離開非観血的整復固定術　1,810点
Ｋ１２１　骨盤骨折非観血的整復術　2,950点
Ｋ１２２及びＫ１２３～Ｋ１２５　（略）
Ｋ１２６　脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）
１　棘突起、腸骨翼　3,620点

Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術
１・２　（略）
（新設）
Ｋ０８０－６～Ｋ０８２－６　（略）
（新設）
Ｋ０８３　（略）
Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定　2,030点
注　（略）
（四肢切断、離断、再接合）
Ｋ０８４～Ｋ０８８　（略）
（手、足）
Ｋ０８９　（略）
Ｋ０９０　ひょう疽手術
１　（略）
２　骨、関節のもの　1,280点
Ｋ０９０－２～Ｋ０９７　（略）
Ｋ０９８　手掌屈筋腱縫合術　13,300点
Ｋ０９９～Ｋ１１１　（略）
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２～Ｋ１１６　（略）
Ｋ１１７　脊椎脱臼非観血的整復術　2,570点
Ｋ１１７－２　頸椎非観血的整復術　2,570点
Ｋ１１７－３～Ｋ１２０　（略）
Ｋ１２０－２　恥骨結合離開非観血的整復固定術　1,580点
Ｋ１２１　骨盤骨折非観血的整復術　2,570点
Ｋ１２２及びＫ１２３～Ｋ１２５　（略）
Ｋ１２６　脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）
１　棘突起、腸骨翼　3,150点

２　（略）
Ｋ１２６－２～Ｋ１４２－４　（略）
Ｋ１４２－５　内視鏡下椎弓形成術　30,390点
注　椎弓が２以上の場合は、１椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎弓を超えないものとする。
Ｋ１４２－６～Ｋ１４４　（略）
第３款　神経系・頭蓋
通則
（略）
区分
（頭蓋、脳）
Ｋ１４５～Ｋ１４７－２　（略）
Ｋ１４７－３　緊急穿頭血腫除去術　10,900点
Ｋ１４８～Ｋ１７６　（略）
Ｋ１７６－２　脳硬膜血管結紮術　82,730点
Ｋ１７７～Ｋ１７８－３　（略）
Ｋ１７８－４　経皮的脳血栓回収術　33,150点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期

２　（略）
Ｋ１２６－２～Ｋ１４２－４　（略）
Ｋ１４２－５　内視鏡下椎弓形成術　30,390点
（新設）
Ｋ１４２－６～Ｋ１４４　（略）
第３款　神経系・頭蓋
通則
（略）
区分
（頭蓋、脳）
Ｋ１４５～Ｋ１４７－２　（略）
（新設）
Ｋ１４８～Ｋ１７６　（略）
（新設）
Ｋ１７７～Ｋ１７８－３　（略）
Ｋ１７８－４　経皮的脳血栓回収術　33,150点
（新設）

脳卒中加算は算定できない。
Ｋ１７８－５・Ｋ１７９　（略）
Ｋ１８０　頭蓋骨形成手術
１・２　（略）
３　骨移動を伴うもの　47,090点
注　（略）
Ｋ１８１～Ｋ１８１－６　（略）
（脊髄、末梢神経、交感神経）
Ｋ１８２～Ｋ１８９　（略）
Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術
１　脊髄刺激電極を留置した場合　27,830点
２　（略）
注　（略）
Ｋ１９０－２・Ｋ１９０－３　（略）
Ｋ１９０－４　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術　8,380点
Ｋ１９０－５～Ｋ１９３　（略）
Ｋ１９３－２　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）
１・２　（略）
３　長径４センチメートル以上　5,010点
Ｋ１９３－３～Ｋ１９６－５　（略）
Ｋ１９６－６　末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）　15,000点
Ｋ１９７・Ｋ１９８　（略）
第４款　眼
区分
（涙道）
Ｋ１９９～Ｋ２０６　（略）
（眼瞼）
Ｋ２０７～Ｋ２１９　（略）

Ｋ１７８－５・Ｋ１７９　（略）
Ｋ１８０　頭蓋骨形成手術
１・２　（略）
３　骨移動を伴うもの　40,950点
注　（略）
Ｋ１８１～Ｋ１８１－６　（略）
（脊髄、末梢神経、交感神経）
Ｋ１８２～Ｋ１８９　（略）
Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術
１　脊髄刺激電極を留置した場合　24,200点
２　（略）
注　（略）
Ｋ１９０－２・Ｋ１９０－３　（略）
Ｋ１９０－４　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術　7,290点
Ｋ１９０－５～Ｋ１９３　（略）
Ｋ１９３－２　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）
１・２　（略）
３　長径４センチメートル以上　4,360点
Ｋ１９３－３～Ｋ１９６－５　（略）
（新設）
Ｋ１９７・Ｋ１９８　（略）
第４款　眼
区分
（涙道）
Ｋ１９９～Ｋ２０６　（略）
（眼瞼）
Ｋ２０７～Ｋ２１９　（略）

（結膜）	
Ｋ２２０～Ｋ２２５－４　（略）	
（眼窩（か）、涙腺）	
Ｋ２２６～Ｋ２３７　（略）	
（眼球、眼筋）	
Ｋ２３８　（略）	
Ｋ２３９　眼球内容除去術	7,040点
Ｋ２４０　（略）	
Ｋ２４１　眼球摘出術	4,220点
Ｋ２４２～Ｋ２４５　（略）	
（角膜、強膜）	
Ｋ２４６～Ｋ２５５　（略）	
Ｋ２５６　角膜潰瘍結膜被覆術	3,040点
Ｋ２５７　角膜表層除去併用結膜被覆術	9,540点
Ｋ２５８～Ｋ２５９－２　（略）	
Ｋ２５９－３　ヒト羊膜基質使用自家培養口腔（くう）粘膜上皮細胞移植術	52,600点
Ｋ２６０・Ｋ２６０－２　（略）	
Ｋ２６１　角膜形成手術	3,510点
Ｋ２６２　（略）	
（ぶどう膜）	
Ｋ２６３及びＫ２６４～Ｋ２７０　（略）	
Ｋ２７１　毛様体光凝固術	
１　眼内内視鏡を用いるもの	41,000点
２　その他のもの	5,600点
Ｋ２７２・Ｋ２７３　（略）	
（眼房、網膜）	
Ｋ２７４～Ｋ２７７－２　（略）	
（水晶体、硝子体）	
Ｋ２７８　硝子体注入・吸引術	2,620点
Ｋ２７９～Ｋ２８３　（略）	

（結膜）	
Ｋ２２０～Ｋ２２５－４　（略）	
（眼窩（か）、涙腺）	
Ｋ２２６～Ｋ２３７　（略）	
（眼球、眼筋）	
Ｋ２３８　（略）	
Ｋ２３９　眼球内容除去術	6,130点
Ｋ２４０　（略）	
Ｋ２４１　眼球摘出術	3,670点
Ｋ２４２～Ｋ２４５　（略）	
（角膜、強膜）	
Ｋ２４６～Ｋ２５５　（略）	
Ｋ２５６　角膜潰瘍結膜被覆術	2,650点
Ｋ２５７　角膜表層除去併用結膜被覆術	8,300点
Ｋ２５８～Ｋ２５９－２　（略）	
（新設）	
Ｋ２６０・Ｋ２６０－２　（略）	
Ｋ２６１　角膜形成手術	3,060点
Ｋ２６２　（略）	
（ぶどう膜）	
Ｋ２６３～及びＫ２６４Ｋ２７０　（略）	
Ｋ２７１　毛様体光凝固術	5,600点
（新設）	
（新設）	
Ｋ２７２・Ｋ２７３　（略）	
（眼房、網膜）	
Ｋ２７４～Ｋ２７７－２　（略）	
（水晶体、硝子体）	
Ｋ２７８　硝子体注入・吸引術	2,280点
Ｋ２７９～Ｋ２８３　（略）	

Ｋ２８４　硝子体置換術　7,920点

第５款　耳鼻咽喉

区分

（外耳）

Ｋ２８５～Ｋ２８８　（略）

Ｋ２８９　耳茸（じょう）摘出術　1,150点

Ｋ２９０～Ｋ２９９　（略）

（中耳）

Ｋ３００　（略）

Ｋ３０１　鼓室開放術　8,370点

Ｋ３０２　上鼓室開放術　15,110点

Ｋ３０３　（略）

Ｋ３０４　乳突洞開放術（アントロトミー）　15,500点

Ｋ３０５～Ｋ３０９　（略）

Ｋ３１０　乳突充填術　8,590点

Ｋ３１１　（略）

Ｋ３１２　鼓膜鼓室肉芽切除術　3,470点

Ｋ３１３～Ｋ３２０－２　（略）

（内耳）

Ｋ３２１～Ｋ３２８－３　（略）

（鼻）

Ｋ３２９～Ｋ３３７　（略）

Ｋ３３８　鼻甲介切除術

１　高周波電気凝固法によるもの　1,240点

２　その他のもの　3,810点

Ｋ３３８－２　（略）

Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術　4,890点

Ｋ３４０　鼻茸（じょう）摘出術　1,500点

Ｋ３４０－２～Ｋ３４０－７　（略）

Ｋ３４１　上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術　1,730点

Ｋ３４２・Ｋ３４３　（略）

Ｋ２８４　硝子体置換術　6,890点

第５款　耳鼻咽喉

区分

（外耳）

Ｋ２８５～Ｋ２８８　（略）

Ｋ２８９　耳茸（じょう）摘出術　1,000点

Ｋ２９０～Ｋ２９９　（略）

（中耳）

Ｋ３００　（略）

Ｋ３０１　鼓室開放術　7,280点

Ｋ３０２　上鼓室開放術　13,140点

Ｋ３０３　（略）

Ｋ３０４　乳突洞開放術（アントロトミー）　13,480点

Ｋ３０５～Ｋ３０９　（略）

Ｋ３１０　乳突充填術　7,470点

Ｋ３１１　（略）

Ｋ３１２　鼓膜鼓室肉芽切除術　3,020点

Ｋ３１３～Ｋ３２０－２　（略）

（内耳）

Ｋ３２１～Ｋ３２８－３　（略）

（鼻）

Ｋ３２９～Ｋ３３７　（略）

Ｋ３３８　鼻甲介切除術

１　高周波電気凝固法によるもの　1,080点

２　その他のもの　3,320点

Ｋ３３８－２　（略）

Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術　4,260点

Ｋ３４０　鼻茸（じょう）摘出術　1,310点

Ｋ３４０－２～Ｋ３４０－７　（略）

Ｋ３４１　上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術　1,510点

Ｋ３４２・Ｋ３４３　（略）

Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術

１　頭蓋底郭清、再建を伴うもの　110,950点
２　その他のもの　60,000点

Ｋ３４４～Ｋ３４７－７　（略）

Ｋ３４７－８　内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）　29,680点

Ｋ３４７－９　内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）　46,070点

（副鼻腔）

Ｋ３４８及びＫ３４９～Ｋ３５１　（略）

Ｋ３５２　上顎洞根治手術　9,180点

Ｋ３５２－２　鼻内上顎洞根治手術　3,820点

Ｋ３５２－３　（略）

Ｋ３５３　鼻内篩骨洞根治手術　5,750点

Ｋ３５４からＫ３５６まで・Ｋ３５６－２　（略）

Ｋ３５７　鼻内蝶形洞根治手術　4,390点

Ｋ３５８からＫ３６２まで　削除

Ｋ３６２－２　（略）

Ｋ３６３　削除

Ｋ３６４～Ｋ３６６　（略）

（咽頭、扁桃）

Ｋ３６７～Ｋ３８２－２　（略）

（喉頭、気管）

Ｋ３８３　（略）

Ｋ３８４　喉頭膿瘍切開術　2,460点

Ｋ３８４－２　深頸部膿瘍切開術　5,520点

Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）　110,950点

（新設）

（新設）

Ｋ３４４～Ｋ３４７－７　（略）

（新設）

（新設）

（副鼻腔）

Ｋ３４８及びＫ３４９～Ｋ３５１　（略）

Ｋ３５２　上顎洞根治手術　7,990点

Ｋ３５２－２　鼻内上顎洞根治手術　3,330点

Ｋ３５２－３　（略）

Ｋ３５３　鼻内篩骨洞根治手術　5,000点

Ｋ３５４からＫ３５６まで・Ｋ３５６－２　（略）

Ｋ３５７　鼻内蝶形洞根治手術　3,820点

Ｋ３５８　上顎洞篩骨洞根治手術　11,310点

Ｋ３５９　前頭洞篩骨洞根治手術　11,290点

Ｋ３６０　篩骨洞蝶形洞根治手術　11,290点

Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術　12,630点

Ｋ３６２　上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術　14,110点

Ｋ３６２－２　（略）

Ｋ３６３　前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術　13,440点

Ｋ３６４～Ｋ３６６　（略）

（咽頭、扁桃）

Ｋ３６７～Ｋ３８２－２　（略）

（喉頭、気管）

Ｋ３８３　（略）

Ｋ３８４　喉頭膿瘍切開術　2,140点

Ｋ３８４－２　深頸部膿瘍切開術　4,800点

Ｋ３８５～Ｋ３９１　（略）
Ｋ３９２　喉頭蓋切除術　3,660点
Ｋ３９２－２～Ｋ４００　（略）
Ｋ４０１　気管口狭窄拡大術　3,090点
Ｋ４０２～Ｋ４０３－２　（略）
第６款　顔面・口腔・頸部
区分
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）
Ｋ４０４～Ｋ４０７－２　（略）
（口腔前庭、口腔底、類粘膜、舌）
Ｋ４０８～Ｋ４２０　（略）
（顔面）
Ｋ４２１～Ｋ４２６－２　（略）
（顔面骨、顎関節）
Ｋ４２７～Ｋ４３１　（略）
Ｋ４３２　上顎骨折非観血的整復術　1,800点
Ｋ４３３～Ｋ４４１　（略）
Ｋ４４２　上顎骨悪性腫瘍手術
１　掻爬　10,530点
２・３　（略）
Ｋ４４３～Ｋ４４５－２　（略）
Ｋ４４６　顎関節授動術
１　徒手的授動術
イ・ロ　（略）
ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,760点
２　顎関節鏡下授動術　12,090点
３　（略）
Ｋ４４７　（略）
（唾液腺）
Ｋ４４８・Ｋ４４９　（略）
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）

Ｋ３８５～Ｋ３９１　（略）
Ｋ３９２　喉頭蓋切除術　3,190点
Ｋ３９２－２～Ｋ４００　（略）
Ｋ４０１　気管口狭窄拡大術　2,690点
Ｋ４０２～Ｋ４０３－２　（略）
第６款　顔面・口腔・頸部
区分
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）
Ｋ４０４～Ｋ４０７－２　（略）
（口腔前庭、口腔底、類粘膜、舌）
Ｋ４０８～Ｋ４２０　（略）
（顔面）
Ｋ４２１～Ｋ４２６－２　（略）
（顔面骨、顎関節）
Ｋ４２７～Ｋ４３１　（略）
Ｋ４３２　上顎骨折非観血的整復術　1,570点
Ｋ４３３～Ｋ４４１　（略）
Ｋ４４２　上顎骨悪性腫瘍手術
１　掻爬　9,160点
２・３　（略）
Ｋ４４３～Ｋ４４５－２　（略）
Ｋ４４６　顎関節授動術
１　徒手的授動術
イ・ロ　（略）
ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点
２　顎関節鏡下授動術　10,520点
３　（略）
Ｋ４４７　（略）
（唾液腺）
Ｋ４４８・Ｋ４４９　（略）
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）

1　（略）	
2　深在性のもの	4,330点
3　（略）	
注　（略）	
Ｋ４５１～Ｋ４６０　（略）	
（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））	
Ｋ４６１～Ｋ４６５　（略）	
（その他の頸部）	
Ｋ４６６～Ｋ４７１　（略）	
第７款　胸部	
区分	
（乳腺）	
Ｋ４７２～Ｋ４７４－３　（略）	
Ｋ４７５　乳房切除術	6,040点
注　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う場合は、遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算として、8,780点を所定点数に加算する。	
Ｋ４７５－２　（略）	
Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術	
1　単純乳房切除術（乳腺全摘術）	17,040点
２～９　（略）	
注１　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
２　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色	

1　（略）	
2　深在性のもの	3,770点
3　（略）	
注　（略）	
Ｋ４５１～Ｋ４６０　（略）	
（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））	
Ｋ４６１～Ｋ４６５　（略）	
（その他の頸部）	
Ｋ４６６～Ｋ４７１　（略）	
第７款　胸部	
区分	
（乳腺）	
Ｋ４７２～Ｋ４７４－３　（略）	
Ｋ４７５　乳房切除術	6,040点
（新設）	
Ｋ４７５－２　（略）	
Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術	
1　単純乳房切除術（乳腺全摘術）	14,820点
２～９　（略）	
注１　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
２　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素	

素の費用は、算定しない。	の費用は、算定しない。
Ｋ４７６－２～Ｋ４７６－４　（略）	Ｋ４７６－２～Ｋ４７６－４　（略）
Ｋ４７６－５　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　15,000点	（新設）
注１　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	
２　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
３　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
（胸壁）	（胸壁）
Ｋ４７７～Ｋ４８６　（略）	Ｋ４７７～Ｋ４８６　（略）
Ｋ４８７　漏斗胸手術	Ｋ４８７　漏斗胸手術
１～３　（略）	１～３　（略）
４　胸骨挙上用固定具抜去術　6,530点	４　胸骨挙上用固定具抜去術　5,680点
（胸腔、胸膜）	（胸腔、胸膜）
Ｋ４８８～Ｋ５０１－３　（略）	Ｋ４８８～Ｋ５０１－３　（略）
（縦隔）	（縦隔）
Ｋ５０２～Ｋ５０４－２　（略）	Ｋ５０２～Ｋ５０４－２　（略）
（気管支、肺）	（気管支、肺）
Ｋ５０５及び５０６～Ｋ５０８－３　（略）	Ｋ５０５及び５０６～Ｋ５０８－３　（略）
Ｋ５０８－４　気管支バルブ留置術　8,960点	（新設）

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５０９　（略）	Ｋ５０９　（略）
Ｋ５０９－２　気管支肺胞洗浄術　6,090点	Ｋ５０９－２　気管支肺胞洗浄術　5,300点
注　（略）	注　（略）
Ｋ５０９－３～Ｋ５１４　（略）	Ｋ５０９－３～Ｋ５１４　（略）
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
１～３　（略）	１～３　（略）
４　気管支形成を伴う肺切除　107,800点	４　気管支形成を伴う肺切除　81,420点
５　肺全摘　93,000点	（新設）
Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）　80,460点	Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）　63,200点
注　（略）	注　（略）
Ｋ５１４－４～Ｋ５１４－６　（略）	Ｋ５１４－４～Ｋ５１４－６　（略）
Ｋ５１４－７　肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	（新設）
１　２センチメートル以内のもの　15,000点	
２　２センチメートルを超えるもの　21,960点	
注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	
Ｋ５１５～Ｋ５１９　（略）	Ｋ５１５～Ｋ５１９　（略）
（食道）	（食道）
Ｋ５２０・Ｋ５２１　（略）	Ｋ５２０・Ｋ５２１　（略）
Ｋ５２２　食道狭窄拡張術	Ｋ５２２　食道狭窄拡張術
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　１及び２については、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。	注　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。
２　３については、短期間又は同一入院期間中、２回に限り算定する。	（新設）
Ｋ５２２－２～Ｋ５２９－４　（略）	Ｋ５２２－２～Ｋ５２９－４　（略）

Ｋ５２９－５　喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	153,330点
Ｋ５３０・Ｋ５３０－２　（略）	
Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術	22,100点
Ｋ５３１～Ｋ５３３－２　（略）	
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術（横隔膜）	3,250点
Ｋ５３４～Ｋ５３７－２　（略）	
第８款　心・脈管区分（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）	
Ｋ５３８～Ｋ５４３　（略）	
Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	
１　単独のもの	
イ　胸腔鏡下によるもの	90,600点
ロ　その他のもの	60,600点
２・３　（略）	
Ｋ５４５～Ｋ５４７　（略）	
Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
１・２　（略）	
３　アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの	24,720点
注　（略）	
Ｋ５４９～Ｋ５７２　（略）	
Ｋ５７３　心房中隔欠損作成術	
１　経皮的心房中隔欠損作成術	
イ　ラシュキンド法	16,090点
ロ　スタティック法	16,090点
２　（略）	
注　（略）	

（新設）	
Ｋ５３０・Ｋ５３０－２　（略）	
Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術	12,470点
Ｋ５３１～Ｋ５３３－２　（略）	
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術（横隔膜）	8,990点
Ｋ５３４～Ｋ５３７－２　（略）	
第８款　心・脈管区分（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）	
Ｋ５３８～Ｋ５４３　（略）	
Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	
１　単独のもの	60,600点
（新設）	
（新設）	
２・３　（略）	
Ｋ５４５～Ｋ５４７　（略）	
Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
１・２　（略）	
（新設）	
注　（略）	
Ｋ５４９～Ｋ５７２　（略）	
Ｋ５７３　心房中隔欠損作成術	
１　経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法）	16,090点
（新設）	
（新設）	
２　（略）	
注　（略）	

Ｋ５７４～Ｋ５７４－３　（略）
Ｋ５７４－４　胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術　69,130点
Ｋ５７５～Ｋ５９９－５　（略）
Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）
１　（略）
２　２日目以降　4,230点
注　（略）
Ｋ６０１～Ｋ６０４－２　（略）
Ｋ６０５　移植用心採取術　68,490点
注　（略）
Ｋ６０５－２　同種心移植術　212,210点
注１・２　（略）
Ｋ６０５－３～Ｋ６０５－５　（略）
（動脈）
Ｋ６０６・Ｋ６０７　（略）
Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　4,840点
Ｋ６０７－３～Ｋ６０８－２　（略）
Ｋ６０８－３　内シャント血栓除去術　3,590点
Ｋ６０９～Ｋ６１４　（略）
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
１　止血術　26,570点
２　（略）
３　門脈塞栓術（開腹によるもの）　27,140点
４　その他のもの　20,480点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１５－２～Ｋ６１６－８　（略）
（静脈）
Ｋ６１７～Ｋ６２３－２　（略）
（リンパ管、リンパ節）

Ｋ５７４～Ｋ５７４－３　（略）
（新設）
Ｋ５７５～Ｋ５９９－５　（略）
Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）
１　（略）
２　２日目以降　3,680点
注　（略）
Ｋ６０１～Ｋ６０４－２　（略）
Ｋ６０５　移植用心採取術　62,720点
注　（略）
Ｋ６０５－２　同種心移植術　192,920点
注１・２　（略）
Ｋ６０５－３～Ｋ６０５－５　（略）
（動脈）
Ｋ６０６・Ｋ６０７　（略）
Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　4,210点
Ｋ６０７－３～Ｋ６０８－２　（略）
Ｋ６０８－３　内シャント血栓除去術　3,130点
Ｋ６０９～Ｋ６１４　（略）
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
１　止血術　23,110点
２　（略）
（新設）
３　その他のもの　20,480点
（新設）
Ｋ６１５－２～Ｋ６１６－８　（略）
（静脈）
Ｋ６１７～Ｋ６２３－２　（略）
（リンパ管、リンパ節）

Ｋ６２４～Ｋ６２８　（略）

第９款　腹部

区分

（腹壁、ヘルニア）

Ｋ６２９～Ｋ６３３　（略）

Ｋ６３３－２　腹腔鏡下ヘルニア手術

１～３　（略）

４　臍ヘルニア　13,130点

５　（略）

Ｋ６３４　（略）

（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）

Ｋ６３５～Ｋ６３５－３　（略）

Ｋ６３５－４　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術　16,660点

Ｋ６３６～Ｋ６４５　（略）

Ｋ６４５－２　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術　168,110点

Ｋ６４５－３　骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

１　２センチメートル以内のもの　15,000点

２　２センチメートルを超えるもの　21,960点

注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。

（胃、十二指腸）

Ｋ６４６～Ｋ６５２　（略）

Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

１～３　（略）

４　早期悪性腫瘍ポリープ切除術　7,160点

５　（略）

Ｋ６５３－２～Ｋ６５６　（略）

Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術

Ｋ６２４～Ｋ６２８　（略）

第９款　腹部

区分

（腹壁、ヘルニア）

Ｋ６２９～Ｋ６３３　（略）

Ｋ６３３－２　腹腔鏡下ヘルニア手術

１～３　（略）

４　臍ヘルニア　11,420点

５　（略）

Ｋ６３４　（略）

（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）

Ｋ６３５～Ｋ６３５－３　（略）

（新設）

Ｋ６３６～Ｋ６４５　（略）

（新設）

（新設）

（胃、十二指腸）

Ｋ６４６～Ｋ６５２　（略）

Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

１～３　（略）

４　早期悪性腫瘍ポリープ切除術　6,230点

５　（略）

Ｋ６５３－２～Ｋ６５６　（略）

Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

１　スリーブ状切除によるもの　40,050点	40,050点
２　スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）　50,290点	（新設）
	（新設）
Ｋ６５７～Ｋ６６８－２　（略）	Ｋ６５７～Ｋ６６８－２　（略）
（胆嚢、胆道）	（胆嚢、胆道）
Ｋ６６９～Ｋ６８９－２　（略）	Ｋ６６９～Ｋ６８９－２　（略）
（肝）	（肝）
Ｋ６９０～Ｋ６９７　（略）	Ｋ６９０～Ｋ６９７　（略）
Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）	Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）
１・２　（略）	１・２　（略）
注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ６９７－３～Ｋ６９７－７　（略）	Ｋ６９７－３～Ｋ６９７－７　（略）
（膵）	（膵）
Ｋ６９８～Ｋ７００－３　（略）	Ｋ６９８～Ｋ７００－３　（略）
Ｋ７００－４　腹腔鏡下膵中央切除術　88,050点	（新設）
Ｋ７０１～Ｋ７０９－６　（略）	Ｋ７０１～Ｋ７０９－６　（略）
（脾）	（脾）
Ｋ７１０～Ｋ７１１－２　（略）	Ｋ７１０～Ｋ７１１－２　（略）
（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）	（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）
Ｋ７１２～Ｋ７２０　（略）	Ｋ７１２～Ｋ７２０　（略）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
１・２　（略）	１・２　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　病変検出支援プログラムを用いて実施した場合は、病変検出支援プログラム加算として、60点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ７２１－２～Ｋ７３６　（略）	Ｋ７２１－２～Ｋ７３６　（略）
（直腸）	（直腸）

Ｋ７３７～Ｋ７４１　（略）	Ｋ７３７～Ｋ７４１　（略）
Ｋ７４１－２　直腸瘤手術　6,620点	Ｋ７４１－２　直腸瘤手術　5,760点
Ｋ７４２・Ｋ７４２－２　（略）	Ｋ７４２・Ｋ７４２－２　（略）
（肛門、その周辺）	（肛門、その周辺）
Ｋ７４３～Ｋ７５３　（略）	Ｋ７４３～Ｋ７５３　（略）
第10款　尿路系・副腎	第10款　尿路系・副腎
区分	区分
（副腎）	（副腎）
Ｋ７５４～Ｋ７５６－２　（略）	Ｋ７５４～Ｋ７５６－２　（略）
（腎、腎盂）	（腎、腎盂）
Ｋ７５７～Ｋ７７３－６　（略）	Ｋ７５７～Ｋ７７３－６　（略）
Ｋ７７３－７　腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	（新設）
１　２センチメートル以内のもの　15,000点	
２　２センチメートルを超えるもの　21,960点	
注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	
Ｋ７７４　（略）	Ｋ７７４　（略）
Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術　13,860点	Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術　13,860点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	（新設）
Ｋ７７５－２～Ｋ７８０－２　（略）	Ｋ７７５－２～Ｋ７８０－２　（略）
（尿管）	（尿管）
Ｋ７８１～Ｋ７９４－２　（略）	Ｋ７８１～Ｋ７９４－２　（略）
（膀胱）	（膀胱）
Ｋ７９５～Ｋ７９７　（略）	Ｋ７９５～Ｋ７９７　（略）
Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術	Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術
１・２　（略）	１・２　（略）
３　レーザーによるもの　11,980点	（新設）
Ｋ７９８－２～Ｋ８０２－３　（略）	Ｋ７９８－２～Ｋ８０２－３　（略）
Ｋ８０２－４　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術　14,610点	Ｋ８０２－４　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術　12,710点

Ｋ８０２－５～Ｋ８０９－３　（略）	
Ｋ８０９－４　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	39,280点
Ｋ８１０～Ｋ８１２－２　（略）	
（尿道）	
Ｋ８１３～Ｋ８１９　（略）	
Ｋ８１９－２　陰茎形成術	60,610点
Ｋ８２０～Ｋ８２１－３　（略）	
Ｋ８２１－４　尿道狭窄グラフト再建術	50,890点
Ｋ８２２～Ｋ８２３－７　（略）	
第11款　性器	
区分	
（陰茎）	
Ｋ８２４～Ｋ８２６－２　（略）	
Ｋ８２６－３　陰茎様陰核形成手術	8,070点
Ｋ８２７～Ｋ８２８－２　（略）	
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）	
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術	8,920点
Ｋ８２９　（略）	
Ｋ８３０　精巣摘出術	3,180点
Ｋ８３０－２　（略）	
Ｋ８３０－３　精巣温存手術	3,400点
Ｋ８３１及びＫ８３１－２～Ｋ８３３　（略）	
Ｋ８３４　精索静脈瘤手術	3,410点
Ｋ８３４－２・Ｋ８３４－３　（略）	
Ｋ８３５　陰嚢水腫手術	
１　（略）	
２　その他	2,630点
Ｋ８３６　停留精巣固定術	11,200点
Ｋ８３６－２　（略）	
Ｋ８３６－３　腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術	20,500点

Ｋ８０２－５～Ｋ８０９－３　（略）	
（新設）	
Ｋ８１０～Ｋ８１２－２　（略）	
（尿道）	
Ｋ８１３～Ｋ８１９　（略）	
Ｋ８１９－２　陰茎形成術	52,710点
Ｋ８２０～Ｋ８２１－３　（略）	
（新設）	
Ｋ８２２～Ｋ８２３－７　（略）	
第11款　性器	
区分	
（陰茎）	
Ｋ８２４～Ｋ８２６－２　（略）	
Ｋ８２６－３　陰茎様陰核形成手術	7,020点
Ｋ８２７～Ｋ８２８－２　（略）	
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）	
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術	7,760点
Ｋ８２９　（略）	
Ｋ８３０　精巣摘出術	2,770点
Ｋ８３０－２　（略）	
（新設）	
Ｋ８３１及びＫ８３１－２～Ｋ８３３　（略）	
Ｋ８３４　精索静脈瘤手術	2,970点
Ｋ８３４－２・Ｋ８３４－３　（略）	
Ｋ８３５　陰嚢水腫手術	
１　（略）	
２　その他	2,290点
Ｋ８３６　停留精巣固定術	9,740点
Ｋ８３６－２　（略）	
（新設）	

Ｋ８３７～Ｋ８３８－２　（略） （精嚢、前立腺） Ｋ８３９～Ｋ８４１　（略） Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 １　（略） ２　ツリウムレーザーを用いるもの　20,470点 ３　（略） Ｋ８４１－３～Ｋ８４１－６　（略） Ｋ８４１－７　経尿道的前立腺水蒸気治療　12,300点 Ｋ８４１－８　経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）　18,500点 Ｋ８４２～Ｋ８４３－４　（略） （外陰、会陰） Ｋ８４４～Ｋ８４９　（略） Ｋ８５０　女子外性器悪性腫瘍手術 １・２　（略） 注　放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。 Ｋ８５０－２～Ｋ８５１－２　（略） Ｋ８５１－３　癒合陰唇形成手術 １　筋層に及ばないもの　2,670点 ２　（略） （腟） Ｋ８５２～Ｋ８６０－３　（略） （子宮） Ｋ８６１～Ｋ８７２－２　（略） Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 １　（略）	Ｋ８３７～Ｋ８３８－２　（略） （精嚢、前立腺） Ｋ８３９～Ｋ８４１　（略） Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 １　（略） ２　ツリウムレーザーを用いるもの　18,190点 ３　（略） Ｋ８４１－３～Ｋ８４１－６　（略） （新設） （新設） Ｋ８４２～Ｋ８４３－４　（略） （外陰、会陰） Ｋ８４４～Ｋ８４９　（略） Ｋ８５０　女子外性器悪性腫瘍手術 １・２　（略） （新設） Ｋ８５０－２～Ｋ８５１－２　（略） Ｋ８５１－３　癒合陰唇形成手術 １　筋層に及ばないもの　2,330点 ２　（略） （腟） Ｋ８５２～Ｋ８６０－３　（略） （子宮） Ｋ８６１～Ｋ８７２－２　（略） Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 １　（略）

２　組織切除回収システム利用によるもの　6,630点

３　（略）

Ｋ８７２－４～Ｋ８８４－３　（略）

（子宮附属器）

Ｋ８８５　（略）

Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢（のう）腫内容排除術　1,860点

Ｋ８８６～Ｋ８９０－４　（略）

（産科手術）

Ｋ８９１～Ｋ９０４　（略）

Ｋ９０５　子宮内反症整復手術（腟（ちつ）式、腹式）

１　非観血的　390点

２　（略）

Ｋ９０６～Ｋ９１３　（略）

（その他）

Ｋ９１３－２　（略）

第12款　（略）

第13款　手術等管理料

区分

Ｋ９１４～Ｋ９１６　（略）

Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料

１　体外受精　3,200点

２　顕微授精

イ　１個の場合　3,800点

ロ　２個から５個までの場合　5,800点

ハ　６個から９個までの場合　9,000点

ニ　10個以上の場合　11,800点

注１　（略）

（削る）

（新設）

２　（略）

Ｋ８７２－４～Ｋ８８４－３　（略）

（子宮附属器）

Ｋ８８５　（略）

Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢（のう）腫内容排除術　1,620点

Ｋ８８６～Ｋ８９０－４　（略）

（産科手術）

Ｋ８９１～Ｋ９０４　（略）

Ｋ９０５　子宮内反症整復手術（腟（ちつ）式、腹式）

１　非観血的　340点

２　（略）

Ｋ９０６～Ｋ９１３　（略）

（その他）

Ｋ９１３－２　（略）

第12款　（略）

第13款　手術等管理料

区分

Ｋ９１４～Ｋ９１６　（略）

Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料

１　体外受精　4,200点

２　顕微授精

イ　１個の場合　4,800点

ロ　２個から５個までの場合　6,800点

ハ　６個から９個までの場合　10,000点

ニ　10個以上の場合　12,800点

注１　（略）

２　区分番号Ｋ８３８－２に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に

２　（略）	加算する。 ３　（略）
３　新鮮精子を使用して体外受精又は顕微授精を実施した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｋ９１７－２　（略）	Ｋ９１７－２　（略）
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料	Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料
１・２　（略）	１・２　（略）
注　１については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定する。	注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。
Ｋ９１７－４　採取精子調整管理料　5,000点	（新設）
Ｋ９１７－５　精子凍結保存管理料	（新設）
１　精子凍結保存管理料（導入時）	
イ　精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合　1,500点	
ロ　イ以外の場合　1,000点	
２　精子凍結保存維持管理料　700点	
注　１については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、２については、精子の凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定する。	
第２節　輸血料	第２節　輸血料
区分	区分
Ｋ９２０～Ｋ９２４－３　（略）	Ｋ９２０～Ｋ９２４－３　（略）
第３節　手術医療機器等加算	第３節　手術医療機器等加算

区分

Ｋ９３０～Ｋ９３５　（略）

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４からＫ５１４－６まで、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５２９－５、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ５９４の３及び４（ハを除く。）、Ｋ６４５、Ｋ６４５－２、Ｋ６５４－３、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ６９７－４、Ｋ７００からＫ７００－４まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０４、Ｋ７０５の２、Ｋ７０６、Ｋ７０９－２からＫ７０９－５まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６からＫ７１６－６まで、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ７７９－３、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで並びにＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

２　（略）

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算　5,500点

注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９か

区分

Ｋ９３０～Ｋ９３５　（略）

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４からＫ５１４－６まで、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ６４５、Ｋ６５４－３、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ６９７－４、Ｋ７００からＫ７００－３まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０４、Ｋ７０５の２、Ｋ７０６、Ｋ７０９－２からＫ７０９－５まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６からＫ７１６－６まで、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ７７９－３、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

２　（略）

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算　5,500点

注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９か

らＫ５２９－３まで、Ｋ５２９－５、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６４５、Ｋ６４５－２、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３２の２のイ、Ｋ７３２－２、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－３～Ｋ９３８　（略）

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

１　ナビゲーションによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１３６、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－２の１及び２のイ、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで、Ｋ３４２、Ｋ３４３、Ｋ３４３－２の２、Ｋ３５０からＫ３６５まで、Ｋ５１１の２、Ｋ５１３の２からＫ５１３の４まで、Ｋ５１４の２、Ｋ５１４－２の２、Ｋ６９５、Ｋ６９５－２並びにＫ６９７－４に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

２・３　（略）

らＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６４５、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－３～Ｋ９３８　（略）

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

１　ナビゲーションによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１３６、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－２の１及び２のイ、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで、Ｋ３４２、Ｋ３４３、Ｋ３５０からＫ３６５まで、Ｋ５１１の２、Ｋ５１３の２からＫ５１３の４まで、Ｋ５１４の２、Ｋ５１４－２の２、Ｋ６９５、Ｋ６９５－２並びにＫ６９７－４に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｋ９３９－２～Ｋ９３９－９　（略）

第４節・第５節　（略）

第11部　麻酔

通則

（略）

第１節　麻酔料

区分

Ｌ０００～Ｌ００７　（略）

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

１　（略）

２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,720点

ロ　イ以外の場合　12,190点

３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,610点

ロ　イ以外の場合　9,170点

４・５　（略）

注１～10　（略）

11　区分番号Ｋ５６１に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大

Ｋ９３９－２～Ｋ９３９－９　（略）

第４節・第５節　（略）

第11部　麻酔

通則

（略）

第１節　麻酔料

区分

Ｌ０００～Ｌ００７　（略）

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

１　（略）

２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600点

ロ　イ以外の場合　12,100点

３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450点

ロ　イ以外の場合　9,050点

４・５　（略）

注１～10　（略）

11　区分番号Ｋ６０９に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる

動脈に限る。）、Ｋ６０９に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）、Ｋ６０９－２に掲げる経皮的頸動脈ステント留置術又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－２・Ｌ００８－３　（略）

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　区分番号Ｋ０１７、Ｋ０２０、Ｋ１３６－２、Ｋ１４２－２の１、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１６９の１、Ｋ１７２、Ｋ１７５の２、Ｋ１７７、Ｋ３１４の２、Ｋ３７９－２の２、Ｋ３９４の２、Ｋ３９５、Ｋ４０３の２、Ｋ４１５の２、Ｋ５１４の９、Ｋ５１４－４、Ｋ５１９、Ｋ５２９の１、Ｋ５２９－２の１、Ｋ５２９－２の２、Ｋ５５２、Ｋ５５３の３、Ｋ５５３－２の２、Ｋ５５３－２の３、Ｋ５５５の３、Ｋ５５８、Ｋ５６０の１のイからＫ５６０の１のハまで、Ｋ５６０の２、Ｋ５６０の３のイからＫ５６０の３のニまで、Ｋ５６０の４、Ｋ５６０の５、Ｋ５６０－２の２のニ、Ｋ５６７の３、Ｋ５７９－２の２、Ｋ５８０の２、Ｋ５８１の３、Ｋ５８２の２、Ｋ５８２の３、Ｋ５８３、Ｋ５８４の２、Ｋ５８５、Ｋ５８６の２、Ｋ５８７、Ｋ５９２－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１０の１、Ｋ６４５、Ｋ６４５－２、Ｋ６７５の４、Ｋ６７５の５、Ｋ６７７－２の１、Ｋ６９５の４から７まで、Ｋ

心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－２・Ｌ００８－３　（略）

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　区分番号Ｋ０１７、Ｋ０２０、Ｋ１３６－２、Ｋ１４２－２の１、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１６９の１、Ｋ１７２、Ｋ１７５の２、Ｋ１７７、Ｋ３１４の２、Ｋ３７９－２の２、Ｋ３９４の２、Ｋ３９５、Ｋ４０３の２、Ｋ４１５の２、Ｋ５１４の９、Ｋ５１４－４、Ｋ５１９、Ｋ５２９の１、Ｋ５２９－２の１、Ｋ５２９－２の２、Ｋ５５２、Ｋ５５３の３、Ｋ５５３－２の２、Ｋ５５３－２の３、Ｋ５５５の３、Ｋ５５８、Ｋ５６０の１のイからＫ５６０の１のハまで、Ｋ５６０の２、Ｋ５６０の３のイからＫ５６０の３のニまで、Ｋ５６０の４、Ｋ５６０の５、Ｋ５６０－２の２のニ、Ｋ５６７の３、Ｋ５７９－２の２、Ｋ５８０の２、Ｋ５８１の３、Ｋ５８２の２、Ｋ５８２の３、Ｋ５８３、Ｋ５８４の２、Ｋ５８５、Ｋ５８６の２、Ｋ５８７、Ｋ５９２－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１０の１、Ｋ６４５、Ｋ６７５の４、Ｋ６７５の５、Ｋ６７７－２の１、Ｋ６９５の４から７まで、Ｋ６９７－５、Ｋ

６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０３、Ｋ７０４、Ｋ８０１の１、Ｋ８０３の２、Ｋ８０３の４及びＫ８０３－２に掲げる手術に当たって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

５　（略）

Ｌ０１０　（略）

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００～Ｌ１０３　（略）

Ｌ１０４　トリガーポイント注射　70点

Ｌ１０５　（略）

第３節・第４節　（略）

第12部　（略）

第13部　病理診断

通則

（略）

第１節　病理標本作製料

通則

１・２　（略）

区分

Ｎ０００～Ｎ００３－２　（略）

Ｎ００４　細胞診（１部位につき）

１・２　（略）

注１　１について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、45点を所定点数に加算する。

２　（略）

６９７－７、Ｋ７０３、Ｋ７０４、Ｋ８０１の１、Ｋ８０３の２、Ｋ８０３の４及びＫ８０３－２に掲げる手術に当たって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

５　（略）

Ｌ０１０　（略）

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００～Ｌ１０３　（略）

Ｌ１０４　トリガーポイント注射　80点

Ｌ１０５　（略）

第３節・第４節　（略）

第12部　（略）

第13部　病理診断

通則

第１節　病理標本作製料

通則

区分

Ｎ０００～Ｎ００３－２　（略）

Ｎ００４　細胞診（１部位につき）

１・２　（略）

注１　１について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

２　（略）

Ｎ００５～Ｎ００５－３　（略）	Ｎ００５～Ｎ００５－３　（略）
Ｎ００５－４　ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｎ００５－５　ＢＲＡＦ　Ｖ600Ｅ変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　1,600点	（新設）
第２節　（略）	第２節　（略）
第14部　その他	（新設）
通則 １　処遇の費用は、第１節若しくは第２節の各区分の所定点数のみにより、又は第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 ２　処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第２節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。	
第１節　看護職員処遇改善評価料	
区分 Ｏ０００　看護職員処遇改善評価料（１日につき） １　看護職員処遇改善評価料１　１点 ２　看護職員処遇改善評価料２　２点 ３　看護職員処遇改善評価料３　３点 ４　看護職員処遇改善評価料４　４点	

5	看護職員処遇改善評価料５	５点
6	看護職員処遇改善評価料６	６点
7	看護職員処遇改善評価料７	７点
8	看護職員処遇改善評価料８	８点
9	看護職員処遇改善評価料９	９点
10	看護職員処遇改善評価料10	10点
11	看護職員処遇改善評価料11	11点
12	看護職員処遇改善評価料12	12点
13	看護職員処遇改善評価料13	13点
14	看護職員処遇改善評価料14	14点
15	看護職員処遇改善評価料15	15点
16	看護職員処遇改善評価料16	16点
17	看護職員処遇改善評価料17	17点
18	看護職員処遇改善評価料18	18点
19	看護職員処遇改善評価料19	19点
20	看護職員処遇改善評価料20	20点
21	看護職員処遇改善評価料21	21点
22	看護職員処遇改善評価料22	22点
23	看護職員処遇改善評価料23	23点
24	看護職員処遇改善評価料24	24点
25	看護職員処遇改善評価料25	25点
26	看護職員処遇改善評価料26	26点
27	看護職員処遇改善評価料27	27点
28	看護職員処遇改善評価料28	28点
29	看護職員処遇改善評価料29	29点
30	看護職員処遇改善評価料30	30点
31	看護職員処遇改善評価料31	31点
32	看護職員処遇改善評価料32	32点
33	看護職員処遇改善評価料33	33点
34	看護職員処遇改善評価料34	34点
35	看護職員処遇改善評価料35	35点

36	看護職員処遇改善評価料36	36点
37	看護職員処遇改善評価料37	37点
38	看護職員処遇改善評価料38	38点
39	看護職員処遇改善評価料39	39点
40	看護職員処遇改善評価料40	40点
41	看護職員処遇改善評価料41	41点
42	看護職員処遇改善評価料42	42点
43	看護職員処遇改善評価料43	43点
44	看護職員処遇改善評価料44	44点
45	看護職員処遇改善評価料45	45点
46	看護職員処遇改善評価料46	46点
47	看護職員処遇改善評価料47	47点
48	看護職員処遇改善評価料48	48点
49	看護職員処遇改善評価料49	49点
50	看護職員処遇改善評価料50	50点
51	看護職員処遇改善評価料51	51点
52	看護職員処遇改善評価料52	52点
53	看護職員処遇改善評価料53	53点
54	看護職員処遇改善評価料54	54点
55	看護職員処遇改善評価料55	55点
56	看護職員処遇改善評価料56	56点
57	看護職員処遇改善評価料57	57点
58	看護職員処遇改善評価料58	58点
59	看護職員処遇改善評価料59	59点
60	看護職員処遇改善評価料60	60点
61	看護職員処遇改善評価料61	61点
62	看護職員処遇改善評価料62	62点
63	看護職員処遇改善評価料63	63点
64	看護職員処遇改善評価料64	64点
65	看護職員処遇改善評価料65	65点
66	看護職員処遇改善評価料66	66点

67	看護職員処遇改善評価料67	67点
68	看護職員処遇改善評価料68	68点
69	看護職員処遇改善評価料69	69点
70	看護職員処遇改善評価料70	70点
71	看護職員処遇改善評価料71	71点
72	看護職員処遇改善評価料72	72点
73	看護職員処遇改善評価料73	73点
74	看護職員処遇改善評価料74	74点
75	看護職員処遇改善評価料75	75点
76	看護職員処遇改善評価料76	76点
77	看護職員処遇改善評価料77	77点
78	看護職員処遇改善評価料78	78点
79	看護職員処遇改善評価料79	79点
80	看護職員処遇改善評価料80	80点
81	看護職員処遇改善評価料81	81点
82	看護職員処遇改善評価料82	82点
83	看護職員処遇改善評価料83	83点
84	看護職員処遇改善評価料84	84点
85	看護職員処遇改善評価料85	85点
86	看護職員処遇改善評価料86	86点
87	看護職員処遇改善評価料87	87点
88	看護職員処遇改善評価料88	88点
89	看護職員処遇改善評価料89	89点
90	看護職員処遇改善評価料90	90点
91	看護職員処遇改善評価料91	91点
92	看護職員処遇改善評価料92	92点
93	看護職員処遇改善評価料93	93点
94	看護職員処遇改善評価料94	94点
95	看護職員処遇改善評価料95	95点
96	看護職員処遇改善評価料96	96点
97	看護職員処遇改善評価料97	97点

98	看護職員処遇改善評価料98	98点
99	看護職員処遇改善評価料99	99点
100	看護職員処遇改善評価料100	100点
101	看護職員処遇改善評価料101	101点
102	看護職員処遇改善評価料102	102点
103	看護職員処遇改善評価料103	103点
104	看護職員処遇改善評価料104	104点
105	看護職員処遇改善評価料105	105点
106	看護職員処遇改善評価料106	106点
107	看護職員処遇改善評価料107	107点
108	看護職員処遇改善評価料108	108点
109	看護職員処遇改善評価料109	109点
110	看護職員処遇改善評価料110	110点
111	看護職員処遇改善評価料111	111点
112	看護職員処遇改善評価料112	112点
113	看護職員処遇改善評価料113	113点
114	看護職員処遇改善評価料114	114点
115	看護職員処遇改善評価料115	115点
116	看護職員処遇改善評価料116	116点
117	看護職員処遇改善評価料117	117点
118	看護職員処遇改善評価料118	118点
119	看護職員処遇改善評価料119	119点
120	看護職員処遇改善評価料120	120点
121	看護職員処遇改善評価料121	121点
122	看護職員処遇改善評価料122	122点
123	看護職員処遇改善評価料123	123点
124	看護職員処遇改善評価料124	124点
125	看護職員処遇改善評価料125	125点
126	看護職員処遇改善評価料126	126点
127	看護職員処遇改善評価料127	127点
128	看護職員処遇改善評価料128	128点

129	看護職員処遇改善評価料129	129点
130	看護職員処遇改善評価料130	130点
131	看護職員処遇改善評価料131	131点
132	看護職員処遇改善評価料132	132点
133	看護職員処遇改善評価料133	133点
134	看護職員処遇改善評価料134	134点
135	看護職員処遇改善評価料135	135点
136	看護職員処遇改善評価料136	136点
137	看護職員処遇改善評価料137	137点
138	看護職員処遇改善評価料138	138点
139	看護職員処遇改善評価料139	139点
140	看護職員処遇改善評価料140	140点
141	看護職員処遇改善評価料141	141点
142	看護職員処遇改善評価料142	142点
143	看護職員処遇改善評価料143	143点
144	看護職員処遇改善評価料144	144点
145	看護職員処遇改善評価料145	145点
146	看護職員処遇改善評価料146	150点
147	看護職員処遇改善評価料147	160点
148	看護職員処遇改善評価料148	170点
149	看護職員処遇改善評価料149	180点
150	看護職員処遇改善評価料150	190点
151	看護職員処遇改善評価料151	200点
152	看護職員処遇改善評価料152	210点
153	看護職員処遇改善評価料153	220点
154	看護職員処遇改善評価料154	230点
155	看護職員処遇改善評価料155	240点
156	看護職員処遇改善評価料156	250点
157	看護職員処遇改善評価料157	260点
158	看護職員処遇改善評価料158	270点
159	看護職員処遇改善評価料159	280点

160　看護職員処遇改善評価料160　290点
161　看護職員処遇改善評価料161　300点
162　看護職員処遇改善評価料162　310点
163　看護職員処遇改善評価料163　320点
164　看護職員処遇改善評価料164　330点
165　看護職員処遇改善評価料165　340点
注　看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

第２節　ベースアップ評価料

区分
Ｏ１００　外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）（１日につき）
１　初診時　６点
２　再診時等　２点
３　訪問診療時
イ　同一建物居住者等以外の場合　28点
ロ　イ以外の場合　７点
注１　１については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

２　２については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

３　３のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｏ１０１において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号及び区分番号Ｏ１０１において同じ。）以外である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設

入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

４　３のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が

、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２―２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

ハ　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

Ｏ１０１　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１

イ　初診又は訪問診療を行った場合　８点

ロ　再診時等　１点

２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２

イ　初診又は訪問診療を行った場合　16点

ロ　再診時等　２点

３　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）３

イ　初診又は訪問診療を行った場合　24点

ロ　再診時等　３点

４　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）４

イ　初診又は訪問診療を行った場合　32点

ロ　再診時等　４点

５　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）５
イ　初診又は訪問診療を行った場合　40点
ロ　再診時等　５点
６　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）６
イ　初診又は訪問診療を行った場合　48点
ロ　再診時等　６点
７　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）７
イ　初診又は訪問診療を行った場合　56点
ロ　再診時等　７点
８　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８
イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点
ロ　再診時等　８点
注１　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
２　１のイ、２のイ、３のイ、４のイ、５のイ、６のイ、７のイ又は８のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
３　１のロ、２のロ、３のロ、４のロ、５のロ、６のロ、７のロ又は８のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
Ｏ１０２　入院ベースアップ評価料（１日につき）
１　入院ベースアップ評価料１　１点
２　入院ベースアップ評価料２　２点

３	入院ベースアップ評価料３	３点
４	入院ベースアップ評価料４	４点
５	入院ベースアップ評価料５	５点
６	入院ベースアップ評価料６	６点
７	入院ベースアップ評価料７	７点
８	入院ベースアップ評価料８	８点
９	入院ベースアップ評価料９	９点
10	入院ベースアップ評価料10	10点
11	入院ベースアップ評価料11	11点
12	入院ベースアップ評価料12	12点
13	入院ベースアップ評価料13	13点
14	入院ベースアップ評価料14	14点
15	入院ベースアップ評価料15	15点
16	入院ベースアップ評価料16	16点
17	入院ベースアップ評価料17	17点
18	入院ベースアップ評価料18	18点
19	入院ベースアップ評価料19	19点
20	入院ベースアップ評価料20	20点
21	入院ベースアップ評価料21	21点
22	入院ベースアップ評価料22	22点
23	入院ベースアップ評価料23	23点
24	入院ベースアップ評価料24	24点
25	入院ベースアップ評価料25	25点
26	入院ベースアップ評価料26	26点
27	入院ベースアップ評価料27	27点
28	入院ベースアップ評価料28	28点
29	入院ベースアップ評価料29	29点
30	入院ベースアップ評価料30	30点
31	入院ベースアップ評価料31	31点
32	入院ベースアップ評価料32	32点
33	入院ベースアップ評価料33	33点

34	入院ベースアップ評価料34	34点
35	入院ベースアップ評価料35	35点
36	入院ベースアップ評価料36	36点
37	入院ベースアップ評価料37	37点
38	入院ベースアップ評価料38	38点
39	入院ベースアップ評価料39	39点
40	入院ベースアップ評価料40	40点
41	入院ベースアップ評価料41	41点
42	入院ベースアップ評価料42	42点
43	入院ベースアップ評価料43	43点
44	入院ベースアップ評価料44	44点
45	入院ベースアップ評価料45	45点
46	入院ベースアップ評価料46	46点
47	入院ベースアップ評価料47	47点
48	入院ベースアップ評価料48	48点
49	入院ベースアップ評価料49	49点
50	入院ベースアップ評価料50	50点
51	入院ベースアップ評価料51	51点
52	入院ベースアップ評価料52	52点
53	入院ベースアップ評価料53	53点
54	入院ベースアップ評価料54	54点
55	入院ベースアップ評価料55	55点
56	入院ベースアップ評価料56	56点
57	入院ベースアップ評価料57	57点
58	入院ベースアップ評価料58	58点
59	入院ベースアップ評価料59	59点
60	入院ベースアップ評価料60	60点
61	入院ベースアップ評価料61	61点
62	入院ベースアップ評価料62	62点
63	入院ベースアップ評価料63	63点
64	入院ベースアップ評価料64	64点

65	入院ベースアップ評価料65	65点
66	入院ベースアップ評価料66	66点
67	入院ベースアップ評価料67	67点
68	入院ベースアップ評価料68	68点
69	入院ベースアップ評価料69	69点
70	入院ベースアップ評価料70	70点
71	入院ベースアップ評価料71	71点
72	入院ベースアップ評価料72	72点
73	入院ベースアップ評価料73	73点
74	入院ベースアップ評価料74	74点
75	入院ベースアップ評価料75	75点
76	入院ベースアップ評価料76	76点
77	入院ベースアップ評価料77	77点
78	入院ベースアップ評価料78	78点
79	入院ベースアップ評価料79	79点
80	入院ベースアップ評価料80	80点
81	入院ベースアップ評価料81	81点
82	入院ベースアップ評価料82	82点
83	入院ベースアップ評価料83	83点
84	入院ベースアップ評価料84	84点
85	入院ベースアップ評価料85	85点
86	入院ベースアップ評価料86	86点
87	入院ベースアップ評価料87	87点
88	入院ベースアップ評価料88	88点
89	入院ベースアップ評価料89	89点
90	入院ベースアップ評価料90	90点
91	入院ベースアップ評価料91	91点
92	入院ベースアップ評価料92	92点
93	入院ベースアップ評価料93	93点
94	入院ベースアップ評価料94	94点
95	入院ベースアップ評価料95	95点

96	入院ベースアップ評価料96	96点
97	入院ベースアップ評価料97	97点
98	入院ベースアップ評価料98	98点
99	入院ベースアップ評価料99	99点
100	入院ベースアップ評価料100	100点
101	入院ベースアップ評価料101	101点
102	入院ベースアップ評価料102	102点
103	入院ベースアップ評価料103	103点
104	入院ベースアップ評価料104	104点
105	入院ベースアップ評価料105	105点
106	入院ベースアップ評価料106	106点
107	入院ベースアップ評価料107	107点
108	入院ベースアップ評価料108	108点
109	入院ベースアップ評価料109	109点
110	入院ベースアップ評価料110	110点
111	入院ベースアップ評価料111	111点
112	入院ベースアップ評価料112	112点
113	入院ベースアップ評価料113	113点
114	入院ベースアップ評価料114	114点
115	入院ベースアップ評価料115	115点
116	入院ベースアップ評価料116	116点
117	入院ベースアップ評価料117	117点
118	入院ベースアップ評価料118	118点
119	入院ベースアップ評価料119	119点
120	入院ベースアップ評価料120	120点
121	入院ベースアップ評価料121	121点
122	入院ベースアップ評価料122	122点
123	入院ベースアップ評価料123	123点
124	入院ベースアップ評価料124	124点
125	入院ベースアップ評価料125	125点
126	入院ベースアップ評価料126	126点

127	入院ベースアップ評価料127	127点
128	入院ベースアップ評価料128	128点
129	入院ベースアップ評価料129	129点
130	入院ベースアップ評価料130	130点
131	入院ベースアップ評価料131	131点
132	入院ベースアップ評価料132	132点
133	入院ベースアップ評価料133	133点
134	入院ベースアップ評価料134	134点
135	入院ベースアップ評価料135	135点
136	入院ベースアップ評価料136	136点
137	入院ベースアップ評価料137	137点
138	入院ベースアップ評価料138	138点
139	入院ベースアップ評価料139	139点
140	入院ベースアップ評価料140	140点
141	入院ベースアップ評価料141	141点
142	入院ベースアップ評価料142	142点
143	入院ベースアップ評価料143	143点
144	入院ベースアップ評価料144	144点
145	入院ベースアップ評価料145	145点
146	入院ベースアップ評価料146	146点
147	入院ベースアップ評価料147	147点
148	入院ベースアップ評価料148	148点
149	入院ベースアップ評価料149	149点
150	入院ベースアップ評価料150	150点
151	入院ベースアップ評価料151	151点
152	入院ベースアップ評価料152	152点
153	入院ベースアップ評価料153	153点
154	入院ベースアップ評価料154	154点
155	入院ベースアップ評価料155	155点
156	入院ベースアップ評価料156	156点
157	入院ベースアップ評価料157	157点

158	入院ベースアップ評価料158	158点
159	入院ベースアップ評価料159	159点
160	入院ベースアップ評価料160	160点
161	入院ベースアップ評価料161	161点
162	入院ベースアップ評価料162	162点
163	入院ベースアップ評価料163	163点
164	入院ベースアップ評価料164	164点
165	入院ベースアップ評価料165	165点

注　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

（略）

第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項

１～３　（略）

４　その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前２章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項

１～３　（略）

４　その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管

理等（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。）及び第２部在宅医療（在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）に掲げる診療料

ロ～リ　（略）

ヌ　第２章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１～３　（略）

４　その他の診療料

併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　（略）

ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料１、診療情報提供料⑴（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料⑵を除く。）

ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）

ニ～ル　（略）

ヲ　第２章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料⑴及び外来・在宅ベースアップ評価料⑵（いずれも初診時及び再診時に限る。）に限る。）

第４章　経過措置

１　（略）

（削る）

理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料

ロ～リ　（略）

（新設）

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１～３　（略）

４　その他の診療料

併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　（略）

ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料⑴（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料⑵を除く。）

ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）

ニ～ル　（略）

（新設）

第４章　経過措置

１　（略）

２　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働

	省告示第54号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１０１の注１の規定については、令和４年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、なお従前の例による。
（削る）	３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
２　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和８年５月31日までの間に限り、算定できるものとする。	４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
（削る）	５　第１章又は第２章の規定にかかわらず、区分番号Ａ００１の注18、区分番号Ａ００２の注10、区分番号Ａ２４３の注ただし書、区分番号Ｆ１００の注11及び区分番号Ｆ４００の注９の規定による加算は、令和５年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。
（削る）	６　第１章の規定にかかわらず、令和５年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号Ａ０００の注15中「４点」とあるのは「６点」とする。
３　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｋ３７１－２の４、区分番号Ｋ８６２及び区分番号Ｋ８６４の１については、令和８年５月31日までの間に限り、算定できるものとする。	（新設）

※　第４章第４号の規定については、令和６年４月１日適用の改正規定により、その期限を令和８年５月31日まで延長する。

別紙１－２　歯科診療報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第二 歯科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　基本診療料 第１部　（略） 第２部　入院料等 第１節～第４節　（略） （削る） 第２章　特掲診療料 第１部～第７部　（略） 第８部　処置 第１節・第２節　（略） 第３節　薬剤料 第４節　特定薬剤料 第５節　特定保険医療材料料 第９部～第14部　（略） 第15部　その他 （削る） 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 通則 １～３　（略） 第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料 １　歯科初診料　267点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　291点	別表第二 歯科診療報酬点数表 ［目次］ 第１章　基本診療料 第１部　（略） 第２部　入院料等 第１節～第４節　（略） 第５節　看護職員処遇改善評価料 第２章　特掲診療料 第１部～第７部　（略） 第８部　処置 第１節・第２節　（略） （新設） 第３節　特定薬剤料 第４節　特定保険医療材料料 第９部～第14部　（略） （新設） 第３章　経過措置 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 通則 １～３　（略） 第１節　初診料 区分 Ａ０００　初診料 １　歯科初診料　264点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　288点

注１～５　（略）

６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算２として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

７・８　（略）

（削る）

注１～５　（略）

６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

７・８　（略）

９　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制

	加算２として、初診時１回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。
９　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算１又は歯科外来診療医療安全対策加算２として、初診時１回に限り12点又は13点を所定点数に加算する。	（新設）
10　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算１若しくは歯科外来診療感染対策加算２又は歯科外来診療感染対策加算３若しくは歯科外来診療感染対策加算４として、初診時１回に限り12点若しくは14点又は13点若しくは15点を所定点数に加算する。	（新設）
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による	10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

12　歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注11に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注11に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。

13　削除

（削る）

11　歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。

12　削除

13　初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る

	診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。
14　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
15　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。	（新設）
16　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、注１に規定する届出の有無にかかわらず、１の歯科初診料又は２の地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、233点を算定する。	（新設）
Ａ００１　（略）	Ａ００１　（略）

第２節　再診料

区分

Ａ００２　再診料

１　歯科再診料　58点

２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　75点

注１～３　（略）

４　著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて再診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において再診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算２として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

５・６　（略）

７　患者又はその看護に当たっている者から電話

第２節　再診料

区分

Ａ００２　再診料

１　歯科再診料　56点

２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点

注１～３　（略）

４　著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

５・６　（略）

７　患者又はその看護に当たっている者から電話

等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注11に規定する加算は算定しない。	等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。
（削る）	８　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算１又は再診時歯科外来診療環境体制加算２として、３点又は５点を所定点数に加算する。
８　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する歯科外来診療医療安全対策加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算１又は歯科外来診療医療安全対策加算２として、２点又は３点を所定点数に加算する。	（新設）
９　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する歯科外来診療感染対策加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算１若しくは歯科外来診療感染対策加算２又は歯科外来診療感染対策加算３若しくは歯科外来診療感染対策加算４として、	（新設）

２点若しくは４点又は３点若しくは５点を所定点数に加算する。	
10　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。	9　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。
（削る）	10　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し	（新設）

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、注１に規定する届出の有無にかかわらず、１の歯科再診料又は２の地域歯科診療支援病院歯科再診料について、所定点数に代えて、51点を算定する。	
第２部　入院料等	第２部　入院料等
通則	通則
１～５　（略）	１～５　（略）
６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。	６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
７　（略）	７　（略）
８　第６号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、第６号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	（新設）
第１節　（略）	第１節　（略）
第２節　入院基本料等加算	第２節　入院基本料等加算

通則

１・２　（略）

区分

Ａ２００～Ａ２０７　（略）

Ａ２０８　特定感染症入院医療管理加算

Ａ２０８－２～Ａ２１６　（略）

Ａ２１６－２　特定感染症患者療養環境特別加算

Ａ２１７～Ａ２２１－３　（略）

Ａ２２１－４　小児緩和ケア診療加算

Ａ２２２　（略）

Ａ２２３　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

Ａ２２３－２～Ａ２２７－５　（略）

Ａ２２７－６　医療的ケア児（者）入院前支援加算

Ａ２２８～Ａ２４３　（略）

Ａ２４３－２　バイオ後続品使用体制加算

Ａ２４４～Ａ２４６　（略）

Ａ２５０　地域歯科診療支援病院入院加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定した患者であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

通則

１・２　（略）

区分

Ａ２００～Ａ２０７　（略）

Ａ２０８　削除

Ａ２０８－２～Ａ２１６　（略）

Ａ２１６－２　二類感染症患者療養環境特別加算

Ａ２１７～Ａ２２１－３　（略）

（新設）

Ａ２２２　（略）

Ａ２２３　削除

Ａ２２３－２～Ａ２２７－５　（略）

（新設）

Ａ２２８～Ａ２４３　（略）

（新設）

Ａ２４４～Ａ２４６　（略）

Ａ２５０　地域歯科診療支援病院入院加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医

導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

通則

（略）

区分

Ａ３００～Ａ３０６　（略）

Ａ３０７　地域包括医療病棟入院料

第４節　（略）

（削る）

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

Ｂ０００～Ｂ０００－３　（略）

療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

通則

（略）

区分

Ａ３００～Ａ３０６　（略）

（新設）

第４節　（略）

第５節　看護職員処遇改善評価料

区分

Ａ５００　看護職員処遇改善評価料

注　医科点数表の区分番号Ａ５００に掲げる看護職員処遇改善評価料の注に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、医科点数表の区分番号Ａ５００に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

Ｂ０００～Ｂ０００－３　（略）

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点

注１・２　（略）

３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点

注１・２　（略）

３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

４～６　（略）

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

８・９　（略）

（削る）

10　（略）

４～６　（略）

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

８・９　（略）

10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11　（略）

11　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　120点 ロ　（略）	12　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　120点 ロ　（略）
Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　60点	Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　100点
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
４　小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理	３　小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理

料Ⓝ、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。	料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。	（新設）
Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料　60点	Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料　100点
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として50点を所定点数に加算する。	（新設）

４　口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。	３　口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。	（新設）
Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説	Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限

明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　歯科診療を実施している保険医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注１に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 ３　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。 Ｂ０００－６　周術期等口腔機能管理料⑴ １・２　（略） 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外	り算定する。 （新設） ２　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。 Ｂ０００－６　周術期等口腔機能管理料⑴ １・２　（略） 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に

の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注２に規定する場合に策定した管理計画に基づき、歯科医師が口腔機能の管理等を行う場合は、算定できない。	係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。
２　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	２　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ００	注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画

０－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)　200点

注１　がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の

に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)　200点

注１　がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する

患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。	患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。
２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して６月を超えて、注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。	（新設）
３　周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	２　周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
Ｂ０００－９　周術期等口腔機能管理料Ⅳ　200点	（新設）
注１　放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定	

	する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して３月以内においては月２回に限り、その他の月においては月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して６月を超えて、注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。 ３　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	
Ｂ０００－１０　回復期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回		（新設）

	復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。	
Ｂ０００－１１　回復期等口腔機能管理料　200点 注１　医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書に	（新設）

より提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。

２　回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－１２　根面う蝕管理料　30点　（新設）

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料若しくは区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65歳以上のものに限る。）又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月１回に

限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。	
Ｂ０００－１３　エナメル質初期う蝕管理料　30点 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｂ００１　（略）	Ｂ００１　（略）
Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料 １・２　（略） 注１　（略） ２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００	Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料 １・２　（略） 注１　（略） ２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００

に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。	に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。
３　１及び２について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１又は注２に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	３・４　（略）
Ｂ００１－３　（略）	Ｂ００１－３　（略）
Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料　（略）	Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回	４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患

復期等口腔機能管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、148点を算定する。	（新設）
Ｂ００３・Ｂ００４　（略）	Ｂ００３・Ｂ００４　（略）
Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料　200点	Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料　200点
注１　（略）	注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき１回に限り所定点数に100点を加算する。	（新設）
３・４　（略）	２・３　（略）

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１～３　（略）

注１～４　（略）

５　３について、区分番号Ｂ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注６に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注４に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１・２　（略）

注１・２　（略）

（削る）

Ｂ００４－１－５　（略）

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１～３　（略）

注１～４　（略）

５　３について、区分番号Ｂ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注５に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。

Ｂ００４－１－５　（略）

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当

該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定できない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定できない。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）は、算定できない。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

⑴　初回から３回目まで　800点

⑵　４回目以降　450点

ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　350点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定できない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定できない。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）は、算定できない。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点

（新設）

（新設）

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点

⑴　初回から３回目まで　600点	（新設）
⑵　４回目以降　320点	（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　220点	ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点
３　外来腫瘍化学療法診療料３	（新設）
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
⑴　初回から３回目まで　540点	
⑵　４回目以降　280点	
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点	
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注５、注７、注８、注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注３、注５、注６及び注11に規定する加算を除く。）又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料の３は、別に算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注５、注７、注８及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注３、注５、注６及び注10に規定する加算を除く。）又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料の３は、別に算定できない。
２　１のイの⑴、２のイの⑴及び３のイの⑴については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。	２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。
３　１のイの⑵、２のイの⑵及び３のイの⑵については、１のイの⑴、２のイの⑴又は３のイの⑴を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１	３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定す

回に限り算定する。	る。
4　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 イ　１のイの⑴又は⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 ロ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	（新設）
5　２のロ及び３のロについては、２のイの⑴若しくは⑵又は３のイの⑴若しくは⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	（新設）
6・7　（略）	4・5　（略）
8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴を算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
（削る）	7　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に

9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴を算定する患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、歯科医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。	加算する。 （新設）
Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）	Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）
Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき） 45点	Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき） 45点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３まで又はＭ００３－４に掲げるものに限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。）に算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。
２　（略）	２　（略）
３　歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分	３　歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶は、

番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)又は区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定できない。

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－２　（略）

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報等連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報等連携共有料及び区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。

３　（略）

Ｂ００６－３－３～Ｂ００６－３－５　（略）

Ｂ００６－４　歯科遠隔連携診療料　500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院

別に算定できない。

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－２　（略）

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。

３　（略）

Ｂ００６－３－３～Ｂ００６－３－５　（略）

（新設）

中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該患者の疾患等に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

Ｂ００７・Ｂ００８　（略）

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　（略）

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報等連携共有料（当該別の保険医療機関又は当該別の保険薬局に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料⑴　250点

注１～５　（略）

６　保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定す

Ｂ００７・Ｂ００８　（略）

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　（略）

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料⑴　250点

注１～５　（略）

６　保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定す

る歯科診療特別対応加算１を算定している患者若しくは著しく歯科診療が困難な者であって区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定している患者又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。	る歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。
７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定している患者又は著しく歯科診療が困難な者であって区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働	７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。	
８　（略）	８　（略）
９　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	（新設）
Ｂ００９－２・Ｂ０１０　（略）	Ｂ００９－２・Ｂ０１０　（略）
Ｂ０１１　診療情報等連携共有料	Ｂ０１１　診療情報連携共有料　120点
１　診療情報等連携共有料１　120点	（新設）
２　診療情報等連携共有料２　120点	（新設）
注１　１については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者１人につき、診療情報等の提供を求め	注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。

た日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。	
２　２については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。	（新設）
３　１及び２について、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(1)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。	２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(1)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。
４　２について、区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。	（新設）
Ｂ０１１－２　（略）	Ｂ０１１－２　（略）
Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　４点	Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）	Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）
Ｂ０１１－６　栄養情報連携料　70点	（新設）
注１　区分番号Ｂ００４－１－４に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号	

に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中１回に限り算定する。 ２　注１に該当しない場合であって、当該医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。 ３　区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。	
Ｂ０１２～Ｂ０１３－２　（略）	Ｂ０１２～Ｂ０１３－２　（略）
Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料（１口腔につき）	Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料（１口腔につき） 480点
１　広範囲顎骨支持型補綴物管理料１　500点 ２　広範囲顎骨支持型補綴物管理料２　350点	（新設） （新設）
注１　１について、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等及び広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１	注　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。

回に限り算定する。 ２　２について、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の適合性の確認等のみ又は広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等のみを行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。	（新設）
Ｂ０１４　退院時共同指導料１ １　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 注１・２　（略）	Ｂ０１４　退院時共同指導料１ １　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 注１・２　（略）
Ｂ０１５～Ｂ０１８　（略）	Ｂ０１５～Ｂ０１８　（略）
第２部　在宅医療	第２部　在宅医療
区分	区分
Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）	Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）
１　（略）	１　（略）
２　歯科訪問診療２　410点	２　歯科訪問診療２　361点
３　歯科訪問診療３　310点	３　歯科訪問診療３　185点
４　歯科訪問診療４　160点	（新設）
５　歯科訪問診療５　95点	（新設）

注１　（略）

２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に３人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に４人以上９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

４　４については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上19人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

注１　（略）

２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

（新設）

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ５　５については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に20人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ６　２から５までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ287点、217点、96点又は57点を算定する。ただし、２及び３について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。 （削る） （削る） ７　（略）	（新設） ４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ５　（略）

8　著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算２として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、500点を所定点数に加算する。	6　著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（１回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
9　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	7　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ　緊急歯科訪問診療加算	イ　緊急歯科訪問診療加算
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　159点	⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　140点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　120点	⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　70点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合　60点	（新設）
⑸　歯科訪問診療５を算定する場合　36点	（新設）
ロ　夜間歯科訪問診療加算	ロ　夜間歯科訪問診療加算

⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	317点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	240点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合	121点
⑸　歯科訪問診療５を算定する場合	72点
ハ　深夜歯科訪問診療加算	
⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	636点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	481点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合	249点
⑸　歯科訪問診療５を算定する場合	148点

10～12　（略）

13　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔（くう）機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関又は在宅療養支援歯科病院の場合

(1)・(2)　（略）

ロ　（略）

14　（略）

15　１から５までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	280点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	140点
（新設）	
（新設）	
ハ　深夜歯科訪問診療加算	
⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	560点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	280点
（新設）	
（新設）	

８～10　（略）

11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

(1)・(2)　（略）

ロ　（略）

12　（略）

13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ　初診時　267点
ロ　再診時　58点

16　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、１から５まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

17　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。

イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　150点

ロ　（略）

18　１から３までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合

イ　初診時　264点
ロ　再診時　56点

14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

ロ　（略）

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

は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	して、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
19　１から５までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　267点 ロ　再診時　58点	（新設）
20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	（新設）
Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料 １　単一建物診療患者が１人の場合　362点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　326点 ３　１及び２以外の場合　295点 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師	Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料 １　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。	が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
２　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注１の規定にかかわらず、月８回に限り算定する。	（新設）
３　１については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	２・３　（略）
Ｃ００１－２　（略）	Ｃ００１－２　（略）
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料	Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料
１・２　（略）	１・２　（略）
３　在宅療養支援歯科病院の場合　340点	（新設）

４　１から３まで以外の場合　200点	３　１及び２以外の場合　200点
注１～４　（略）	注１～４　（略）
（削る）	５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔（くう）機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。
（削る）	６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔（くう）機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
５　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算１として100点を所定点数に加算する。	（新設）
６　他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第８条第２項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及	（新設）

び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算２として100点を所定点数に加算する。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

８　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分

（新設）

７　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで、Ｍ００３－３又はＭ００３－４に掲げるものに限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。）に算定する。

２　（略）

３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷又は区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定で

導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで又はＭ００３－３に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２　（略）

３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶は、別に算定できない。

きない。 Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 １～３　（略） 注１～３　（略） ４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。 ５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 （削る） （削る）	Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 １～３　（略） 注１～３　（略） ４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。 ５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 ６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。 ７　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基

	づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
６　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算１として100点を所定点数に加算する。	（新設）
７　他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第８条第２項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算２として100点を所定点数に加算する。	（新設）
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる	（新設）

者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　600点

注１～３　（略）

４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

（削る）

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　600点

注１～３　（略）

４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。

（削る）	7　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔（くう）機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
6　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算１として100点を所定点数に加算する。	（新設）
7　他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算２として100点を所定点数に加算する。	（新設）
8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保	（新設）

険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。 Ｃ００１―７　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 １　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１　100点 ２　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２　100点 ３　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３　100点 注１　１については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保	（新設）

険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 ３　３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	
Ｃ００２～Ｃ００４　（略）	Ｃ００２～Ｃ００４　（略）
Ｃ００５　在宅麻薬等注射指導管理料　1,500点 注１　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。 ２・３　（略）	Ｃ００５　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点 注１　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。 ２・３　（略）
Ｃ００５－２　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料　1,500点 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。	（新設）
Ｃ００５－３　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保	Ｃ００５－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保

険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００６～Ｃ００８　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検査料

区分

（歯科一般検査）

Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）

Ｄ００２－６　口腔細菌定量検査（１回につき）

１　口腔細菌定量検査１　130点

２　口腔細菌定量検査２　65点

注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。

２　１について、同一の患者につき１月以内に口腔細菌定量検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００６～Ｃ００８　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検査料

区分

（歯科一般検査）

Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）

Ｄ００２－６　口腔細菌定量検査（１回につき）　130点

（新設）

（新設）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。

２　同一の患者につき１月以内に口腔細菌定量検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

（新設）

に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査１を算定する場合を除く。）に、３月に１回に限り算定する。	
４　（略）	３　（略）
Ｄ００３からＤ００８まで～Ｄ０１１　（略）	Ｄ００３からＤ００８まで～Ｄ０１１　（略）
Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき）	Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき）　140点
１　咀嚼能力検査１　140点	（新設）
２　咀嚼能力検査２　140点	（新設）
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）
Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき）	Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき）　130点
１　咬合圧検査１　130点	（新設）
２　咬合圧検査２　130点	（新設）

注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）
Ｄ０１１－４～Ｄ０１４　（略）	Ｄ０１１－４～Ｄ０１４　（略）
第２節　（略）	第２節　（略）
第４部　画像診断	第４部　画像診断
通則	通則
（略）	（略）
第１節・第２節　（略）	第１節・第２節　（略）
第３節　基本的エックス線診断料	第３節　基本的エックス線診断料
区分	区分
Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）	Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　療養病棟に入院している患者及び区分番号Ａ２１６に掲げるＨＩＶ感染者療養環境特別加算	３　療養病棟に入院している患者及び区分番号Ａ２１６に掲げるＨＩＶ感染者療養環境特別加算

、区分番号Ａ２１６－２に掲げる特定感染症患者療養環境特別加算若しくは区分番号Ａ２１７に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第１章第２部第３節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

第４節　（略）

第５部　投薬

通則

（略）

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１・２　（略）

注１～４　（略）

（削る）

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。

若しくは区分番号Ａ２１７に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第１章第２部第３節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

第４節　（略）

第５部　投薬

通則

（略）

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１・２　（略）

注１～４　（略）

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り１処方につき18点を所定点数に加算する。

６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

６　（略）

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　８点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　７点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　５点

（削る）

第３節・第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　32点

２　１以外の場合　60点

注１・２　（略）

（削る）

７　（略）

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

９　注８の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注８に規定する基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　７点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　６点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　４点

第３節・第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点

２　１以外の場合　68点

注１・２　（略）

３　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病

３　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき56点を所定点数に加算する。

４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　10点

ロ　一般名処方加算２　８点

（削る）

６　１及び２について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注３の加算は算定できない。

５　（略）

６　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　７点

ロ　一般名処方加算２　５点

７　注６の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　９点

ロ　一般名処方加算２　７点

（新設）

表第三調剤報酬点数表区分番号００調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ29点又は42点を算定する。

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

７　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　25点

注　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　37点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－３に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点

注　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる

理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mＬ以上の場合）　105点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mＬ以上の場合）　102点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　53点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　（略）

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－３に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１～３　（略）

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－３に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない

歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mＬ以上の場合）　101点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mＬ以上の場合）　99点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

３　（略）

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１～３　（略）

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

。

Ｇ００５－２・Ｇ００５－３　（略）

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－３に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

２　（略）

Ｇ００７　（略）

Ｇ００８　滑液嚢穿刺（のうせん）後の注入　100点

第２款　（略）

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）

イ　理学療法士による場合　245点

ロ　作業療法士による場合　245点

ハ　言語聴覚士による場合　245点

ニ　歯科医師による場合　245点

２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）

Ｇ００５－２・Ｇ００５－３　（略）

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

２　（略）

Ｇ００７　（略）

Ｇ００８　滑液嚢穿刺（のうせん）後の注入　80点

第２款　（略）

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）　245点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）　200点

イ　理学療法士による場合　200点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　200点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　200点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　200点	（新設）
３　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）	３　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　100点
イ　理学療法士による場合　100点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　100点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　100点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　100点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　100点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
５　（略）	４　（略）

6　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）

⑴　理学療法士による場合　147点

⑵　作業療法士による場合　147点

⑶　言語聴覚士による場合　147点

⑷　歯科医師による場合　147点

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）

⑴　理学療法士による場合　120点

⑵　作業療法士による場合　120点

⑶　言語聴覚士による場合　120点

⑷　歯科医師による場合　120点

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位）

⑴　理学療法士による場合　60点

⑵　作業療法士による場合　60点

⑶　言語聴覚士による場合　60点

⑷　歯科医師による場合　60点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　60点

Ｈ０００－２　（略）

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）

5　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）　147点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）　120点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位）　60点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

Ｈ０００－２　（略）

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）　180点

イ　理学療法士による場合　180点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　180点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　180点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　180点	（新設）
２　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位） 146点
イ　理学療法士による場合　146点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　146点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　146点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　146点	（新設）
３　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位）	３　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位） 77点
イ　理学療法士による場合　77点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　77点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　77点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　77点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　77点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働	（新設）

大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。

５　（略）

６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）

⑴　理学療法士による場合　108点

⑵　作業療法士による場合　108点

⑶　言語聴覚士による場合　108点

⑷　歯科医師による場合　108点

ロ　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）

⑴　理学療法士による場合　88点

⑵　作業療法士による場合　88点

⑶　言語聴覚士による場合　88点

⑷　歯科医師による場合　88点

ハ　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）

⑴　理学療法士による場合　46点

⑵　作業療法士による場合　46点

４　（略）

５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）　108点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ロ　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）　88点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ハ　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）　46点

（新設）

（新設）

⑶　言語聴覚士による場合　46点	（新設）
⑷　歯科医師による場合　46点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　46点	（新設）
Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）	Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び３に限る。）を合わせて月６回に限り算定する。	４　治療開始日から起算して３月を超えた場合に、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び３に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。
Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）	Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。	（新設）
４　（略）	３　（略）
５　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料１を合わせて月６回に限り算定する。	４　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。
（削る）	５　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。
Ｈ００１－３　（略）	Ｈ００１－３　（略）
Ｈ００１－４　歯科口腔リハビリテーション料３（１口腔につき）	（新設）
１　口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の	

場合　50点
２　口腔機能の低下を来している患者の場合　50点
注１　１については、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。
２　２については、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。
３　区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料３は算定できない。

Ｈ００２～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　処置

通則

１　（略）

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあっては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第２節から第５節までの所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第３

Ｈ００２～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　処置

通則

１　（略）

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあっては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあっては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第２節、第３節又は第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、

節、第４節又は第５節の所定点数のみにより算定する。

４～６　（略）

７　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

８　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

９　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

第１節　処置料

区分

（歯の疾患の処置）

Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）

Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）

１　歯髄温存療法　200点

２　直接歯髄保護処置　154点

３　間接歯髄保護処置　38点

注１・２　（略）

Ｉ００１－２～Ｉ００３　（略）

Ｉ００４　歯髄切断（１歯につき）

第３節又は第４節の所定点数のみにより算定する。

４～６　（略）

７　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

８　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

９　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

第１節　処置料

区分

（歯の疾患の処置）

Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）

Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）

１　歯髄温存療法　190点

２　直接歯髄保護処置　152点

３　間接歯髄保護処置　36点

注１・２　（略）

Ｉ００１－２～Ｉ００３　（略）

Ｉ００４　歯髄切断（１歯につき）

1　生活歯髄切断　233点	1　生活歯髄切断　230点
2　失活歯髄切断　72点	2　失活歯髄切断　70点
注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。	注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、40点を所定点数に加算する。
２　（略）	２　（略）
Ｉ００５　抜髄（１歯につき）	Ｉ００５　抜髄（１歯につき）
1　単根管　234点	1　単根管　232点
2　２根管　426点	2　２根管　424点
3　３根管以上　600点	3　３根管以上　598点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）の費用（麻酔に当たって使用した薬剤の薬価を除く。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）	Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）
1　単根管　160点	1　単根管　158点
2　２根管　310点	2　２根管　308点
3　３根管以上　450点	3　３根管以上　448点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）	Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）
1　単根管　33点	1　単根管　32点
2　２根管　41点	2　２根管　40点
3　３根管以上　57点	3　３根管以上　56点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００８　（略）	Ｉ００８　（略）
Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）	Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）
1　単根管　139点	1　単根管　138点
2　２根管　168点	2　２根管　166点
3　３根管以上　213点	3　３根管以上　210点
注１～３　（略）	注１～３　（略）

４　３については、歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	４　注３に規定する場合であって、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。
（外科後処置）	（外科後処置）
Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）	Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）
Ｉ００９－６　摘便　100点	（新設）
Ｉ００９－７　ハイフローセラピー（１日につき）	（新設）
１　15歳未満の患者の場合　282点	
２　15歳以上の患者の場合　192点	
Ｉ００９－８　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　200点	（新設）
注　区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。	
Ｉ００９－９　留置カテーテル設置　40点	（新設）
Ｉ００９－１０　超音波ネブライザ（１日につき）　24点	（新設）
（歯周組織の処置）	（歯周組織の処置）
Ｉ０１０　（略）	Ｉ０１０　（略）
Ｉ０１１　歯周基本治療	Ｉ０１１　歯周基本治療
１・２（略）	１・２（略）
注１～５　（略）	注１～５　（略）
（削る）	６　区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔（くう）細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。
Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療	Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前	２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前

回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。
４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。	（新設）
５～７　（略）	４～６
Ｉ０１１－２－２　（略）	Ｉ０１１－２－２　（略）
Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療	Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険	２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。

医療機関において、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。	
３　（略）	３　（略）
Ｉ０１１－３　（略）	Ｉ０１１－３　（略）
（その他の処置）	（その他の処置）
Ｉ０１４～Ｉ０１６　（略）	Ｉ０１４～Ｉ０１６　（略）
Ｉ０１７　口腔内装置（１装置につき）	Ｉ０１７　口腔内装置（１装置につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
Ｉ０１７－１－２～Ｉ０１７－１－４　（略）	Ｉ０１７－１－２～Ｉ０１７－１－４　（略）
Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理（１口腔につき）	Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理（１口腔につき）
１　口腔内装置調整	１　口腔内装置調整
イ　口腔内装置調整１　120点	イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合　120点
ロ　口腔内装置調整２　120点	ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合　120点
ハ　口腔内装置調整３　220点	ハ　イ及びロ以外の場合　220点
２　（略）	２　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。	２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。
３～５　（略）	３～５　（略）

Ｉ０１７－３～Ｉ０２６　（略）

Ｉ０２７　人工呼吸

１　30分までの場合　302点

２　30分を超えて５時間までの場合　302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

３　（略）

注１～３　（略）

Ｉ０２８　（略）

Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）

１・２　（略）

注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。

２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

３　１について、注２の規定にかかわらず、区分

Ｉ０１７－３～Ｉ０２６　（略）

Ｉ０２７　人工呼吸

１　30分までの場合　242点

２　30分を超えて５時間までの場合　242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

３　（略）

注１～３　（略）

Ｉ０２８　（略）

Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）

１・２　（略）

注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。

２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

（新設）

番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した日の属する月において、月４回に限り算定する。 ４　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、月１回に限り算定する。 ５　（略） ６　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。		３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。 ４　（略） ５　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。
Ｉ０２９－１－２　回復期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　100点	（新設）	

注１　区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

２　回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　130点

注１・２　（略）

３　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

Ｉ０２９－３　（略）

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　72点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　130点

注１・２　（略）

３　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

Ｉ０２９－３　（略）

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　72点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者、区分番号Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又は区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）

110点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は別に算定できない。	110点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。
Ｉ０３０－３　口腔バイオフィルム除去処置（１口腔につき） 110点 注１　口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月２回に限り算定する。 ２　口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げ	（新設）

る機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は別に算定できない。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　80点

３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　100点

注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点

３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点

注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の

3　３については、区分番号Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。	翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 3　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。
Ｉ０３２　口腔リンパ管腫局所注入　1,020点	（新設）
注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
２　当該処置に当たって使用した薬剤の費用は別に算定できる。	
第２節　（略）	第２節　（略）
第３節　薬剤料	（新設）
区分	
Ｉ０９０　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。	
第４節・第５節　（略）	第３節・第４節　（略）
第９部　手術	第９部　手術
通則	通則
１～８　（略）	１～８　（略）
9　緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜	9　緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴～⑶　（略）

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　（略）

10～13　（略）

14　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

15　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

16・17　（略）

第１節　手術料

区分

Ｊ０００～Ｊ０３８　（略）

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

１　掻爬（そうは）　　10,530点

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴～⑶　（略）

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　（略）

10～13　（略）

14　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する歯科診療特別対応加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

15　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

16・17　（略）

第１節　手術料

区分

Ｊ０００～Ｊ０３８　（略）

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

１　掻爬（そうは）　　9,160点

２・３　（略）
Ｊ０４０～Ｊ０５２　（略）
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）
１　（略）
２　深在性のもの　4,330点
３　（略）
注　（略）
Ｊ０５４～Ｊ０６２　（略）
Ｊ０６３　歯周外科手術
１～５　（略）
６　歯肉歯槽粘膜形成手術
イ～ホ　（略）
ヘ　結合組織移植術　840点
注１・２　（略）
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合（６については、歯周病治療を目的として実施する場合に限る。）は、所定点数（注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
４・５　（略）
６　１から５まで及び６のイからハまでについては１歯につき算定し、６のニからヘまでについては手術野ごとに算定する。
Ｊ０６３－２～Ｊ０６６　（略）
Ｊ０６７　上顎骨折非観血的整復術　1,800点
Ｊ０６８～Ｊ０７９　（略）
Ｊ０８０　顎関節授動術
１　徒手的授動術
イ・ロ　（略）
ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,760点

２・３　（略）
Ｊ０４０～Ｊ０５２　（略）
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）
１　（略）
２　深在性のもの　3,770点
３　（略）
注　（略）
Ｊ０５４～Ｊ０６２　（略）
Ｊ０６３　歯周外科手術
１～５　（略）
６　歯肉歯槽粘膜形成手術
イ～ホ　（略）
（新設）
注１・２　（略）
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
４・５　（略）
６　１から５まで及び６のイからハまでについては１歯につき算定し、６のニ及びホは手術野ごとに算定する。
Ｊ０６３－２～Ｊ０６６　（略）
Ｊ０６７　上顎骨折非観血的整復術　1,570点
Ｊ０６８～Ｊ０７９　（略）
Ｊ０８０　顎関節授動術
１　徒手的授動術
イ・ロ　（略）
ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点

２　顎関節鏡下授動術　12,090点
３　（略）
Ｊ０８０－２～Ｊ０８３　（略）
Ｊ０８４　創傷処理
１・２　（略）
３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ　（略）
ロ　その他のもの　3,090点
４～６　（略）
注１～３　（略）
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）
１・２　（略）
３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,860点
４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　4,410点
５～８　（略）
注１～３　（略）
Ｊ０８５　デブリードマン
１　100平方センチメートル未満　1,620点
２　（略）
注１・２　（略）
Ｊ０８６・Ｊ０８６－２　（略）
Ｊ０８７　上顎洞根治手術　9,180点
Ｊ０８７－２～Ｊ０９０－２　（略）
Ｊ０９１　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
１　25平方センチメートル未満　5,180点
２・３　（略）
Ｊ０９２～Ｊ１０４　（略）
Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術

２　顎関節鏡下授動術　10,520点
３　（略）
Ｊ０８０－２～Ｊ０８３　（略）
Ｊ０８４　創傷処理
１・２　（略）
３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ　（略）
ロ　その他のもの　2,690点
４～６　（略）
注１～３　（略）
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）
１・２　（略）
３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,490点
４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,840点
５～８　（略）
注１～３　（略）
Ｊ０８５　デブリードマン
１　100平方センチメートル未満　1,410点
２　（略）
注１・２　（略）
Ｊ０８６・Ｊ０８６－２　（略）
Ｊ０８７　上顎洞根治手術　7,990点
Ｊ０８７－２～Ｊ０９０－２　（略）
Ｊ０９１　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
１　25平方センチメートル未満　4,510点
２・３　（略）
Ｊ０９２～Ｊ１０４　（略）
Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術

１・２　（略）

注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

Ｊ１０５～Ｊ１１０　（略）

Ｊ１１１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

第２節～第６節　（略）

第10部・第11部　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

７　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

１・２　（略）

注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

Ｊ１０５～Ｊ１１０　（略）

（新設）

第２節～第６節　（略）

第10部・第11部　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～５　（略）

６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）

７　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　（略）

ロ　区分番号Ｍ００９に掲げる充填を行った場合

所定点数の100分の60に相当する点数

ハ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、Ｍ００３－４、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ００９からＭ０１０－３まで、Ｍ０１０－４（１に限る。）、Ｍ０１１、Ｍ０１１－２、Ｍ０１５からＭ０１５－３まで、Ｍ０１７からＭ０２１－２まで、Ｍ０２１－３（２に限る。）、Ｍ０２２、Ｍ０２３、Ｍ０２５からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）

１～３　（略）

注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物（区分番号Ｍ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、区分番号Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、区分番号Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠を除く。）又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

イ　（略）

（新設）

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００３－３、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０からＭ０１０－３まで、Ｍ０１０－４（１に限る。）、Ｍ０１１、Ｍ０１１－２、Ｍ０１５からＭ０１５－３まで、Ｍ０１７からＭ０２１－２まで、Ｍ０２１－３（２に限る。）、Ｍ０２２、Ｍ０２３、Ｍ０２５からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）

１～３　（略）

注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

２～４　（略）
Ｍ０００－３　（略）
Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　１のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、340点を所定点数に加算する。
４～６　（略）
７　２のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、300点を所定点数に加算する。
８・９　（略）
10　３について、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。
11　（略）
Ｍ００１－２　（略）
Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成（１歯につき）　120点
注１　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。
２　（略）
Ｍ００２　支台築造（１歯につき）
１　間接法
イ　メタルコアを用いた場合
⑴　大臼歯　181点
⑵　小臼歯及び前歯　155点
ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　211点
⑵　小臼歯及び前歯　180点
２　（略）
注１・２　（略）

２～４　（略）
Ｍ０００－３　（略）
Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　１のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。
４～６　（略）
７　２のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。
８・９　（略）
（新設）
10　（略）
Ｍ００１－２　（略）
Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成（１歯につき）　120点
（新設）
注　（略）
Ｍ００２　支台築造（１歯につき）
１　間接法
イ　メタルコアを用いた場合
⑴　大臼歯　176点
⑵　小臼歯及び前歯　150点
ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　196点
⑵　小臼歯及び前歯　170点
２　（略）
注１・２　（略）

Ｍ００２－２　（略）	Ｍ００２－２　（略）
Ｍ００３　印象採得	Ｍ００３　印象採得
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。	（新設）
２　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行っ	（新設）

た場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００３－２・Ｍ００３－３　（略）	Ｍ００３－２・Ｍ００３－３　（略）
Ｍ００３－４　光学印象（１歯につき）　100点	（新設）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。	
２　区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象及びＭ００６に掲げる咬合採得は別に算定できない。	
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－３に	

掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は１回として算定する。	
Ｍ００４　リテーナー	Ｍ００４　リテイナー
１～３　（略）	１～３　（略）
注　（略）	注　（略）
Ｍ００５・Ｍ００５－２　（略）	Ｍ００５・Ｍ００５－２　（略）
Ｍ００６　咬合採得	Ｍ００６　咬合採得
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　２のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物	（新設）

の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００７　仮床試適（１床につき）	Ｍ００７　仮床試適（１床につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
４　その他の場合　272点	（新設）
注１　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生	（新設）

局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００８・Ｍ００９　（略）	Ｍ００８・Ｍ００９　（略）
Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）	Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）
１　インレー	１　インレー
イ　単純なもの　192点	イ　単純なもの　190点
ロ　複雑なもの　287点	ロ　複雑なもの　284点
２　４分の３冠（前歯）　372点	２　４分の３冠（前歯）　370点
３　５分の４冠（小臼歯）　312点	３　５分の４冠（小臼歯）　310点
４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　459点	４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点
注　（略）	注　（略）

Ｍ０１０－２・Ｍ０１０－３　（略）	Ｍ０１０－２・Ｍ０１０－３　（略）
Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）	Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）
１　根面板によるもの　195点	１　根面板によるもの　190点
２　（略）	２　（略）
Ｍ０１１　レジン前装金属冠（１歯につき）	Ｍ０１１　レジン前装金属冠（１歯につき）
１　前歯	１　前歯　1,174点
イ　ブリッジの支台歯の場合　1,174点	（新設）
ロ　イ以外の場合　1,170点	（新設）
２　小臼歯　1,100点	２　小臼歯　1,174点
Ｍ０１１－２～Ｍ０１５　（略）	Ｍ０１１－２～Ｍ０１５　（略）
Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）	Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）　1,200点
１　２以外の場合　1,200点	（新設）
２　エンドクラウンの場合　1,450点	（新設）
注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限り、エンドクラウンを除く。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、エンドクラウンを設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	（新設）
３　２については、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造及び区分番号Ｍ００２－２に掲げる支台築造印象は、所定点数に含まれ別に算定できな	（新設）

い。

Ｍ０１５－３～Ｍ０１７　（略）

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,800点

注　（略）

Ｍ０１８　有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　624点

ロ　５歯から８歯まで　767点

ハ　９歯から11歯まで　1,042点

ニ　12歯から14歯まで　1,502点

２　総義歯（１顎につき）　2,420点

Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　624点

ロ　５歯から８歯まで　767点

ハ　９歯から11歯まで　1,042点

ニ　12歯から14歯まで　1,502点

２　総義歯（１顎につき）　2,500点

Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）

１　双子鉤　260点

２　二腕鉤　240点

Ｍ０２１　線鉤（１個につき）

１　双子鉤　227点

２　二腕鉤（レストつき）　159点

３　レストのないもの　134点

Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　246点

Ｍ０２１－３　磁性アタッチメント（１個につき）

１　磁石構造体を用いる場合　460点

２　キーパー付き根面板を用いる場合　550点

注　（略）

Ｍ０１５－３～Ｍ０１７　（略）

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,600点

注　（略）

Ｍ０１８　有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　594点

ロ　５歯から８歯まで　732点

ハ　９歯から11歯まで　972点

ニ　12歯から14歯まで　1,402点

２　総義歯（１顎につき）　2,184点

Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　630点

ロ　５歯から８歯まで　852点

ハ　９歯から11歯まで　1,064点

ニ　12歯から14歯まで　1,678点

２　総義歯（１顎につき）　2,682点

Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）

１　双子鉤　255点

２　二腕鉤　235点

Ｍ０２１　線鉤（１個につき）

１　双子鉤　224点

２　二腕鉤（レストつき）　156点

３　レストのないもの　132点

Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　236点

Ｍ０２１－３　磁性アタッチメント（１個につき）

１　磁石構造体を用いる場合　260点

２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点

注　（略）

Ｍ０２２～Ｍ０２５　（略）

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）

１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　25,000点

２　床義歯形態のもの（１顎につき）　20,000点

注１～３　（略）

（その他の技術）

Ｍ０２６・Ｍ０２７及びＭ０２８　（略）

（修理）

Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき55点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１床につき35点を所定点数に加算する。

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

Ｍ０２２～Ｍ０２５　（略）

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）

１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　20,000点

２　床義歯形態のもの（１顎につき）　15,000点

注１～３　（略）

（その他の技術）

Ｍ０２６・Ｍ０２７及びＭ０２８　（略）

（修理）

Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき50点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１床につき30点を所定点数に加算する。

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき55点を所定点数に加算する。 ５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１顎につき35点を所定点数に加算する。	により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき50点を所定点数に加算する。 ５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１顎につき30点を所定点数に加算する。
Ｍ０３１からＭ０３３まで～Ｍ０４１　（略）	Ｍ０３１からＭ０３３まで～Ｍ０４１　（略）
第２節・第３節　（略）	第２節・第３節　（略）
第13部　歯科矯正	第13部　歯科矯正
通則	通則
（略）	（略）
第１節　歯科矯正料	第１節　歯科矯正料
区分	区分
Ｎ０００　（略）	Ｎ０００　（略）
Ｎ００１　顎口腔（くう）機能診断料　2,300点	Ｎ００１　顎口腔（くう）機能診断料　2,300点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	３　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
Ｎ００１－２　歯科矯正相談料	（新設）
１　歯科矯正相談料１　420点	
２　歯科矯正相談料２　420点	
注１　１については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔（くう）機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に	

届け出た保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

３　区分番号Ｅ０００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影又は区分番号Ｅ１００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

４　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００２　歯科矯正管理料　240点

注１　（略）

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔

Ｎ００２　歯科矯正管理料　240点

注１　（略）

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔

機能管理料Ⅲ、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

３　（略）

Ｎ００３～Ｎ０１１　（略）

（矯正装置）

Ｎ０１２～Ｎ０２８　（略）

第２節　（略）

第14部　（略）

第15部　その他

通則

１　処遇の費用は、第１節若しくは第２節の各区分の所定点数のみにより、又は第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第２節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。

第１節　看護職員処遇改善評価料

区分

Ｐ０００　看護職員処遇改善評価料

注　医科点数表の区分番号Ｏ０００に掲げる看護職員処遇改善評価料の注に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基

機能管理料Ⅲ又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

３　（略）

Ｎ００３～Ｎ０１１　（略）

（矯正装置）

Ｎ０１２～Ｎ０２８　（略）

第２節　（略）

第14部　（略）

（新設）

本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、医科点数表の区分番号Ｏ０００に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第２節　ベースアップ評価料

区分

Ｐ１００　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)（１日につき）

１　初診時　10点

２　再診時等　２点

３　歯科訪問診療時

イ　同一建物居住者以外の場合　41点

ロ　同一建物居住者の場合　10点

注１　１については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

２　２については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

３　３のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

４　３のロについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

Ｐ１０１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料⑴（１日につき）

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料⑴１

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　　８点

ロ　再診時等　１点

２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　16点

ロ　再診時等　２点

３　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)３

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　24点

ロ　再診時等　３点

４　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)４

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　32点

ロ　再診時等　４点

５　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)５

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　40点

ロ　再診時等　５点

６　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)６

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　48点

ロ　再診時等　６点

７　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)７

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　56点

ロ　再診時等　７点

８　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)８

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　64点

ロ　再診時等　８点

注１　主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２　１のイ、２のイ、３のイ、４のイ、５のイ、６のイ、７のイ又は８のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

３　１のロ、２のロ、３のロ、４のロ、５のロ、６のロ、７のロ又は８のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

Ｐ１０２　入院ベースアップ評価料（１日につき）

１	入院ベースアップ評価料１	１点
２	入院ベースアップ評価料２	２点
３	入院ベースアップ評価料３	３点
４	入院ベースアップ評価料４	４点
５	入院ベースアップ評価料５	５点
６	入院ベースアップ評価料６	６点
７	入院ベースアップ評価料７	７点
８	入院ベースアップ評価料８	８点
９	入院ベースアップ評価料９	９点
10	入院ベースアップ評価料10	10点
11	入院ベースアップ評価料11	11点
12	入院ベースアップ評価料12	12点
13	入院ベースアップ評価料13	13点
14	入院ベースアップ評価料14	14点
15	入院ベースアップ評価料15	15点
16	入院ベースアップ評価料16	16点
17	入院ベースアップ評価料17	17点
18	入院ベースアップ評価料18	18点
19	入院ベースアップ評価料19	19点

20	入院ベースアップ評価料20	20点
21	入院ベースアップ評価料21	21点
22	入院ベースアップ評価料22	22点
23	入院ベースアップ評価料23	23点
24	入院ベースアップ評価料24	24点
25	入院ベースアップ評価料25	25点
26	入院ベースアップ評価料26	26点
27	入院ベースアップ評価料27	27点
28	入院ベースアップ評価料28	28点
29	入院ベースアップ評価料29	29点
30	入院ベースアップ評価料30	30点
31	入院ベースアップ評価料31	31点
32	入院ベースアップ評価料32	32点
33	入院ベースアップ評価料33	33点
34	入院ベースアップ評価料34	34点
35	入院ベースアップ評価料35	35点
36	入院ベースアップ評価料36	36点
37	入院ベースアップ評価料37	37点
38	入院ベースアップ評価料38	38点
39	入院ベースアップ評価料39	39点
40	入院ベースアップ評価料40	40点
41	入院ベースアップ評価料41	41点
42	入院ベースアップ評価料42	42点
43	入院ベースアップ評価料43	43点
44	入院ベースアップ評価料44	44点
45	入院ベースアップ評価料45	45点
46	入院ベースアップ評価料46	46点
47	入院ベースアップ評価料47	47点
48	入院ベースアップ評価料48	48点

49	入院ベースアップ評価料49	49点
50	入院ベースアップ評価料50	50点
51	入院ベースアップ評価料51	51点
52	入院ベースアップ評価料52	52点
53	入院ベースアップ評価料53	53点
54	入院ベースアップ評価料54	54点
55	入院ベースアップ評価料55	55点
56	入院ベースアップ評価料56	56点
57	入院ベースアップ評価料57	57点
58	入院ベースアップ評価料58	58点
59	入院ベースアップ評価料59	59点
60	入院ベースアップ評価料60	60点
61	入院ベースアップ評価料61	61点
62	入院ベースアップ評価料62	62点
63	入院ベースアップ評価料63	63点
64	入院ベースアップ評価料64	64点
65	入院ベースアップ評価料65	65点
66	入院ベースアップ評価料66	66点
67	入院ベースアップ評価料67	67点
68	入院ベースアップ評価料68	68点
69	入院ベースアップ評価料69	69点
70	入院ベースアップ評価料70	70点
71	入院ベースアップ評価料71	71点
72	入院ベースアップ評価料72	72点
73	入院ベースアップ評価料73	73点
74	入院ベースアップ評価料74	74点
75	入院ベースアップ評価料75	75点
76	入院ベースアップ評価料76	76点
77	入院ベースアップ評価料77	77点

78	入院ベースアップ評価料78	78点
79	入院ベースアップ評価料79	79点
80	入院ベースアップ評価料80	80点
81	入院ベースアップ評価料81	81点
82	入院ベースアップ評価料82	82点
83	入院ベースアップ評価料83	83点
84	入院ベースアップ評価料84	84点
85	入院ベースアップ評価料85	85点
86	入院ベースアップ評価料86	86点
87	入院ベースアップ評価料87	87点
88	入院ベースアップ評価料88	88点
89	入院ベースアップ評価料89	89点
90	入院ベースアップ評価料90	90点
91	入院ベースアップ評価料91	91点
92	入院ベースアップ評価料92	92点
93	入院ベースアップ評価料93	93点
94	入院ベースアップ評価料94	94点
95	入院ベースアップ評価料95	95点
96	入院ベースアップ評価料96	96点
97	入院ベースアップ評価料97	97点
98	入院ベースアップ評価料98	98点
99	入院ベースアップ評価料99	99点
100	入院ベースアップ評価料100	100点
101	入院ベースアップ評価料101	101点
102	入院ベースアップ評価料102	102点
103	入院ベースアップ評価料103	103点
104	入院ベースアップ評価料104	104点
105	入院ベースアップ評価料105	105点
106	入院ベースアップ評価料106	106点

107	入院ベースアップ評価料107	107点
108	入院ベースアップ評価料108	108点
109	入院ベースアップ評価料109	109点
110	入院ベースアップ評価料110	110点
111	入院ベースアップ評価料111	111点
112	入院ベースアップ評価料112	112点
113	入院ベースアップ評価料113	113点
114	入院ベースアップ評価料114	114点
115	入院ベースアップ評価料115	115点
116	入院ベースアップ評価料116	116点
117	入院ベースアップ評価料117	117点
118	入院ベースアップ評価料118	118点
119	入院ベースアップ評価料119	119点
120	入院ベースアップ評価料120	120点
121	入院ベースアップ評価料121	121点
122	入院ベースアップ評価料122	122点
123	入院ベースアップ評価料123	123点
124	入院ベースアップ評価料124	124点
125	入院ベースアップ評価料125	125点
126	入院ベースアップ評価料126	126点
127	入院ベースアップ評価料127	127点
128	入院ベースアップ評価料128	128点
129	入院ベースアップ評価料129	129点
130	入院ベースアップ評価料130	130点
131	入院ベースアップ評価料131	131点
132	入院ベースアップ評価料132	132点
133	入院ベースアップ評価料133	133点
134	入院ベースアップ評価料134	134点
135	入院ベースアップ評価料135	135点

136	入院ベースアップ評価料136	136点
137	入院ベースアップ評価料137	137点
138	入院ベースアップ評価料138	138点
139	入院ベースアップ評価料139	139点
140	入院ベースアップ評価料140	140点
141	入院ベースアップ評価料141	141点
142	入院ベースアップ評価料142	142点
143	入院ベースアップ評価料143	143点
144	入院ベースアップ評価料144	144点
145	入院ベースアップ評価料145	145点
146	入院ベースアップ評価料146	146点
147	入院ベースアップ評価料147	147点
148	入院ベースアップ評価料148	148点
149	入院ベースアップ評価料149	149点
150	入院ベースアップ評価料150	150点
151	入院ベースアップ評価料151	151点
152	入院ベースアップ評価料152	152点
153	入院ベースアップ評価料153	153点
154	入院ベースアップ評価料154	154点
155	入院ベースアップ評価料155	155点
156	入院ベースアップ評価料156	156点
157	入院ベースアップ評価料157	157点
158	入院ベースアップ評価料158	158点
159	入院ベースアップ評価料159	159点
160	入院ベースアップ評価料160	160点
161	入院ベースアップ評価料161	161点
162	入院ベースアップ評価料162	162点
163	入院ベースアップ評価料163	163点
164	入院ベースアップ評価料164	164点

165　入院ベースアップ評価料165　165点 注　主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 （削る）	第３章　経過措置 １　第１章又は第２章の規定にかかわらず、区分番号Ａ００２の注10、区分番号Ｆ１００の注９及びＦ４００の注７の規定による加算は、令和５年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。 ２　第１章の規定にかかわらず、令和５年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号Ａ０００の注13中「４点」とあるのは「６点」とする。

別紙１－３　調剤報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表第三 　　調剤報酬点数表 ［目次］ 　　（略） 通則 　（略） 　　第１節　調剤技術料 区分 ００　調剤基本料（処方箋の受付１回につき） 　　１　調剤基本料１　45点 　　２　調剤基本料２　29点 　　３　調剤基本料３ 　　イ　24点 　　ロ　19点 　　ハ　35点 　　４　特別調剤基本料Ａ　５点 　　注１　（略） 　　２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき３点を算定する。 　　３・４　（略） 　　５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる	別表第三 　　調剤報酬点数表 ［目次］ 　　（略） 通則 　（略） 　　第１節　調剤技術料 区分 ００　調剤基本料（処方箋の受付１回につき） 　　１　調剤基本料１　42点 　　２　調剤基本料２　26点 　　３　調剤基本料３ 　　イ　21点 　　ロ　16点 　　ハ　32点 　　（新設） 　　注１　（略） 　　２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 　　３・４　（略） 　　５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局におい

点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ　地域支援体制加算１　32点
ロ　地域支援体制加算２　40点
ハ　地域支援体制加算３　10点
ニ　地域支援体制加算４　32点

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、連携強化加算として、５点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及びＡ００１に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号Ａ２３４－２及び歯科点数表の区分番号Ａ２２４－２に掲げる感染対策向上加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関である場合は、算定できない。

７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次

て調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ　地域支援体制加算１　39点
ロ　地域支援体制加算２　47点
ハ　地域支援体制加算３　17点
ニ　地域支援体制加算４　39点

６　注５又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬

に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ８～11　（略） （削る）	局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ８～11　（略） 12　注５の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注５に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１ ⑴　後発医薬品調剤体制加算１又は２に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　40点 ⑵　後発医薬品調剤体制加算３に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　42点 ロ　地域支援体制加算２ ⑴　後発医薬品調剤体制加算１又は２に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　48点 ⑵　後発医薬品調剤体制加算３に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　50点 ハ　地域支援体制加算３ ⑴　後発医薬品調剤体制加算１又は２に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　18点

	⑵　後発医薬品調剤体制加算３に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　20点 ニ　地域支援体制加算４ ⑴　後発医薬品調剤体制加算１又は２に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　40点 ⑵　後発医薬品調剤体制加算３に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合　42点
12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　在宅薬学総合体制加算１　15点 ロ　在宅薬学総合体制加算２　50点	（新設）
13　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。	（新設）
０１　薬剤調製料	０１　薬剤調製料
１　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点	１　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点

注　（略） （削る） ２～６　（略） 注１～７　（略） （削る） 第２節　薬学管理料 区分 １０　（略） １０の２　調剤管理料 １・２　（略） 注１　処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。た	注１　（略） ２　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 ２～６　（略） 注１～７　（略） ８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付１回につき15点を所定点数に加算する。 第２節　薬学管理料 区分 １０　（略） １０の２　調剤管理料 １・２　（略） 注１　処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

だし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 ２　（略） ３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　（略） ロ　残薬調整に係るものの場合　20点 ４・５　（略） ６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報等を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	２　（略） ３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　（略） ロ　残薬調整に係るものの場合　30点 ４・５　（略） ６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。
１０の３　服薬管理指導料	１０の３　服薬管理指導料

１・２　（略）
３　介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合　45点
４　（略）
注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
イ～へ　（略）
２　３については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月４回に限り、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
イ～ニ　（略）
ホ　必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者等に提供すること。
へ　（略）
３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機

１・２　（略）
３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　45点
４　（略）
注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。
イ～へ　（略）
２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
イ～ニ　（略）
ホ　必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
へ　（略）
３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機

器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。
４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。	４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。
５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。
イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合　10点	（新設）
ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　５点	（新設）
６　（略）	６　（略）
７　調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、５点を所定点数に加算する。	（新設）
イ　特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づ	

き製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ　調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

８　（略）

９　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注８に規定する加算は算定できない。

10　（略）

（削る）

11～14　（略）

７　（略）

８　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注７に規定する加算は算定できない。

９　（略）

10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11～14　（略）

15　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注６及び注10に規定する加算は、算定できない。	（新設）
１１から１３まで　（略）	１１から１３まで　（略）
１３の２　かかりつけ薬剤師指導料　76点	１３の２　かかりつけ薬剤師指導料　76点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
２　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。	２　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。
３　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	３　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。
イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方	（新設）

された患者に対して必要な指導を行った場合　10点 ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　５点	（新設）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
５　調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、５点を所定点数に加算する。 イ　特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 ロ　調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必	（新設）

要な患者に説明及び指導を行った場合	
６　（略）	５　（略）
７　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注６に規定する加算は算定できない。	６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。
８　喘（ぜん）息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。	（新設）
９　（略）	７　（略）
10　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注４及び注８に規定する加算は、算定できない。	（新設）
１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　291点	１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　291点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番

局を除く。）において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号０１に掲げる薬剤調製料の注４及び注５に規定する加算、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号１５の７に掲げる経管投薬支援料、区分番号１５の８に掲げる在宅移行初期管理料、区分番号２０に掲げる使用薬剤料及び区分番号３０に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

２　（略）

１４　（略）

１４の２　外来服薬支援料

１・２　（略）

注１　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について

号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号０１に掲げる薬剤調製料の注４、注５及び注８に規定する加算、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号１５の７に掲げる経管投薬支援料、区分番号２０に掲げる使用薬剤料及び区分番号３０に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

２　（略）

１４　（略）

１４の２　外来服薬支援料

１・２　（略）

注１　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について

、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
２　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。ただし、区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。	２　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
３　２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	３　２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

４　介護保険法第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注３に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月に１回に限り50点を所定点数に加算する。	（新設）
１４の３　服用薬剤調整支援料 １・２　（略） 注１　１については、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	１４の３　服用薬剤調整支援料 １・２　（略） 注１　１については、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。
２　２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	２　２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。
３　２については、区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、別に	（新設）

厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 １４の４　調剤後薬剤管理指導料 １　糖尿病患者に対して行った場合　60点 ２　慢性心不全患者に対して行った場合　60点 注１　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、１については糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、２については心疾患による入院の経験がある患者であって、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全のものに対して、患者又はその家族等の求めがあり、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合又は保険医療機関の求めがあった場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行った場合には、調剤後薬剤管理指導料として、月１回に限り算定できる。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。 イ　調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に行う場合を除く。）。 ロ　必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。 ハ　処方医へ必要な情報を文書により提供すること。 ２　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げ	（新設）

る調剤基本料の注６に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

３　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１～３　（略）

注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理

１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１～３　（略）

注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理

指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。
３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点（注２本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。
４　（略）	４　（略）
５　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。	５　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。
６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２本文に規	６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２に規定す

定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。

７～９　（略）

１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

１・２　（略）

注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月８回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管

る在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。

７～９　（略）

１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

１・２　（略）

注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は

理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。
３～８　（略）	３～８　（略）
９　１について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　夜間訪問加算　400点 ロ　休日訪問加算　600点 ハ　深夜訪問加算　1,000点	（新設）
10　注１の規定にかかわらず、感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、同条第９項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、１を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。この場合において、注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区	（新設）

分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。	
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料　700点	１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料　700点
注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。
２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。	２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。
３～８　（略）	３～８　（略）
１５の４　退院時共同指導料　600点	１５の４　退院時共同指導料　600点
注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養	注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養

上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。
１５の５　服薬情報等提供料	１５の５　服薬情報等提供料
１　（略）	１　（略）
２　服薬情報等提供料２	２　服薬情報等提供料２　20点
イ　保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合　20点	（新設）
ロ　リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合　20点	（新設）
ハ　介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合　20点	（新設）
３　（略）	３　（略）
注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。	注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
２　２については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も	２　２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上

患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月１回に限り算定する。	で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。	３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
４　（略）	４　（略）
５　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。	５　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。
６　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	（新設）
１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
１　処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合	１　残薬調整に係るもの以外の場合　40点
イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点	（新設）
ロ　残薬調整に係るものの場合　20点	（新設）
２　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容	２　残薬調整に係るものの場合　30点

を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点 注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、算定できない。 ２　（略）	（新設） （新設） 注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　（略）
１５の７　経管投薬支援料　100点 注　胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	１５の７　経管投薬支援料　100点 注　胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。
１５の８　在宅移行初期管理料　230点 注１　在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意	（新設）

を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に１回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の２に掲げる外来服薬支援料１は算定できない。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 ２　在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。	
１６から１９まで　（略） 第３節　薬剤料 区分 ２０　使用薬剤料 １・２　（略） ３　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局及び区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、１処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 注　（略） 第４節　（略） 第５節　経過措置 （略） （削る）	１６から１９まで　（略） 第３節　薬剤料 区分 ２０　使用薬剤料 １・２　（略） （新設） 注　（略） 第４節　（略） 第５節　経過措置 １　（略） ２　区分番号００の注12の規定による加算は、令和５年12月31日

（削る）	までの間に限り、算定できるものとする。 ３　第２節の規定にかかわらず、令和５年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号１０の２の注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注６中「３点」とあるのは「４点」とする。

別紙２　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則 １　健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第１項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第１項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号０２の注７のただし書に規定する場合を除き、区分番号０１又は区分番号０１－２により算定される額に区分番号０２から区分番号０６までにより算定される額を加えた額とする。 ２　（略） ３　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注３まで及び注10、区分番号０２の注１から注３まで、注10、注12及び注13、区分番号０５の注４並びに区分番号０６の注１及び注２における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。 区分 ０１　訪問看護基本療養費（１日につき） １～３（略） 注１～８　（略） ９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ０００の注１に	別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則 １　健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第１項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第１項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号０２の注７に規定する場合を除き、区分番号０１又は区分番号０１－２により算定される額に区分番号０２から区分番号０５までにより算定される額を加えた額とする。 ２　（略） ３　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注３まで及び注10、区分番号０２の注１から注３まで、注10及び注12並びに区分番号０５の注４における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。 区分 ０１　訪問看護基本療養費（１日につき） １～３（略） 注１～８　（略） ９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ０００の注１に

規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ　月14日目まで　2,650円

ロ　月15日目以降　2,000円

10　（略）

11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。

12～14　（略）

０１－２　精神科訪問看護基本療養費（１日につき）

１～４（略）

注１～５　（略）

６　１及び３については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ　月14日目まで　2,650円

ロ　月15日目以降　2,000円

７～11　（略）

０２　訪問看護管理療養費

１　月の初日の訪問の場合

規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。

（新設）

（新設）

10　（略）

11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき1,500円を所定額に加算する。

12～14　（略）

０１－２　精神科訪問看護基本療養費（１日につき）

１～４（略）

注１～５　（略）

６　１及び３については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。

（新設）

（新設）

７～11　（略）

０２　訪問看護管理療養費

１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	13,230円
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	10,030円
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	8,700円
ニ　イからハまで以外の場合	7,670円

２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）

イ　訪問看護管理療養費１	3,000円
ロ　訪問看護管理療養費２	2,500円

注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月１回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者につい

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	12,830円
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	9,800円
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	8,470円
ニ　イからハまで以外の場合	7,440円

２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）

3,000円

（新設）

（新設）

注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーシ

て他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 イ　24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　6,800円 ロ　イ以外の場合　6,520円 ３～12　（略） 13　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、50円を所定額に加算する。	ョンが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 （新設） （新設） ３～12　（略） （新設）
０３～０５　（略）	０３～０５　（略）
０６　訪問看護ベースアップ評価料 １　訪問看護ベースアップ評価料⑴　780円 ２　訪問看護ベースアップ評価料⑵ イ　訪問看護ベースアップ評価料⑵１　10円 ロ　訪問看護ベースアップ評価料⑵２　20円 ハ　訪問看護ベースアップ評価料⑵３　30円 ニ　訪問看護ベースアップ評価料⑵４　40円 ホ　訪問看護ベースアップ評価料⑵５　50円 ヘ　訪問看護ベースアップ評価料⑵６　60円 ト　訪問看護ベースアップ評価料⑵７　70円 チ　訪問看護ベースアップ評価料⑵８　80円 リ　訪問看護ベースアップ評価料⑵９　90円 ヌ　訪問看護ベースアップ評価料⑵10　100円 ル　訪問看護ベースアップ評価料⑵11　150円 ヲ　訪問看護ベースアップ評価料⑵12　200円	（新設）

ワ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)13　250円 カ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)14　300円 ヨ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)15　350円 タ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)16　400円 レ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)17　450円 ソ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)18　500円 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号０２の１を算定している利用者１人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)として、月１回に限り算定する。 ２　２については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定している利用者１人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)として、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り、それぞれ所定額を算定する。	

別紙３　厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

（傍線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
１　（略） 一～三　（略） 四　医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ　（略） ロ　Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料 ハ～リ　（略） 五　（略） ２～４　（略） ５　診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一～三　（略） 四　前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数（以下「退院等した患者数」という。）を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇．八七五以上であること。 イ～リ　（略） ヌ　Ａ３０２－２　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ル～カ　（略） 五　第三号イの調査期間において、一月あたりの退院等した患者数が九十以上であること。 六　第三号イの調査期間において、当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等に関する質の高いデータを適切に提出していること。 七　適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備さ	１　（略） 一～三　（略） 四　医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ　（略） （新設） ロ～チ　（略） 五　（略） ２～４　（略） ５　診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一～三　（略） 四　前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇．八七五以上であること。 イ～リ　（略） （新設） ヌ～ワ　（略） （新設） （新設） 五　適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備さ

れていること。

別表

１　（略）

２　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用

⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４及び注５、Ａ１０４の注５及び注10並びにＡ１０５の注３及び注４に掲げる費用

⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２００－２、Ａ２０４－２、Ａ２０５からＡ２０６まで、Ａ２０７－３の注４、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１４の注４、Ａ２１９からＡ２３３－２まで、Ａ２３４－３からＡ２４２－２まで、Ａ２４３－２、Ａ２４４（２に限る。）、Ａ２４６からＡ２５１まで及びＡ２５３に掲げる費用

⑶　（略）

⑷　医学管理等の費用のうち、区分番号Ｂ０００からＢ００１－３－３まで及びＢ００１－６からＢ０１５までに掲げる費用

⑸　（略）

⑹　画像診断の費用のうち、通則第４号及び第６号に掲げる画像診断管理加算１、通則第５号及び第７号に掲げる画像診断管理加算２、画像診断管理加算３及び画像診断管理加算４並びに区分番号Ｅ００３（３のイ（注１及び注２を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用

⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３、Ｊ００３－３、Ｊ００３－４、Ｊ００７－２、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７、Ｊ０

れていること。

別表

１　（略）

２　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。

イ　（略）

ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用

⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４、注５及び注12、Ａ１０４の注５及び注10から注12まで並びにＡ１０５の注３、注４及び注９に掲げる費用

⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２００－２、Ａ２０４－２、Ａ２０５からＡ２０６まで、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１９からＡ２３３－２まで、Ａ２３４－３からＡ２４２－２まで、Ａ２４３の注ただし書、Ａ２４４（２に限る。）及びＡ２４６からＡ２５１までに掲げる費用

⑶　（略）

⑷　医学管理等の費用のうち、区分番号Ｂ０００からＢ００１－３－２まで、Ｂ００１－６からＢ０１５まで及びＢ１００に掲げる費用

⑸　（略）

⑹　画像診断の費用のうち、通則第４号及び第６号に掲げる画像診断管理加算１、通則第５号及び第７号に掲げる画像診断管理加算２及び画像診断管理加算３並びに区分番号Ｅ００３（３のイ（注１及び注２を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用

⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３、Ｊ００３－３、Ｊ００３－４、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７、Ｊ０３４－３、Ｊ０

３４－３、Ｊ０３８からＪ０４２まで、Ｊ０４３－６、Ｊ０４３－７、Ｊ０４５－２、Ｊ０４７、Ｊ０４７－２、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１１６－５、Ｊ１１８－４、Ｊ１２２（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２９（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ１２９－２（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１から３までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴及び⑸に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分０５１から区分０５３までに掲げる材料に限る。）に係る費用

⑼・⑽　（略）

⑾　血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換えヒトvon　Willebrand因子製剤及び抗TFPIモノクローナル抗体に係る費用

３　（略）

３８からＪ０４２まで、Ｊ０４３－６、Ｊ０４３－７、Ｊ０４５－２、Ｊ０４７、Ｊ０４７－２、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１１６－５、Ｊ１１８－４、Ｊ１２２（４から６までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、Ｊ１２９（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ１２９－２（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１から３までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴及び⑸に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分０５１から区分０５３までに掲げる材料に限る。）に係る費用

⑼・⑽　（略）

⑾　血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤及び遺伝子組換えヒトvon　Willebrand因子製剤に係る費用

３　（略）

４　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「４に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料１	
	（３日以内の期間）	8,152点
	（４日以上７日以内の期間）	7,176点
	（８日以上14日以内の期間）	5,818点
	（15日以上30日以内の期間）	6,323点
	（削る）	
	救命救急入院料２	
	（３日以内の期間）	9,731点
	（４日以上７日以内の期間）	8,615点
	（８日以上14日以内の期間）	7,297点
	（15日以上30日以内の期間）	7,802点
	（削る）	
	救命救急入院料３	
	イ　救命救急入院料	
	（３日以内の期間）	8,152点
	（４日以上７日以内の期間）	7,176点
	（８日以上14日以内の期間）	5,818点
	（15日以上30日以内の期間）	6,323点
	（削る）	
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	（３日以内の期間）	8,152点
	（４日以上７日以内の期間）	7,176点

４　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「４に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料１	
	（３日以内の期間）	8,129点
	（４日以上７日以内の期間）	7,156点
	（８日以上14日以内の期間）	5,803点
	（15日以上30日以内の期間）	6,308点
	（31日以上の期間）	6,515点
	救命救急入院料２	
	（３日以内の期間）	9,708点
	（４日以上７日以内の期間）	8,592点
	（８日以上14日以内の期間）	7,277点
	（15日以上30日以内の期間）	7,782点
	（31日以上の期間）	7,989点
	救命救急入院料３	
	イ　救命救急入院料	
	（３日以内の期間）	8,129点
	（４日以上７日以内の期間）	7,156点
	（８日以上14日以内の期間）	5,803点
	（15日以上30日以内の期間）	6,308点
	（31日以上の期間）	6,515点
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	（３日以内の期間）	8,129点
	（４日以上７日以内の期間）	7,156点

		（８日以上14日以内の期間）　6,240点 （15日以上30日以内の期間）　6,745点 （31日以上60日以内の期間）　6,952点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,731点 （４日以上７日以内の期間）　8,615点 （８日以上14日以内の期間）　7,297点 （15日以上30日以内の期間）　7,802点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,731点 （４日以上７日以内の期間）　8,615点 （８日以上14日以内の期間）　7,297点 （15日以上30日以内の期間）　6,745点 （31日以上60日以内の期間）　6,952点 注１～９　（略）			（８日以上14日以内の期間）　6,224点 （15日以上30日以内の期間）　6,729点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,708点 （４日以上７日以内の期間）　8,592点 （８日以上14日以内の期間）　7,277点 （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,708点 （４日以上７日以内の期間）　8,592点 （８日以上14日以内の期間）　7,277点 （15日以上30日以内の期間）　6,729点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 注１～９　（略）
区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （７日以内の期間）　12,290点 （８日以上14日以内の期間）　10,712点 （15日以上30日以内の期間）　11,217点 （削る） 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　12,290点 （８日以上14日以内の期間）　10,712点 （15日以上30日以内の期間）　11,217点 （削る）		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （７日以内の期間）　12,117点 （８日以上14日以内の期間）　10,539点 （15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　12,117点 （８日以上14日以内の期間）　10,539点 （15日以上30日以内の期間）　11,044点 （31日以上の期間）　11,251点	

		ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　12,290点 （８日以上14日以内の期間） 10,912点 （15日以上30日以内の期間） 11,417点 （31日以上60日以内の期間） 11,624点 特定集中治療室管理料３ （７日以内の期間）　7,774点 （８日以上14日以内の期間）　6,191点 （15日以上30日以内の期間）　6,696点 （削る） 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,774点 （８日以上14日以内の期間）　6,191点 （15日以上30日以内の期間）　6,696点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,774点 （８日以上14日以内の期間）　6,391点 （15日以上30日以内の期間）　6,896点 （31日以上60日以内の期間）　7,103点 特定集中治療室管理料５ （７日以内の期間）　6,774点 （８日以上14日以内の期間）　5,191点 （15日以上30日以内の期間）　5,696点 特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　6,774点			ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　12,117点 （８日以上14日以内の期間） 10,739点 （15日以上30日以内の期間） 11,244点 （31日以上60日以内の期間） 11,451点 特定集中治療室管理料３ （７日以内の期間）　7,603点 （８日以上14日以内の期間）　6,024点 （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,603点 （８日以上14日以内の期間）　6,024点 （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,603点 （８日以上14日以内の期間）　6,224点 （15日以上30日以内の期間）　6,729点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 （新設） （新設）	

	（８日以上14日以内の期間）　5,191点 （15日以上30日以内の期間）　5,696点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　6,774点 （８日以上14日以内の期間）　5,391点 （15日以上30日以内の期間）　5,896点 （31日以上60日以内の期間）　6,103点 注１～４　（略） ５　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する病院であって基本診療料の施設基準等第九の三の⑨に規定する基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として基本診療料の施設基準等第九の三の⑩に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。		注１～４　（略） （新設）
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　4,773点 （15日以上21日以内の期間）　5,278点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,134点 （15日以上21日以内の期間）　2,639点 注１・２　（略）	区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　4,761点 （15日以上21日以内の期間）　5,266点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,130点 （15日以上21日以内の期間）　2,635点 注１・２　（略）
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　3,929点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑪に規定する基準に適合しているもの	区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　3,919点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑩に規定する基準に適合しているもの

	卒中ケアユニット入院医療管理料	として地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑿に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	卒中ケアユニット入院医療管理料	として地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
	区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,246点 （８日以上14日以内の期間）　12,140点 （15日以上30日以内の期間）　12,645点 （31日以上55日以内の期間）　12,852点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。	区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,223点 （８日以上14日以内の期間）　12,117点 （15日以上30日以内の期間）　12,622点 （31日以上55日以内の期間）　12,829点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

	２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,468点 （15日以上30日以内の期間）　8,973点 （31日以上110日以内の期間）　9,180点 新生児特定集中治療室管理料２ （14日以内の期間）　6,356点 （15日以上30日以内の期間）　6,861点 （31日以上110日以内の期間）　7,068点	区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,445点 （15日以上30日以内の期間）　8,950点 （31日以上110日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （14日以内の期間）　6,340点 （15日以上30日以内の期間）　6,845点 （31日以上110日以内の期間）　7,052点
区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 （７日以内の期間）　12,423点	（新設）	（新設）
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　5,301点 新生児集中治療室管理料	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　5,287点 新生児集中治療室管理料

中治療室管理料	（14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間） 注　（略）	8,468点 8,973点 9,180点	中治療室管理料	（14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間） 注　（略）	8,445点 8,950点 9,157点
区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上140日以内の期間）	 3,612点 4,117点 4,324点	区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上140日以内の期間）	 3,603点 4,108点 4,315点
区分番号Ａ３０５に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間）	 7,297点 6,536点 6,743点	区分番号Ａ３０５に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間）	 7,277点 6,519点 6,726点
区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料４	 2,691点 3,196点 3,403点 2,159点 2,664点 2,871点 1,733点 2,238点 2,445点 	区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料４	 2,656点 3,161点 3,368点 2,130点 2,635点 2,842点 1,709点 2,214点 2,421点

		（14日以内の期間）　1,094点 （15日以上30日以内の期間）　1,599点 （31日以上の期間）　1,806点 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３又は小児入院医療管理料４を算定しているものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点 ４～６　（略） ７　基本診療料の施設基準等第九の九の⑿に規定する基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を			（14日以内の期間）　1,077点 （15日以上30日以内の期間）　1,582点 （31日以上の期間）　1,789点 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３又は小児入院医療管理料４を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ４～６　（略） （新設）	

	算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注８に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。 ８　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき基本診療料の施設基準等第九の九の⒀に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。

５　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「５に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （３日以内の期間） （４日以上７日以内の期間） （８日以上14日以内の期間）	 8,352点 7,376点 6,018点

	（新設）

５　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「５に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （３日以内の期間） （４日以上７日以内の期間） （８日以上14日以内の期間）	 8,329点 7,356点 6,003点

		（15日以上30日以内の期間）　6,323点 （削る） 救命救急入院料２ （３日以内の期間）　9,931点 （４日以上７日以内の期間）　8,815点 （８日以上14日以内の期間）　7,497点 （15日以上30日以内の期間）　7,802点 （削る） 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　8,352点 （４日以上７日以内の期間）　7,376点 （８日以上14日以内の期間）　6,018点 （15日以上30日以内の期間）　6,323点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　8,352点 （４日以上７日以内の期間）　7,376点 （８日以上14日以内の期間）　6,440点 （15日以上30日以内の期間）　6,745点 （31日以上60日以内の期間）　6,952点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,931点 （４日以上７日以内の期間）　8,815点 （８日以上14日以内の期間）　7,497点 （15日以上30日以内の期間）　7,802点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,931点 （４日以上７日以内の期間）　8,815点			（15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 救命救急入院料２ （３日以内の期間）　9,908点 （４日以上７日以内の期間）　8,792点 （８日以上14日以内の期間）　7,477点 （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　8,329点 （４日以上７日以内の期間）　7,356点 （８日以上14日以内の期間）　6,003点 （15日以上30日以内の期間）　6,308点 （31日以上の期間）　6,515点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　8,329点 （４日以上７日以内の期間）　7,356点 （８日以上14日以内の期間）　6,424点 （15日以上30日以内の期間）　6,729点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,908点 （４日以上７日以内の期間）　8,792点 （８日以上14日以内の期間）　7,477点 （15日以上30日以内の期間）　7,782点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,908点 （４日以上７日以内の期間）　8,792点		

		（８日以上14日以内の期間）	7,497点		（８日以上14日以内の期間） 7,477点
		（15日以上30日以内の期間）	6,745点		（15日以上30日以内の期間） 6,729点
		（31日以上60日以内の期間）	6,952点		（31日以上60日以内の期間） 6,936点
		注１～９　（略）			注１～９　（略）
	区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料
		特定集中治療室管理料１			特定集中治療室管理料１
		（７日以内の期間）	12,490点		（７日以内の期間） 12,317点
		（８日以上14日以内の期間）	10,912点		（８日以上14日以内の期間） 10,739点
		（15日以上30日以内の期間）	11,217点		（15日以上30日以内の期間） 11,044点
		（削る）			（31日以上の期間） 11,251点
		特定集中治療室管理料２			特定集中治療室管理料２
		イ　特定集中治療室管理料			イ　特定集中治療室管理料
		（７日以内の期間）	12,490点		（７日以内の期間） 12,317点
		（８日以上14日以内の期間）	10,912点		（８日以上14日以内の期間） 10,739点
		（15日以上30日以内の期間）	11,217点		（15日以上30日以内の期間） 11,044点
		（削る）			（31日以上の期間） 11,251点
		ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料			ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
		（７日以内の期間）	12,490点		（７日以内の期間） 12,317点
		（８日以上14日以内の期間）	11,112点		（８日以上14日以内の期間） 10,939点
		（15日以上30日以内の期間）	11,417点		（15日以上30日以内の期間） 11,244点
		（31日以上60日以内の期間）	11,624点		（31日以上60日以内の期間） 11,451点
		特定集中治療室管理料３			特定集中治療室管理料３
		（７日以内の期間）	7,974点		（７日以内の期間） 7,803点
		（８日以上14日以内の期間）	6,391点		（８日以上14日以内の期間） 6,224点
		（15日以上30日以内の期間）	6,696点		（15日以上30日以内の期間） 6,529点
		（削る）			（31日以上の期間） 6,736点

		特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,974点 （８日以上14日以内の期間）　6,391点 （15日以上30日以内の期間）　6,696点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,974点 （８日以上14日以内の期間）　6,591点 （15日以上30日以内の期間）　6,896点 （31日以上60日以内の期間）　7,103点 特定集中治療室管理料５ （７日以内の期間）　6,974点 （８日以上14日以内の期間）　5,391点 （15日以上30日以内の期間）　5,696点 特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　6,974点 （８日以上14日以内の期間）　5,391点 （15日以上30日以内の期間）　5,696点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　6,974点 （８日以上14日以内の期間）　5,591点 （15日以上30日以内の期間）　5,896点 （31日以上60日以内の期間）　6,103点 注１～４　（略） ５　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する病院であって基本診療料の施設基準等第九の三の⑨に規定する基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門			特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,803点 （８日以上14日以内の期間）　6,224点 （15日以上30日以内の期間）　6,529点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,803点 （８日以上14日以内の期間）　6,424点 （15日以上30日以内の期間）　6,729点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 （新設） （新設） 注１～４　（略） （新設）	

	的な医療機関として基本診療料の施設基準等第九の三の⑽に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。		
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　4,973点 （15日以上21日以内の期間）　5,278点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,334点 （15日以上21日以内の期間）　2,639点 注１・２　（略）	区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　4,961点 （15日以上21日以内の期間）　5,266点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,330点 （15日以上21日以内の期間）　2,635点 注１・２　（略）
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　4,129点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑿に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室	区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　4,119点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室

	した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,446点 （８日以上14日以内の期間）　12,340点 （15日以上30日以内の期間）　12,645点 （31日以上55日以内の期間）　12,852点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。		区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料 小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,423点 （８日以上14日以内の期間）　12,317点 （15日以上30日以内の期間）　12,622点 （31日以上55日以内の期間）　12,829点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,668点		区分番号Ａ３０２に掲げる新生児	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,645点

特定集中治療室管理料	（15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間） 新生児特定集中治療室管理料２ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間）	8,973点 9,180点 6,556点 6,861点 7,068点	特定集中治療室管理料
区分番号Ａ３０２－２に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 （７日以内の期間）	12,623点	（新設）
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間） 新生児集中治療室管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間） 注　（略）	 5,501点 8,668点 8,973点 9,180点	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間） 新生児集中治療室管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上110日以内の期間） 注　（略）	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料
区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上140日以内の期間）	 3,812点 4,117点 4,324点	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上140日以内の期間）	区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料
区分番号Ａ３０５に掲	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間）	 7,497点	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間）	区分番号Ａ３０５に掲

	げる一類感染症患者入院医療管理料	（15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間）	6,536点 6,743点	げる一類感染症患者入院医療管理料	（15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間）	6,519点 6,726点
	区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料４ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料５ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１	2,891点 3,196点 3,403点 2,359点 2,664点 2,871点 1,933点 2,238点 2,445点 1,294点 1,599点 1,806点 319点 624点 831点	区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料４ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 小児入院医療管理料５ （14日以内の期間） （15日以上30日以内の期間） （31日以上の期間） 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。	2,856点 3,161点 3,368点 2,330点 2,635点 2,842点 1,909点 2,214点 2,421点 1,277点 1,582点 1,789点 312点 617点 824点

		日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点 ４～６　（略） ７　基本診療料の施設基準等第九の九の⑿に規定する基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注８に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。 ８　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき基本診療料の施設			（新設） （新設） ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ４～６　（略） （新設） （新設）	

	基準等第九の九の⒀に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。

６　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（４に規定する病院及び５に規定する病院を除く。以下「６に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （３日以内の期間）　8,414点 （４日以上７日以内の期間）　7,438点 （８日以上14日以内の期間）　6,080点 （15日以上30日以内の期間）　6,338点 （削る） 救命救急入院料２ （３日以内の期間）　9,993点 （４日以上７日以内の期間）　8,877点 （８日以上14日以内の期間）　7,559点 （15日以上30日以内の期間）　7,817点 （削る） 救命救急入院料３

６　３の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（４に規定する病院及び５に規定する病院を除く。以下「６に規定する病院」という。）であって、医科点数表第１章第２部第３節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料 救命救急入院料１ （３日以内の期間）　8,391点 （４日以上７日以内の期間）　7,418点 （８日以上14日以内の期間）　6,065点 （15日以上30日以内の期間）　6,323点 （31日以上の期間）　6,515点 救命救急入院料２ （３日以内の期間）　9,970点 （４日以上７日以内の期間）　8,854点 （８日以上14日以内の期間）　7,539点 （15日以上30日以内の期間）　7,797点 （31日以上の期間）　7,989点 救命救急入院料３

		イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　8,414点 （４日以上７日以内の期間）　7,438点 （８日以上14日以内の期間）　6,080点 （15日以上30日以内の期間）　6,338点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　8,414点 （４日以上７日以内の期間）　7,438点 （８日以上14日以内の期間）　6,502点 （15日以上30日以内の期間）　6,760点 （31日以上60日以内の期間）　6,952点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,993点 （４日以上７日以内の期間）　8,877点 （８日以上14日以内の期間）　7,559点 （15日以上30日以内の期間）　7,817点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,993点 （４日以上７日以内の期間）　8,877点 （８日以上14日以内の期間）　7,559点 （15日以上30日以内の期間）　6,760点 （31日以上60日以内の期間）　6,952点 注１～９　（略）			イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　8,391点 （４日以上７日以内の期間）　7,418点 （８日以上14日以内の期間）　6,065点 （15日以上30日以内の期間）　6,323点 （31日以上の期間）　6,515点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　8,391点 （４日以上７日以内の期間）　7,418点 （８日以上14日以内の期間）　6,486点 （15日以上30日以内の期間）　6,744点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （３日以内の期間）　9,970点 （４日以上７日以内の期間）　8,854点 （８日以上14日以内の期間）　7,539点 （15日以上30日以内の期間）　7,797点 （31日以上の期間）　7,989点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （３日以内の期間）　9,970点 （４日以上７日以内の期間）　8,854点 （８日以上14日以内の期間）　7,539点 （15日以上30日以内の期間）　6,744点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 注１～９　（略）
区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （７日以内の期間）　12,552点 （８日以上14日以内の期間）　10,974点 （15日以上30日以内の期間）　11,232点		区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料１ （７日以内の期間）　12,379点 （８日以上14日以内の期間）　10,801点 （15日以上30日以内の期間）　11,059点

		（削る） 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　12,552点 （８日以上14日以内の期間） 10,974点 （15日以上30日以内の期間） 11,232点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　12,552点 （８日以上14日以内の期間） 11,174点 （15日以上30日以内の期間） 11,432点 （31日以上60日以内の期間） 11,624点 特定集中治療室管理料３ （７日以内の期間）　8,036点 （８日以上14日以内の期間）　6,453点 （15日以上30日以内の期間）　6,711点 （削る） 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　8,036点 （８日以上14日以内の期間）　6,453点 （15日以上30日以内の期間）　6,711点 （削る） ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　8,036点 （８日以上14日以内の期間）　6,653点			（31日以上の期間）　11,251点 特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　12,379点 （８日以上14日以内の期間） 10,801点 （15日以上30日以内の期間） 11,059点 （31日以上の期間）　11,251点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　12,379点 （８日以上14日以内の期間） 11,001点 （15日以上30日以内の期間） 11,259点 （31日以上60日以内の期間） 11,451点 特定集中治療室管理料３ （７日以内の期間）　7,865点 （８日以上14日以内の期間）　6,286点 （15日以上30日以内の期間）　6,544点 （31日以上の期間）　6,736点 特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,865点 （８日以上14日以内の期間）　6,286点 （15日以上30日以内の期間）　6,544点 （31日以上の期間）　6,736点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,865点 （８日以上14日以内の期間）　6,486点	

		（15日以上30日以内の期間）　6,911点 （31日以上60日以内の期間）　7,103点 特定集中治療室管理料５ （７日以内の期間）　7,036点 （８日以上14日以内の期間）　5,453点 （15日以上30日以内の期間）　5,711点 特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　7,036点 （８日以上14日以内の期間）　5,453点 （15日以上30日以内の期間）　5,711点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （７日以内の期間）　7,036点 （８日以上14日以内の期間）　5,653点 （15日以上30日以内の期間）　5,911点 （31日以上60日以内の期間）　6,103点 注１～４　（略） ５　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する病院であって基本診療料の施設基準等第九の三の⑨に規定する基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として基本診療料の施設基準等第九の三の⑩に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。			（15日以上30日以内の期間）　6,744点 （31日以上60日以内の期間）　6,936点 （新設） （新設） 注１～４　（略） （新設）
区分番号Ａ３０１－２に掲げるハ	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　5,035点		区分番号Ａ３０１－２に掲げるハ	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料１ （14日以内の期間）　5,023点	

イケアユニット入院医療管理料	（15日以上21日以内の期間）　5,293点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,396点 （15日以上21日以内の期間）　2,654点 注１・２　（略）
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　4,191点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑿に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,508点 （８日以上14日以内の期間）　12,402点 （15日以上30日以内の期間）　12,660点 （31日以上55日以内の期間）　12,852点

イケアユニット入院医療管理料	（15日以上21日以内の期間）　5,281点 ハイケアユニット入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,392点 （15日以上21日以内の期間）　2,650点 注１・２　（略）
区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間）　4,181点 注１　基本診療料の施設基準等第九の五の⑽に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の⑾に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　14,485点 （８日以上14日以内の期間）　12,379点 （15日以上30日以内の期間）　12,637点 （31日以上55日以内の期間）　12,829点

料	注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。	料	注１　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑹に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。 ２　基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,730点 （15日以上30日以内の期間）　8,988点 （31日以上110日以内の期間）　9,180点 新生児特定集中治療室管理料２ （14日以内の期間）　6,618点 （15日以上30日以内の期間）　6,876点 （31日以上110日以内の期間）　7,068点	区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料１ （14日以内の期間）　8,707点 （15日以上30日以内の期間）　8,965点 （31日以上110日以内の期間）　9,157点 新生児特定集中治療室管理料２ （14日以内の期間）　6,602点 （15日以上30日以内の期間）　6,860点 （31日以上110日以内の期間）　7,052点
区分番号Ａ３０２－２	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	（新設）	（新設）

に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	（７日以内の期間）　12,685点		
区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　5,563点 新生児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　8,730点 （15日以上30日以内の期間）　8,988点 （31日以上110日以内の期間）　9,180点 注　（略）	区分番号Ａ３０３に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　5,549点 新生児集中治療室管理料 （14日以内の期間）　8,707点 （15日以上30日以内の期間）　8,965点 （31日以上110日以内の期間）　9,157点 注　（略）
区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間）　3,874点 （15日以上30日以内の期間）　4,132点 （31日以上140日以内の期間）　4,324点	区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 （14日以内の期間）　3,865点 （15日以上30日以内の期間）　4,123点 （31日以上140日以内の期間）　4,315点
区分番号Ａ３０５に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間）　7,559点 （15日以上30日以内の期間）　6,551点 （31日以上の期間）　6,743点	区分番号Ａ３０５に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 （14日以内の期間）　7,539点 （15日以上30日以内の期間）　6,534点 （31日以上の期間）　6,726点
区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間）　2,953点 （15日以上30日以内の期間）　3,211点	区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料１ （14日以内の期間）　2,918点 （15日以上30日以内の期間）　3,176点

	料	（31日以上の期間）　3,403点 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,421点 （15日以上30日以内の期間）　2,679点 （31日以上の期間）　2,871点 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間）　1,995点 （15日以上30日以内の期間）　2,253点 （31日以上の期間）　2,445点 小児入院医療管理料４ （14日以内の期間）　1,356点 （15日以上30日以内の期間）　1,614点 （31日以上の期間）　1,806点 小児入院医療管理料５ （14日以内の期間）　381点 （15日以上30日以内の期間）　639点 （31日以上の期間）　831点 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管		料	（31日以上の期間）　3,368点 小児入院医療管理料２ （14日以内の期間）　2,392点 （15日以上30日以内の期間）　2,650点 （31日以上の期間）　2,842点 小児入院医療管理料３ （14日以内の期間）　1,971点 （15日以上30日以内の期間）　2,229点 （31日以上の期間）　2,421点 小児入院医療管理料４ （14日以内の期間）　1,339点 （15日以上30日以内の期間）　1,597点 （31日以上の期間）　1,789点 小児入院医療管理料５ （14日以内の期間）　374点 （15日以上30日以内の期間）　632点 （31日以上の期間）　824点 注１　基本診療料の施設基準等第九の九の⑺に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ２　（略） ３　基本診療料の施設基準等第九の九の⑻に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管	

		理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点 ４～６　（略） ７　基本診療料の施設基準等第九の九の⑿に規定する基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注８に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。 ８　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき基本診療料の施設基準等第九の九の⒀に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度とし			理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） ４～６　（略） （新設） （新設）	

	て、156点を所定点数に加算する。

7　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の⑸に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑹に規定する患者に該当する者（４の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	７対１入院基本料　146点 10対１入院基本料　117点

8　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の⑸に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑹に規定する患者に該当する者（５の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本	７対１入院基本料　136点 10対１入院基本料　114点 13対１入院基本料　95点

7　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の⑸に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑹に規定する患者に該当する者（４の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	７対１入院基本料　137点 10対１入院基本料　115点

8　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の⑸に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑹に規定する患者に該当する者（５の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本	７対１入院基本料　133点 10対１入院基本料　112点 13対１入院基本料　94点

料	

9　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑹に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑺に規定する患者に該当する者（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１	135点
	急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	115点
	急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	95点
	急性期一般入院料２	132点
	急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	112点
	急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	92点
	急性期一般入院料３	126点
	急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	107点
	急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	88点
	急性期一般入院料４	117点
	急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算）	99点
	急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料）	82点
	急性期一般入院料５	116点

料	

9　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑹に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑺に規定する患者に該当する者（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１	132点
	急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	112点
	急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	92点
	急性期一般入院料２	130点
	急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	110点
	急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	91点
	急性期一般入院料３	124点
	急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	105点
	急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	87点
	急性期一般入院料４	115点
	急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算）	98点
	急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料）	81点
	急性期一般入院料５	114点

	急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算）　99点 急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料）　81点 急性期一般入院料６　112点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　95点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　79点 地域一般入院料１　94点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）　80点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）　66点 地域一般入院料２　94点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）　80点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）　66点 地域一般入院料３　80点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）　68点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）　56点 特別入院基本料　49点

10　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の⑺に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑻に規定する日（４の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

	急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算）　97点 急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料）　80点 急性期一般入院料６　111点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）　94点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）　77点 地域一般入院料１　93点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）　79点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）　65点 地域一般入院料２　92点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）　78点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）　65点 地域一般入院料３　79点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）　67点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）　55点 特別入院基本料　49点

10　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の⑺に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑻に規定する日（４の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	７対１入院基本料 146点 10対１入院基本料 117点

11　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の⑺に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑻に規定する日（５の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料	７対１入院基本料 136点 10対１入院基本料 114点 13対１入院基本料 95点

12　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑻に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑼に規定する日（６の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	７対１入院基本料 137点 10対１入院基本料 115点

11　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の⑺に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑻に規定する日（５の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料	７対１入院基本料 133点 10対１入院基本料 112点 13対１入院基本料 94点

12　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の⑻に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑼に規定する日（６の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１	135点
	急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	115点
	急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	95点
	急性期一般入院料２	132点
	急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	112点
	急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	92点
	急性期一般入院料３	126点
	急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	107点
	急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	88点
	急性期一般入院料４	117点
	急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算）	99点
	急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料）	82点
	急性期一般入院料５	116点
	急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算）	99点
	急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料）	81点
	急性期一般入院料６	112点
	急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）	95点

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１	132点
	急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	112点
	急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	92点
	急性期一般入院料２	130点
	急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	110点
	急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	91点
	急性期一般入院料３	124点
	急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	105点
	急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	87点
	急性期一般入院料４	115点
	急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算）	98点
	急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料）	81点
	急性期一般入院料５	114点
	急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算）	97点
	急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料）	80点
	急性期一般入院料６	111点
	急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）	94点

	急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料） 79点 地域一般入院料１ 94点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算） 80点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料） 66点 地域一般入院料２ 94点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算） 80点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料） 66点 地域一般入院料３ 80点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算） 68点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料） 56点 特別入院基本料 49点

13　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の⑼に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑽に規定する日（５の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ	７対１入院基本料 85点

	急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料） 77点 地域一般入院料１ 93点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算） 79点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料） 65点 地域一般入院料２ 92点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算） 78点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料） 65点 地域一般入院料３ 79点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算） 67点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料） 55点 特別入院基本料 49点

13　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の⑽に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑾に規定する日（５の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ	７対１入院基本料 83点

１０５に掲げる専門病院入院基本料	10対１入院基本料　71点 13対１入院基本料　60点

14　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の⑷に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑸に規定する日（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１　84点 急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）　72点 急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）　59点 急性期一般入院料２　82点 急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）　70点 急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）　58点 急性期一般入院料３　78点 急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）　67点 急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）　55点

１０５に掲げる専門病院入院基本料	10対１入院基本料　70点 13対１入院基本料　59点

14　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の⑷に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑸に規定する日（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料１　83点 急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）　70点 急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）　58点 急性期一般入院料２　81点 急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）　69点 急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）　57点 急性期一般入院料３　77点 急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）　66点 急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）　54点

		急性期一般入院料４	73点		急性期一般入院料４ 72点 急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算） 61点 急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料） 50点 急性期一般入院料５ 71点 急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算） 61点 急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料） 50点 急性期一般入院料６ 69点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算） 59点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料） 48点 地域一般入院料１ 58点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算） 49点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料） 41点 地域一般入院料２ 58点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算） 49点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料） 40点 地域一般入院料３ 49点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算） 42点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料） 35点 特別入院基本料 30点
		急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算） 62点 急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料） 51点 急性期一般入院料５ 73点 急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算） 62点 急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料） 51点 急性期一般入院料６ 70点 急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算） 60点 急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料） 49点 地域一般入院料１ 59点 地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算） 50点 地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料） 41点 地域一般入院料２ 59点 地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算） 50点 地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料） 41点 地域一般入院料３ 50点 地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算） 43点 地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料） 35点 特別入院基本料 31点		

15　（略） 16　退院の日、第５項第４号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までにおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を調整日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。 17～19　（略） 20　４に規定する病院、５に規定する病院及び６に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、機能評価係数Ⅱ、救急補正係数及び激変緩和係数と、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ｉとを合算して得た係数とする。	15　（略） 16　退院の日、第５項第４号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までにおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を調整日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。 17～19　（略） 20　４に規定する病院、５に規定する病院及び６に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数と、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ｉとを合算して得た係数とする。

別紙４

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和六年六月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（掲示） 第二条の六　（略） ２　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（掲示） 第二条の六　（略） （新設）
（食事療養） 第五条の三　（略） ２～４　（略） ５　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（食事療養） 第五条の三　（略） ２～４　（略） （新設）
（生活療養） 第五条の三の二　（略） ２～４　（略） ５　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（生活療養） 第五条の三の二　（略） ２～４　（略） （新設）
（保険外併用療養費に係る療養の基準等） 第五条の四　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（保険外併用療養費に係る療養の基準等） 第五条の四　（略） ２　（略） （新設）

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

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

患者	氏　名		
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女
	区　分	被保険者	被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称

電　話　番　号

保 険 医 氏 名　㊞

都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	

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

処方	変更不可（医療上必要）	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 リフィル可　□　（　　回）

備考	保険医署名（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

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

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

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

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

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

様式第二号の二（第二十三条関係）

処　　方　　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋　　＿分割の＿回目

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

患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名　印
	生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者

都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	

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

処方	変更不可（医療上必要）	患者希望	（個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。）

備考

保険医署名（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□保険医療機関へ情報提供

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

備考 １．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

２．この用紙は、Ａ列５番を標準とすること。

３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

様式第二号の二

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受付保険薬局情報）

１回目を受け付けた保険薬局

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

調剤年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２回目を受け付けた保険薬局

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

調剤年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３回目を受け付けた保険薬局

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

調剤年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関及び保険医療養担当規則
【令和六年十月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（一部負担金等の受領） 第五条　（略） ２　保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。 ３　（略）	（一部負担金等の受領） 第五条　（略） ２　保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。 ３　（略）

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

【令和六年六月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（掲示） 第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第四条の三第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 2　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（掲示） 第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
（患者負担金の受領） 第四条　（略） 2　保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。	（患者負担金の受領） 第四条　（略） 2　保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。
（保険外併用療養費に係る療養の基準等） 第四条の三　保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。 2　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	（新設）

3　保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則
【令和六年十月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（患者負担金の受領） 第四条　（略） ２　保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。	（患者負担金の受領） 第四条　（略） ２　保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

別紙5

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）

【令和六年六月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（管理者） 第三条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）	（管理者） 第三条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）
（明細書の交付） 第十三条の二　指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、公費負担医療（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成四年厚生省令第五号）第一条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。	（新設）
（指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。	（指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一・二　（略）	一・二　（略）
三　指定訪問看護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。	（新設）
四　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。	（新設）
五～七　（略）	三～五　（略）
（運営規程）	（運営規程）
第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。	第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。
一～六　（略）	一～六　（略）
七　虐待の防止のための措置に関する事項	（新設）
八　（略）	七　（略）
（掲示）	（掲示）
第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（次項において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。	第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。
2　指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）

別紙6

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（掲示）	（掲示）
第二条の六　（略）	第二条の六　（略）
2　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（食事療養）	（食事療養）
第五条の三　（略）	第五条の三　（略）
2～4　（略）	2～4　（略）
5　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（生活療養）	（生活療養）
第五条の三の二　（略）	第五条の三の二　（略）
2～4　（略）	2～4　（略）
5　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（保険外併用療養費に係る療養の基準等）	（保険外併用療養費に係る療養の基準等）
第五条の四　（略）	第五条の四　（略）
2　（略）	2　（略）
3　保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（掲示）	（掲示）

第二十五条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第二十六条の六第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（保険外併用療養費に係る療養の基準等）

第二十六条の六　保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第二十六条の四第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3　保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

第二十五条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2　（略）

（新設）

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準

【令和六年十月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（一部負担金の受領等） 第五条　（略） ２　保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。 （一部負担金の受領等） 第二十六条の四　（略） ２　保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。	（一部負担金の受領等） 第五条　（略） ２　保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。 （一部負担金の受領等） 第二十六条の四　（略） ２　保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。

別紙７

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第一条　健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四条第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～四　（略） 五　医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内（当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術の評価に当たって、当該技術と類似する他の技術の評価、当該医療機器又は体外診断用医薬品を用いた医療の提供の方法その他の当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術に関連する事項と一体的な検討が必要と認められる技術（以下「評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術」という。）を活用した医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給にあっては、保険適用を希望した日から起算して二年以内）に行われるものに限り、第八号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。） 五の二　医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める	第一条　健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四条第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～四　（略） 五　医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。） 五の二　医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める

施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用した再生医療等製品の使用又は支給にあっては、保険適用を希望した日から起算して二年以内）に行われるものに限る。）

六～七の二　（略）

八　医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係るプログラム医療機器の使用又は支給（次の各号に掲げるプログラム医療機器の区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。）

イ　医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項若しくは第二十三条の二の十七第一項の規定による承認（医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた後に、改めて承認を受ける場合（使用目的、効果又は使用方法が変更される場合に限る。）における当該承認に限る。以下「医療機器承認」という。）又は同法第二十三条の二の五第十五項（第二十三条の二の十七第五項において準用する場合を含む。）の規定により承認を受けた事項の一部を変更しようとする場合（使用目的、効果又は使用方法を変更しようとする場合に限る。）における承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）を受けようとする、又は受けた者が製造販売した当該医療機器承認若しくは医療機器一部変更承認に係るプログラム医療機器（保険適用を希望するものに限る。）であって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの　⑴の条件及び⑵の期間

⑴　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において、別に厚生労働大臣が定める条件

⑵　保険適用を希望した日から起算して二百四十日が経過す

施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。）

六～七の二　（略）

（新設）

るまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間

ロ　現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの　(1)の条件及び(2)の期間

(1)　別に厚生労働大臣が定める条件

(2)　当該申請を行った日から起算して二百四十日が経過するまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間

第二条　健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。

一～十一　（略）

十二　主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用

十三　間歇（かん）スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）

十四　医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解

第二条　健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。

一～十一　（略）

（新設）

（新設）

（新設）

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養
【令和六年十月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第二条　健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～十四　（略） 十五　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品等（昭和四十二年九月三十日以前の薬事法の規定による製造の承認（以下この号において「旧承認」という。）に係る医薬品であって、当該医薬品とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有するものとして、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（旧承認を含む。）がなされたものがあるものを含む。）であって別に厚生労働大臣が定めるものの処方等又は調剤に係る療養（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	第二条　健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～十四　（略） （新設）

別紙８

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【令和六年十月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別表第二 （略） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養 （略） 上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数	別表第二 （略） （新設） （略） （新設）

別紙９

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
別表 　食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一　食事療養 　１　入院時食事療養⑴（１食につき） 　　⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　670円 　　⑵　流動食のみを提供する場合　605円 　　注　（略） 　２　入院時食事療養⑵（１食につき） 　　⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　536円 　　⑵　流動食のみを提供する場合　490円 　　注　（略） 第二　生活療養 　１　入院時生活療養⑴ 　　⑴　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） 　　イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合　584円 　　ロ　流動食のみを提供する場合　530円 　　⑵　（略） 　　注　（略） 　２　入院時生活療養⑵ 　　⑴　食事の提供たる療養（１食につき）　450円 　　⑵　（略） 　　注　（略）	別表 　食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一　食事療養 　１　入院時食事療養⑴（１食につき） 　　⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　640円 　　⑵　流動食のみを提供する場合　575円 　　注　（略） 　２　入院時食事療養⑵（１食につき） 　　⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　506円 　　⑵　流動食のみを提供する場合　460円 　　注　（略） 第二　生活療養 　１　入院時生活療養⑴ 　　⑴　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） 　　イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合　554円 　　ロ　流動食のみを提供する場合　500円 　　⑵　（略） 　　注　（略） 　２　入院時生活療養⑵ 　　⑴　食事の提供たる療養（１食につき）　420円 　　⑵　（略） 　　注　（略）

中医協　総－３－１
６．２．１４

薬価算定の基準について（案）

目次

第１章　定義
第２章　新規収載品の薬価算定
　第１部　新薬の薬価算定
　　第１節　類似薬がある新薬の場合
　　第２節　類似薬がない新薬の場合
　第２部　新規後発品の薬価算定
　第３部　新規収載品の薬価算定の特例
第３章　既収載品の薬価の改定
　第１節　市場実勢価格加重平均値調整幅方式
　第２節　新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い
　第３節　長期収載品の薬価の改定
　第４節　再算定
　第５節　条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例
　第６節　後発品等の価格帯
　第７節　低薬価品の特例
　第８節　新薬創出・適応外薬解消等促進加算
　第９節　既収載品の薬価改定時の加算
　第 10 節　既収載品の外国平均価格調整
　第 11 節　費用対効果評価
第４章　実施時期等
別表

第１章　定義

１　薬価

薬価とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）が薬剤の支給に要する単位（以下「薬価算定単位」という。）あたりの平均的な費用の額として銘柄毎に定める額をいう。

ただし、複数の薬剤について、次のいずれかに該当する場合には、別の銘柄として薬価算定は行わない。

（１）組成（有効成分又は有効成分の組合せ及びその配合割合をいう。以下同じ。）、剤形、規格及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」と

いう。）第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認（以下単に「承認」という。）を受けた者（以下「製造販売業者」という。）の全てが同一である場合

（２）組成、剤形及び規格が同一であって、製造販売業者が異なる薬剤のうち、当該製造販売業者の関係が次のいずれかの要件を満たす場合

イ　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第１号）第69条（同規則第111条において準用する場合を含む。）の規定における承認取得者と承認取得者の地位を承継する者の関係であったこと。

ロ　「医薬品等の製造（輸入）承認の取扱いについて」（昭和61年薬発第238号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

ハ　「医薬品等の製造承認、輸入承認及び外国製造承認の取扱いについて」（昭和62年薬発第821号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

（３）組成、剤形及び規格が同一の日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、生薬その他の薬剤であって、当該薬剤の保険医療機関等における使用状況、購入状況その他の状況からみて、製造販売業者の違いに応じ別に薬価を定める必要性が乏しいと認められる場合

２　一日薬価

一日薬価とは、承認された用法及び用量（以下単に「用法及び用量」という。）に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

３　一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日平均の数量をいう。

４　投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

５　剤形区分

剤形区分とは、別表１に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

６　薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

7　薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

8　新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

9　新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

イ　医薬品医療機器等法第14条の４第１項（同法第19条の４において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとされた新規収載品

ロ　組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のものとみなす。）の既収載品（イの新規収載品として薬価収載されたもの（薬価収載された後、薬価基準から削除されたものを含む。）に限る。）がある新規収載品

10　新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品（バイオ後続品を含む。）をいう。

11　汎用新規収載品

汎用新規収載品とは、次の新規収載品のうち、有効成分量を基に計算した年間販売量（以下単に「年間販売量」という。）が、規格別にみて最も多くなると見込まれる規格のものをいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一であって、規格が異なる類似薬（15に定義する類似薬をいう。）がない新規収載品

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者がイの新規収載品と同一であって、規格が異なる新規収載品（効能又は効果が類似するものに限る。）

12　非汎用新規収載品

非汎用新規収載品とは、汎用新規収載品以外の新規収載品をいう。

13　既収載品

既収載品とは、既に薬価収載されている銘柄をいう。

14　汎用規格

汎用規格とは、組成及び剤形が同一の類似薬（15 に定義する類似薬をいう。）の年間販売量を、規格別にみて、最もその合計量が多い規格をいう。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮

しない。

15　類似薬

類似薬とは、次の既収載品をいう。

イ　既収載品のうち、次に掲げる事項からみて類似性があると認められるもの。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

（イ）効能又は効果

（ロ）薬理作用

（ハ）組成及び化学構造式

（ニ）投与形態、剤形区分、剤形及び用法

ロ　新薬の薬価算定においては、イの既収載品のうち、新薬として薬価収載されたものに限るものとする。ただし、既収載品に類似性があると認められる新薬がない場合であって、必要と認められる場合は、イの既収載品のうち、新規後発品として薬価収載されたもの以外の既収載品を含むものとする。

16　最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項（新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められるときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

17　薬理作用類似薬

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ　同一の効能又は効果を有するものであって、当該効能又は効果に係る薬理作用が類似しているものであること。

ロ　投与形態が同一であること。

18　比較薬

比較薬とは、新規収載品の薬価算定上の基準となる既収載品をいう。

ただし、新薬の薬価算定においては、第３章第３節２（２）に規定するＧ１品目又はＧ２品目は原則として比較薬とはせず、当該品目の有効成分を配合成分に含む新医療配合剤や当該品目と組成が同等（組成が同一であるもののほか、有効成分の塩が異なるなど類似性を有するものをいう。以下同じ。）で投与経路が異なる新薬等、必要と認められる場合に比較薬とする。Ｇ１品目又はＧ２品目を比較薬とする場合（新医療用配合剤の薬価算定を行う場合を除く。）にあっては、第３章第３節２（２）の規定が初めて適用された薬価改定における

改定前薬価を比較薬の薬価とみなす。

19　剤形間比

剤形間比とは、剤形が新規収載品と同一の汎用規格の既収載品及び剤形が比較薬と同一の汎用規格の既収載品（剤形が新規収載品と同一の当該既収載品と組成及び製造販売業者が同一であるものに限る。）との、有効成分の含有量あたりの薬価の比をいう。

20　類似薬効比較方式（Ⅰ）

類似薬効比較方式（Ⅰ）とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新規収載品の薬価とする算定方式をいう。

イ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が同一である場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能又は効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が異なる場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能又は効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額に、類似薬の剤形間比（剤形間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の剤形間比とし、類似薬に剤形間比がない場合には１（必要があると認められる場合は、剤形区分間比（19 中「剤形」とあるのを「剤形区分」と読み替えたものをいう。））とする。）を乗じて得た額

21　類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、新規性に乏しい新薬の主たる効能又は効果に係る薬理作用類似薬（汎用規格のものに限る。この号において同じ。）を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額（新規収載品が新薬創出等加算（第３章第８節１（１）に規定する新薬創出等加算をいう。以下同じ。）の対象外である場合であって、当該額の算出の対象となった医薬品が新薬創出等加算を受けている場合又は第３章第２節に規定する品目である場合（控除が行われた場合を除く。）は、新薬創出等加算の累積額に相当する額又は第３章第２節の規定により当該額の算出の対象となった医薬品が控除すべき額に相当する額を控除した額により求めた額）を新薬の薬価とする算定方式をいう。

なお、次の各号に規定する期間については、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して計算する。

（１）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬がある場合

イ　当該新薬の一日薬価と次のいずれか低い額とが同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去６年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

（２）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬がない場合

イ　当該新薬の一日薬価と、直近に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価とが、同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去 20 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能又は効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

22　原価計算方式

原価計算方式とは、薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価に、販売費及び一般管理費、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を薬価とする算定方式をいう。

この場合において、当該算定について、日本以外の国への輸出価格の状況等の資料の提出があった場合は、日本を含む各国（原則として、アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスとする。）への輸出価格のうち最低の価格を日本への輸出価格とみなす。ただし、合理的な理由がある場合には、各国への輸出価格の平均価格又は２番目に低い価格等を日本への輸出価格とみなすことができる。

また、営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性の程度に応じて、平均的な営業利益率の－50％～０％の範囲内の値を用いることとする。

なお、平均的な営業利益率等の係数については、前年度末時点で得られる直近３か年の平均値を用いることとする。ただし、販売費及び一般管理費の係数については、希少疾病用医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）等について、平均的な係数を超えて計算することが妥当とされる場合を除き、次のいずれにも該当する新薬については、販売費及び一般管理費の上限を 70％とする。

イ　原価計算において、製品総原価に対する薬価算定組織での開示が可能な額の割合（開示度）が 80％以上であり、その妥当性が確認できること

ロ　バイオ医薬品でないこと。または、バイオ医薬品であって、販売費及び一般管理費のうち研究開発費のみで平均的な係数を超えるものであること（ピーク時予測売上高が 50 億円未満の場合に限る。）。

また、再生医療等製品（医薬品の例により取り扱うものに限る。以下同じ。）の流通経費は、実費を勘案し計算された額とし、平均的な係数により計算された額を超えないこととする。

23　補正加算

補正加算とは、次に掲げる画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、特定用途加算、小児加算、先駆加算及び迅速導入加算をいう。

24　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ　類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

25　有用性加算（Ⅰ）

有用性加算（Ⅰ）とは、画期性加算の３つの要件のうち２つの要件を満たす新規収載品（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

26　有用性加算（Ⅱ）

有用性加算（Ⅱ）とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品（画期性加算又は有用性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
ロ　類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
ニ　製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

27　市場性加算（Ⅰ）
市場性加算（Ⅰ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。
イ　希少疾病用医薬品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能又は効果が当該新規収載品の主たる効能又は効果であること。
ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと。

28　市場性加算（Ⅱ）
市場性加算（Ⅱ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）、特定用途加算又は小児加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。
イ　当該新規収載品の主たる効能又は効果が、日本標準商品分類に定められている薬効分類のうち、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。
ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと。

29　特定用途加算
特定用途加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。
イ　特定用途医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）であること。
ロ　当該新規収載品の比較薬が特定用途加算の適用を受けていないこと。

30　小児加算
小児加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）又は特定用途加算の対象となるもの及び国内で小児効能に係る臨床試験を実施しておらず、かつ、小児用製剤など、小児に対して臨床使用上適切な製剤が供給されないものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。
イ　当該新規収載品の主たる効能又は効果又は当該効能又は効果に係る用法及

び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれていること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が特定用途加算（小児の疾病の治療等に係る指定を受けた特定用途医薬品について当該加算の対象となった場合に限る）又は小児加算の適用を受けていないこと。ただし、「成人を対象とした医薬品の開発期間中に行う小児用医薬品の開発計画の策定について」（令和６年１月12 日付け医薬薬審発 0112 第３号厚生労働省医薬局医薬品審査管理課長通知）に基づき独立行政法人医薬品医療機器総合機構の確認を受けた小児用医薬品の開発計画に基づき遅滞なく開発が進められ、承認を受けた品目については、この限りでない。

31　先駆加算

先駆加算とは、先駆的医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により指定されたものをいい、先駆け審査指定制度の対象品目として厚生労働省に指定された品目を含む。以下同じ。）である新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、本加算の適用を受け算定された既収載品を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される場合には、本加算額を控除した額を比較薬の薬価とみなす。

32　迅速導入加算

迅速導入加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（先駆加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、本加算の適用を受け算定された既収載品を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される場合には、本加算額を控除した額を比較薬の薬価とみなす。

イ　国際共同試験（日本において臨床試験が実施されている場合に限る。）により開発された品目又は日本以外の国と同時若しくは日本以外の国より先に臨床試験を実施して開発された品目

ロ　医薬品医療機器等法第 14 条第 10 項の規定に基づき優先審査の対象となった品目

ハ　その効能又は効果に関し、承認申請がアメリカ合衆国及び欧州（以下「欧米」という。）より早い又は欧米において最も早い承認申請から６ヶ月以内の品目

ニ　その効能又は効果に関し、承認が欧米より早い又は欧米で最も早い承認から６ヶ月以内の品目

33　外国平均価格

組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフラン

スに限る。以下同じ。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格（アメリカ合衆国についてはメディケア又はメディケイドにおける価格表に収載されている価格。いずれにも収載されている場合は、それらの平均価格）をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。ただし、外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の２分の５倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額（外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国のみある場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格）を、また、外国の薬剤の国別の価格が３ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の２倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の２倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

34　外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格がある場合（33 のただし書により、外国平均価格調整に当たって外国平均価格とみなすこととした場合は、当該外国平均価格）において、次の各号に掲げる区分に従い、別表３に定めるところにより調整する方式をいう。

（１）類似薬効比較方式（Ｉ）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の４分の５に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次の全ての要件に該当するものを除く。

イ　医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（以下「未承認薬等検討会議」という。）における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要請又は公募した新規収載品であること。

ロ　外国（外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国以上ある場合は、承認日が直近のもの）での承認後 10 年を経過したものであること。

ハ　算定値が外国平均価格の３倍を上回ること（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）。

（２）類似薬効比較方式（Ｉ）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の４分の３に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される

場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次のいずれかに該当する場合を除く。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

（イ）汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ロ）汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を下回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を上回る場合

（ハ）一の非汎用新規収載品（以下「特定非汎用新規収載品」という。）の算定値が特定非汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、特定非汎用新規収載品以外の非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ニ）非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額を下回り、かつ、汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額以上である場合

ロ　外国平均価格が１ヶ国のみの価格に基づき算出されることとなる場合

35　規格間調整

規格間調整とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する薬価及び有効成分の含有量の関係と、非汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係とが、別表４に定める当該非汎用新規収載品の類似薬の規格間比と同じとなるように非汎用新規収載品の薬価を算定する調整方式をいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がない場合　汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合　最類似薬の薬価及び有効成分の含有量の関係

36　市場実勢価格加重平均値調整幅方式

市場実勢価格加重平均値調整幅方式とは、薬剤の市場実勢価格、消費税率及び薬剤流通の安定性を考慮した別表５に定める算式により行う原則的な薬価の改定方式をいう。

第２章　新規収載品の薬価算定

第１部　新薬の薬価算定

第１節　類似薬がある新薬の場合

1　新薬が補正加算の対象となる場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬（以下「新薬算定最類似薬」という。）を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ただし、新薬算定最類似薬が、当該新薬と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の場合を除く。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

2　新薬が補正加算の対象にならない場合

（１）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能又は効果に係るものに限る。）がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過

去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能又は効果に係るものに限る。）の組成の種類が３以上である場合には、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ハ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ニ　規格間調整

イ又はロ及びハに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ又はロ及びハにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

（２）組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能又は効果に係るものに限る。）がある場合

①　組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

（イ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額

（ロ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

②　組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

第２節　類似薬がない新薬の場合

イ　薬価算定の原則

原価計算方式によって算定される額（補正加算の対象となる場合は、当該補正加算を行った額）を新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

第２部　新規後発品の薬価算定

１　新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100 分の 50 を乗じて得た額を当該新規後発品の薬価とする。ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能又は効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が７を超える場合は、100 分の 40 を乗じて得た額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ　バイオ後続品等に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100 分の 70 を乗じて得た額（ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能又は効果が当該新規後発品と類似してい

るものに限る。）の銘柄数が 10 を超える場合は、100 分の 60 を乗じて得た額）に、当該バイオ後続品の製造販売業者が承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100 分の 10 を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ただし、当該新規収載品が、先発品と組成及び剤形区分が同一のバイオ医薬品（バイオ後続品を除く。）である後発品の場合は、臨床試験の充実度に応じた加算は行わないものとする。

ハ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ　規格間調整

イからハまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ホ　薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100 分の 50（イのただし書に該当する場合は、100 分の 40）を乗じて得た額（当該新規後発品がバイオ後続品等に係る特例又は有用性加算（Ⅱ）の適用を受ける場合には、適用後の額）を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ヘ　最類似薬が新薬創出等加算を受けたことがあり、新薬創出等加算の累積額の控除を受けていない場合又は最類似薬が第３章第２節に規定する品目であり、同規定に基づく控除を受けていない場合は、最類似薬の薬価から、新薬創出等加算の累積額又は第３章第２節の規定により控除すべき額を控除した額を当該最類似薬の薬価とみなして、イからホまでの規定を適用する。

２　新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がある場合

（１）新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該類似薬が複数となる場合には、薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ　薬価算定の特例

次の（イ）から（ハ）に掲げる内用薬について合計した銘柄数が初めて10 を超える場合には、次の（ロ）に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、１のイのただし書に該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とする。

（イ）当該新規後発品

（ロ）組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品

（ハ）当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能又は効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

（２）新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

当該新規後発品の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該最類似薬が複数となる場合には一日薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ　有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬

価とする。

第３部　新規収載品の薬価算定の特例

１　キット製品である新規収載品の薬価算定

イ　キット製品に係る特例

第１部及び前部の規定に関わらず、キット製品（「注射剤に溶解液等を組み合わせたキット製品等の取扱いについて」（昭和 61 年薬審２第 98 号）に規定するキット製品をいう。以下同じ。）である新規収載品の薬価は、当該キット製品に含まれる薬剤について第１部又は前部の規定により算定される額に、薬剤以外の部分のうちキット製品としての特徴をもたらしている部分の製造販売に要する原材料費を加えた額とする。

ロ　有用性の高いキット製品の薬価算定の特例

当該キット製品が次のいずれかの要件を満たす場合（既収載品のキット製品と比較して、キットの構造、機能に新規性が認められる場合に限る。）には、イにより算定される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を当該キット製品の薬価とする。

（イ）既収載品（キット製品である既収載品を除く。以下この号において同じ。）を患者に投与する場合に比して、感染の危険を軽減すること

（ロ）既収載品を患者に投与する場合に比して、調剤時の過誤の危険を軽減すること

（ハ）既収載品を患者に投与する場合に比して、救急時の迅速な対応が可能となること

（ニ）既収載品を患者に投与する場合に比して、治療の質を高めること

２　類似処方医療用配合剤の薬価算定

イ　類似処方医療用配合剤の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものに限る。）である新規収載品の薬価は、新薬又は類似処方医療用配合剤として薬価収載された最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（処方の類似性が同様である最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該類似処方医療用配合剤の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該類似処方医療用配合剤の有効成分の含有量
（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

ハ　最類似薬がイに規定する類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものを除く。）に該当する医療用配合剤については、第１部及び前部の規定に関わらず、類似薬効比較方式（Ⅰ）により算定される額に 100 分の 70 を乗じて得た額を当該医療用配合剤の薬価とする。

３　規格間調整のみによる新薬の薬価算定
イ　算定の特例
第１部第１節２（２）②の規定の適用を受けたもののうち、当該新薬が次の（イ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を、当該新薬が次の（ロ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める小児加算の算式を準用して算定される額を加えた額を当該新薬の薬価とする。
（イ）類似薬に比して、投与回数の減少等高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。
（ロ）第１章 29 の特定用途加算又は 30 の小児加算の要件。

４　不採算品再算定の要件に該当する既収載品について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品の薬価算定
イ　算定の特例
第３章第７節２の不採算品再算定の要件に該当する既収載品（製造販売業者が同一のものに限る。）について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品であって、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

５　新医療用配合剤の薬価算定
（１）特例の対象となる新医療用配合剤
本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するものとする。ただし、抗 HIV 薬並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかな注射用配合剤及び外用配合剤を除く。
イ　当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品（配合剤（単剤が薬価収載されていない有効成分を含有する配合剤に限る。）を含む。以下「単剤等」という。）があること（ただし、薬価基準に収載されていない有効成分のうち、一般用

医薬品の有効成分等新規性がないと判断される有効成分が配合されている場合には、当該有効成分についてはこの限りでない）。

ロ　効能又は効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤等の効能又は効果の組合せと同様であると認められること（薬価基準に収載されていない有効成分に係る効能又は効果を除く。）。

ハ　当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全ての単剤等の投与形態が同一であること。

（２）新医療用配合剤の特例

①　新医療用配合剤に係る全ての単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ　単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イにより算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

②　新医療用配合剤に係る単剤等の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療

用配合剤の薬価とする。

（イ）新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤等を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤等を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（ロ）次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（い）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がある有効成分について、当該単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額

（ろ）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額

ロ　単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

③　新医療用配合剤に係る単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（補正加算の対

象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ　単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

④　有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ　算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

⑤　薬価基準に収載されていない有効成分が配合された新医療用配合剤であって、当該有効成分に新規性が認められない場合

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、薬価基準に収載されていない有効成分が配合されていない新医療用配合剤とみなして、①～④のいずれかにより算定する。

6　臨床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤の薬価算定

第１部及び前部の規定に関わらず、臨床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤（抗HIV薬を除く。）については、第１部第１節の規定により算定される額が当該比較薬の単剤等ごとの一日薬価の合計額を超える場合には、当該合計額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

7　組成及び投与形態が同一で効能又は効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能又は効果が異なる既収載品がある新薬（未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要請又は公募した医薬品等及び主たる効能又は効果又は当該効能又は効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を超える場合には、当該類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

8　ラセミ体又は先行品が存在する新薬の薬価算定

（１）特例の対象となる新薬

本号の対象となる新薬は、次のいずれかの要件に該当するものとする。

イ　光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能又は効果等に大きな違いがないもの。

ただし、光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている場合を除く。

ロ　製造販売業者、主たる効能又は効果、薬理作用、投与形態並びに臨床上の位置付けが同一、又は同一とみなせる既収載品（以下「先行品」という。）があり、当該先行品の薬価収載の日から５年を経過した後に薬価収載されるもの。

ただし、補正加算に該当する場合又は開発の経緯や臨床試験等から臨床的意義が認められる場合を除く。

（２）ラセミ体又は先行品が存在する新薬の特例

イ　算定の特例

第１部の規定に関わらず、当該ラセミ体の既収載品又は当該先行品を比較薬とした類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新薬の薬価とする。ただし、類似薬効比較方式（Ⅱ）の要件にも該当し、当該算定額がより低い場合は、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

９　最低薬価を下回る新規収載品の薬価算定の特例

第１部、第２部又は前号の規定によって算定される額が、別表９の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、同部の規定に関わらず、原則として、最低薬価を当該新規収載品の薬価とする。

第３章　既収載品の薬価の改定

薬価改定においては、改定前の薬価に対して、次の第１節から第 11 節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

第１節　市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式（別表５）により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第２節　新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い

新規に薬価収載された際に新薬創出等加算の対象外であった場合であって、以下のいずれかを比較薬として算定された品目（類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定された品目を除く。）は、薬価収載の日から４年を経過した後の最初の薬価改定の際、薬価収載された時点における比較薬の新薬創出等加算の累積額に相当する額又は本規定により比較薬が控除すべき額に相当する額を控除する。ただし、現に新薬創出等加算の対象となっている場合又は薬価改定に際し、新薬創出等加算の対象となる場合はこの限りでない。

（イ）新薬創出等加算を受けたことのある既収載品（第８節２の控除が行われたものを除く。）

（ロ）本節に規定する品目（本規定による控除が行われたものを除く。）

第３節　長期収載品の薬価の改定

１　後発品への置換えが進まない既収載品の薬価の改定

（１）対象品目

本規定の対象品目は、医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 10 月１日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。以下「先発品」という。）であって、当該先発品に係る最初の後発品（当該先発品と組成及び剤形区分が同一のもので最も早く薬価収載された類似薬をいう。以下同じ。）の新規収載後５年を経過し、10 年を経過しないもののうち、後発品置換え率（組成及び剤形区分が同一である類似薬のうち後発品であるものへの数量ベースでの置換え率をいう。以下同じ。）が 80％未満であって、次のいずれにも該当しないものとする。

イ　日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ　生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ　漢方製剤及び生薬

ニ　希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ　第７節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品

ヘ　後発品価格（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬のうち後発品であるものの価格をいう。以下同じ。）のうち最も低いものを下回る医薬品

（２）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に対して、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を引き下げる。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

イ　後発品置換え率が 60％未満　100 分の２

ロ　後発品置換え率が 60％以上 80％未満　100 分の 1.75

２　後発品収載後 10 年を経過した長期収載品の後発品価格への引下げ

（１）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

①　先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過したもののうち、次のいずれにも該当しないもの。

イ　日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ　生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ　漢方製剤及び生薬

ニ　希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ　第７節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品

ヘ　後発品価格のうち最も低いものを下回る医薬品

②　先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過していないもののうち、令和２年度薬価改定以降の薬価改定において後発品置換え率が 80％以上であったもので、それ以降の薬価改定（令和３年度薬価改定及び令和５年度薬価改定を除く。）において改めて後発品置換え率が 80％以上であることが確認され、かつ、①のイからヘまでのいずれにも該当しないもの。

（２）薬価の改定方式

①　後発品への置換えが進んでいるもの（Ｇ１）

（１）①に該当する品目のうち、最初の後発品の収載後 10 年が経過した以降に後発品置換え率が 80％以上になったもの又は（１）②に該当する品目（先発品と後発品の効能又は効果が同一でないものを除く。以下「Ｇ１品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に引き下げる。

ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。また、下記②に規定するＧ２品目に該当したことのある品目については、次に掲げる各倍率については、②のイからヘまでの適用されたことのある倍率のうち最も低い倍率を上限とする。

イ　Ｇ１品目に該当してから初めて薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。以下、この（２）において同じ。）を受けるもの　後発品価格の加重平

均値の2.5倍

ロ　Ｇ１品目に該当してから２年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の２倍

ハ　Ｇ１品目に該当してから４年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の1.5倍

ニ　Ｇ１品目に該当してから６年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値

②　後発品への置換えが困難なもの（Ｇ２）

（１）に該当する品目のうち、Ｇ１品目以外のもの（以下「Ｇ２品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

イ　Ｇ２品目に該当してから初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の2.5倍

ロ　Ｇ２品目に該当してから２年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の2.3倍

ハ　Ｇ２品目に該当してから４年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の2.1倍

ニ　Ｇ２品目に該当してから６年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の1.9倍

ホ　Ｇ２品目に該当してから８年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の1.7倍

ヘ　Ｇ２品目に該当してから 10 年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの　後発品価格の加重平均値の1.5倍

（３）補完的な引下げ（Ｃ）

（２）の規定により算定される額が、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額を上回る品目については、（２）の規定に関わらず、当該各号に掲げる額に改定する。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

また、バイオ医薬品については、（２）の規定は適用せず、本規定を適用することとする。ただし、第２章第２部１ロに該当する後発品が収載されたバイオ医薬品については、（２）の規定及び本規定のいずれも適用する。

イ　後発品置換え率が60％未満　本規定の適用前の価格から、当該額に100分の２を乗じて得た額を控除した額

ロ　後発品置換え率が 60％以上 80％未満　本規定の適用前の価格から、当該額に100分の1.75を乗じて得た額を控除した額

３　既収載の内用配合剤の薬価の改定の特例

（１）対象品目

本規定の対象品目は、第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる内用配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤等（当該既収載配合剤の比較薬に限る。）が第３節１又は２に該当するものとする。

（２）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

イ　当該内用配合剤の収載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤等について薬価改定後の額を反映し、算定した額

ロ　本規定を適用しなかった場合の薬価改定後の額

４　円滑実施措置

本節２の規定の適用について次に掲げる措置を講じる。

（１）品目ごとに、本規定の適用による引下げ率（本規定の適用前の価格からの本規定の適用後の価格への変化率をいう。以下同じ。）が 50%を超えるものについては、50%を上限として本規定を適用する。

（２）企業ごとに、本規定の適用による影響率（当該企業の医療用医薬品の総売上に対する、本規定の適用により減少すると見込まれる売上の割合をいう。）が５％を超える企業については、当該企業の本規定の適用を受ける全ての品目については、本規定の適用による引下げ率が、次の円滑実施係数を乗じた率となるように本規定を適用する。

$$\text{円滑実施係数} = \frac{\text{影響率} \times 0.5 + 2.5\%}{\text{影響率}}$$

第４節　再算定

次に掲げる再算定のいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

１　市場拡大再算定

（１）市場拡大再算定対象品

次の要件の全てに該当する品目（以下「市場拡大再算定対象品」という。）については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額となる場合は、当該額に改定する。

イ　次のいずれかに該当する既収載品

（イ）薬価収載される際、原価計算方式により薬価算定された既収載品

（ロ）薬価収載される際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたも

のであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ　薬価収載の日（医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項の規定に基づき効能又は効果の変更（以下「効能変更等」という。）が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品

ハ　次のいずれかに該当する既収載品

（イ）年間販売額（組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬（以下「同一組成既収載品群」という。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額をいう。以下同じ。）が 150 億円を超え、基準年間販売額の２倍以上となるもの

（ロ）年間販売額が 100 億円を超え、基準年間販売額の 10 倍以上となるもの（（イ）を除き、原価計算方式により算定された既収載品に限る。）

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

①　薬価収載の日から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大再算定（（３）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は３に規定する用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額とする。

②　効能変更等の承認があった場合であって、薬価収載の日から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）後の場合

基準年間販売額は、効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更等の承認後に限る。）に市場拡大再算定（（３）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額

の合計額とする。

（２）市場拡大再算定の特例

次の全ての要件に該当する既収載品（以下「特例拡大再算定対象品」という。）については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改定する。また、（１）に該当する既収載品については、（１）又は（２）のいずれか低い額とする。

イ　薬価収載の日（効能変更等が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日）から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）を受けていない既収載品

ロ　次のいずれかに該当する既収載品

（イ）年間販売額が 1,500 億円を超え、基準年間販売額の 1.3 倍以上となるもの

（ロ）年間販売額が 1,000 億円を超え、基準年間販売額の 1.5 倍以上となるもの（（イ）を除く。）

（３）類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表６に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改定することとし、（１）又は（２）に該当する既収載品については、（１）又は（２）により算定される額とする。

①　市場拡大再算定の場合

次のいずれかに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定類似品」という。）

イ　当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ　市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

②　市場拡大再算定の特例の場合

特例拡大再算定対象品の薬理作用類似薬であって、次のいずれかに該当する既収載品（以下「特例拡大再算定類似品」という。）

イ　薬価収載の際の比較薬が当該特例拡大再算定対象品である既収載品

ロ　薬価収載の際の比較薬が特例拡大再算定類似品である既収載品

ハ　特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、特例拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

ただし、次のとおり取り扱うこととする。

イ　特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品として改定を受けた品目は、当該改定の適用日の翌日から起算して４年を経過する日までの間、一回に限り、①又は②に該当した場合であっても、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わないものとする。

ロ　中央社会保険医療協議会であらかじめ特定した領域に該当する品目は、①又は②に該当した場合であっても、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わないものとする。

２　効能変化再算定

（１）主たる効能変化品の再算定

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表７に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表７の１（１）に該当する場合は本規定を適用しない。

イ　効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能又は効果の変更と認められる既収載品

ロ　当該変更後の主たる効能又は効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がある既収載品

（２）主たる効能変化品の再算定の特例

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（以下「特例効能変化再算定対象品」という。）については、別表７に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表７に定めるところにより算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合は本規定を適用しない。

イ　効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能又は効果の変更と認められる既収載品

ロ　当該変更後の主たる効能又は効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がない既収載品

ハ　当該変更後の主たる効能又は効果と同一又は類似する効能又は効果を有する既収載品であって、治療上の位置づけ等が類似するもの（以下「参照薬」という。）があり、当該変更後の主たる効能又は効果に係る一日薬価が、参照薬の一日薬価の 10 倍以上となるもの

ニ　参照薬の年間販売額が 150 億円以上である既収載品

ホ　主たる効能又は効果の変更に伴い適用対象患者が現に使用されている患者

数から最大で 10 倍以上に拡大すると認められる既収載品であって、適用対象患者が最大で５万人以上と認められる既収載品

ヘ　当該変更後の主たる効能又は効果が根治的治療法に該当する既収載品、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗 HIV の効能又は効果を追加した既収載品でないこと。

（３）主たる効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表７に定める算式より算定される額に改定する。

イ　主たる効能変化品（特例効能変化再算定対象品を含む。以下、本節において同じ。）と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品（主たる効能変化品と同様の効能変更等があったものに限る。）

ロ　（１）又は（２）の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更等があった既収載品

３　用法用量変化再算定

（１）用法用量変化再算定の原則

医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項の規定に基づき、主たる効能又は効果に係る用法及び用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能又は効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品については、市場規模が 100 億円を超え、かつ、市場規模が効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和５年度薬価改定を除く。）の時点における年間販売額（同一組成既収載品群の年間販売額をいう。）から 10 倍以上となった場合に、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

これらの規定は、当該規定の対象となった医薬品（類似品を含む。）が薬価収載の際の比較薬である医薬品（用法及び用量の変更後に比較薬とした場合に限る。）についても、類似品として適用する。

（２）用法用量変化再算定の特例

薬価収載時又は効能又は効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表８に定める算式により算定される額に改定する。ただし、（１）に該当する既収載品については、（１）により算定される額に改定する。

４　薬価改定の際以外の再算定

（１）効能変更等又は主たる効能若しくは効果に係る用法及び用量の変更が承認された既収載品及び薬価収載時に２年度目の予想販売額が、原価計算方式により算定された品目にあっては100億円以上、それ以外の品目にあっては150億円以上であるもののうち、本節１又は３に定める要件に該当する既収載品について、薬価改定の際に限らず、年４回、薬価を改定する。ただし、１に該当する品目については、１（１）ハの 150 億円及び 100 億円とあるのは、いずれも350億円と読み替えて適用する。

（２）効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能又は効果の変更と認められる既収載品のうち、本節２に定める要件に該当する既収載品について、当該効能変更等の前の年間販売額が 350 億円を超える場合は、薬価改定の際に限らず、年４回、薬価を改定する。

（３）薬価改定の際の再算定（市場拡大再算定、効能変化再算定又は用法用量変化再算定をいう。以下同じ。）又は薬価改定の際以外の再算定を連続して行う場合は、これらの改定が施行される前の年間販売額に基づく再算定は、行わないこととする。ただし、次のとおりとする。

イ　薬価改定の際以外の再算定が施行される前に実施された薬価調査に基づき薬価改定を行う場合は、当該再算定が施行される前の薬価を改定前薬価とする薬価改定後の額が当該再算定後の額より低い場合は、当該薬価改定後の額に改定する。

ロ　薬価改定（再算定が行われたものを除く。）が施行される前の年間販売額に基づき薬価改定の際以外の再算定を行う場合は、当該薬価改定が施行される前の薬価を再算定前薬価とする再算定後の額が当該薬価改定後の額より低い場合は、当該再算定後の額に改定する。

第５節　条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例

１　対象品目

医薬品医療機器等法第23条の26第１項の規定により条件及び期限を付して承認（以下「条件・期限付承認」という。）を受けた再生医療等製品であって、同条第５項に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたもの。

２　改めて評価を行う場合の取扱い

対象品目の条件・期限付承認を受けた効能又は効果について、条件・期限付承認を受けた時点では明らかでなかった医療上の有用性が改めて承認を受けた際に客観的に示された場合は、改めて補正加算の該当性を決定し、薬価改定の際に限らず、年４回、価格調整を行う。その際、補正加算額は別表２に定める算式により算定する。

第６節　後発品等の価格帯

１　組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯

次の（１）から（３）までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

ただし、改定前の薬価が、各号に掲げる品目の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る品目については、各号ごとに、本規定の適用前の当該品目の価格を別途加重平均する（（１）に掲げる品目を除く。）。

（１）組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 50 を乗じて得た額以上の算定額となる既収載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既収載品であって、前回の薬価改定において（２）又は（３）に該当したものを除く。

（２）次のいずれかに該当するもの。

イ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 30 を乗じて得た額以上かつ 100 分の 50 を乗じて得た額を下回る算定額となる既収載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既収載品であって、前回の薬価改定において（３）に該当したものを除く。

ロ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 50 を乗じて得た額以上の算定額となる既収載品のうち、改定前の薬価が（１）に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回るものであって、前回の薬価改定において本号に該当したもの。

（３）次のいずれかに該当するもの。

イ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 30 を乗じて得た額を下回る算定額となる既収載品。

ロ　組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、（１）及び（２）に該当しない既収載の後発品。

ただし、第２章第２部１イの規定により比較薬の薬価に 100 分の 50 を乗じて算定された後発品の額が、同部２（１）ロの規定により比較薬の薬価に 100 分の 40 を乗じて算定された後発品（薬価調査により市場実勢価格が把握できないものに限る。）のみからなる価格帯に入る場合、前者の額は、後者の本規定の適用前の価格に集約する。

２　Ｇ１品目又はＧ２品目に係る後発品の価格帯

（１）Ｇ１品目に係る後発品の価格帯

１の規定に関わらず、Ｇ１品目のうち、市場から撤退する予定の先発品に係る後発品については、当該Ｇ１品目が撤退を決めた後の最初の薬価改定（当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定に限る。）の際、次に掲げる各号の区分に該当する企業が製造販売する後発品ごとに加重平均により価格を集約する。

ただし、ロの企業が製造販売する後発品については、改定前の薬価が加重平均値（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬ごとに本規定の適用前の価格を加重平均した値。以下本節において同じ。）以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。また、ロの企業が製造販売する後発品の価格はイの企業が製造販売する後発品の価格を超えないこととする。

イ　当該Ｇ１品目に係る後発品について増産対応する企業であって、合算して後発品生産量が全後発品の 50%を超える単一又は複数の企業

ロ　イ以外の企業

（２）Ｇ２品目に係る後発品等の価格帯

１の規定に関わらず、Ｇ１品目のうち、市場から撤退しない予定の先発品に係る後発品及びＧ２品目に係る後発品については、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定において、改定前の薬価が加重平均値以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。

３　組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の価格帯の特例

１及び２の規定に関わらず、以下に該当する既収載の後発品（以下「特例後発品」という。）については、組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均した額に改定することとし、特例後発品を除く既収載品について１又は２の規定を適用する。ただし、本規定を適用することにより特例後発品の価格が本規定を適用する前の額を下回る場合には、本規定は適用しない。

（１）対象企業

別表 12 に基づきＡ区分と分類された企業

（２）対象品目

以下のいずれかに該当する品目（基礎的医薬品に該当するものを除く。）

イ　該当する組成及び剤形区分において第２章第２部１の規定により新規後

発品が収載されてから５年以内の品目

ロ　安定確保医薬品のカテゴリＡ又はＢ（令和３年３月 26 日付け厚生労働省医政局経済課公表）に該当する品目

（３）適用条件

以下の条件の全てを満たすこと

イ　全ての既収載後発品の平均乖離率以内のものであること

ロ　１又は２の規定を適用した場合には、後発品の中で最も高い価格帯となるものであること

ハ　当該品目の製造販売業者自らの原因により供給に支障が生じているものでないこと

第７節　低薬価品の特例

１　基礎的医薬品

（１）対象品目の要件

本規定の対象品目は、次の①又は②のいずれかに該当する既収載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。）とする。

①　次の全ての要件に該当する既収載品

イ　過去に不採算品再算定が適用された有効成分を含有する既収載品、病原生物に対する医薬品、医療用麻薬、生薬、軟膏基剤又は歯科用局所麻酔剤のいずれかに該当すること。

ロ　医療上の位置付けが確立し、広く臨床現場で使用されていることが明らかであること。

ハ　当該既収載品並びに組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から 15 年を経過しているものがあること。

ニ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

②　次の全ての要件に該当する安定確保医薬品のカテゴリＡ（令和３年３月 26 日付け厚生労働省医政局経済課公表）に位置付けられた既収載品

イ　長期収載品の薬価改定の規定に係る次のいずれにも該当しないこと。

（イ）先発品（当該先発品に係る後発品が収載されているものに限る。）であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 10 年を経過していないもの

（ロ）（イ）に該当する先発品と組成、剤形区分が同一である類似薬

（ハ）Ｇ１品目であって、Ｇ１品目に該当してから６年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

（ニ）Ｇ２品目であって、Ｇ２品目に該当してから 10 年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

ロ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から 15 年を経過しているものがあること。

ハ　当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬（イを満たすものに限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

（２）薬価の改定方式

①　（１）の要件に該当する既収載品について、当該既収載品並びに当該既収載品と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一である類似薬（（１）の要件に該当する品目に限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない場合は、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。

イ　前回の薬価改定において（１）の要件に該当した既収載品

薬価改定前の薬価（本規定適用前の額が薬価改定前の薬価を上回る場合には、当該額。以下この（２）において同じ。）

ロ　前回の薬価改定において（１）の要件に該当しなかった既収載品

薬価改定前の薬価（ただし、当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合は、薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額が最も大きい銘柄の薬価改定前の薬価）

②　①以外の場合には、（１）の対象となった既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一の類似薬であって、①に該当しない全ての当該類似薬の本規定の適用前の価格の加重平均値に改定する。ただし、改定前薬価を超える場合は当該額とする。

③　①の規定に関わらず、前回の薬価改定において②に該当した既収載品が①に該当する場合は、当該既収載品については薬価改定前の薬価とする。

２　不採算品再算定

１（１）の要件に該当しない既収載品又は１（１）の要件に該当する既収載品のうち、製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等について、次のいずれかの要件に該当する場合は、原価計算方式によって算定される額（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額）を当該既収載品の薬価とする。

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100 分の５を上限とする。

イ　保険医療上の必要性が高いものであると認められる既収載品であって、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難で

あるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）

ロ　新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

なお、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行ったものであって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。

３　最低薬価

薬価改定の際、１又は２の要件に該当しない既収載品について、本規定の適用前の価格が、別表９の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、最低薬価に改定する。

なお、本規定の適用前に価格帯集約を受けた医薬品であって、価格帯のうちいずれかの品目が最低薬価を下回る場合は、同一の価格帯に含まれる既収載品の中で最も高額な最低薬価を当該価格帯に含まれる全ての医薬品の最低薬価とする。

第８節　新薬創出・適応外薬解消等促進加算

１　加算

（１）対象品目

新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）の対象品目は、次に掲げる全ての要件に該当する既収載品とする。

イ　新薬として薬価収載され、当該品目に係る後発品が薬価収載されていないこと（薬価収載の日から 15 年を経過していないものに限る。）

ロ　次のいずれかの要件に該当すること

①　希少疾病用医薬品として指定された効能又は効果について承認を受けている医薬品

②　未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を公募した医薬品

③　薬価収載の際、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）若しくは営業利益率のプラスの補正の対象となった医薬品（第３章第５節の規定により画期性加算、有用性加算（Ⅰ）若しくは有用性加算（Ⅱ）の対象となった再生医療等製品を含む。）、薬価改定までに、これらの加算（有用性加算（Ⅱ）の要件ニのみに該当する場合を除く。）に相当すると認められる効能又は効果が追加されたもの（既存の効能又は効果

の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）又は薬価改定の際、市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例を受けた医薬品（以下「加算適用品」という。）

ただし、組成及び効能又は効果が同等、かつ、製造販売業者が同一の既収載品から長期間（収載から概ね５年以上）を経て収載されたものであって、収載までに時間を要した合理的な理由のないものを除く。

④　新規作用機序医薬品（薬価収載時に薬理作用類似薬がなしとされた医薬品をいう。）又は新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能若しくは効果が追加されたもの（既存の効能又は効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）であって、別表 10 の基準に該当する医薬品

⑤　薬価収載時に次の全ての要件に該当する医薬品

（イ）新規作用機序医薬品（加算適用品又は別表 10 の基準に該当するものに限る。以下⑤において同じ。）を比較薬として算定された医薬品又は新規作用機序医薬品を比較薬として算定された医薬品を比較薬として算定された医薬品であること

（ロ）薬価収載時に（イ）に該当する既収載品目数（組成及び投与形態が異なるものに限る。）が１以下であること

（ハ）（イ）の新規作用機序医薬品の収載から３年以内に収載された医薬品であること

⑥　先駆的医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの

⑦　特定用途医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの

⑧　薬価収載の際、迅速導入加算の対象となった医薬品又は薬価改定までに、第９節（１）⑤の加算の要件に該当した医薬品

⑨　薬価収載の際、小児加算の要件（ロを除く。）を満たした医薬品又は薬価改定までに、第９節（１）①の加算の要件に該当した医薬品

⑩　薬剤耐性菌の治療に用いる医薬品

⑪　本規定に基づく加算の対象品目（以下本節において「先行収載品」という。）と組成及び効能又は効果が同等であって、製造販売業者が同一である医薬品（当該先行収載品の収載から遅滞なく（概ね５年以内）収載されたものに限り、①から⑩までに該当するものを除く。）

ハ　第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものでないこと

ニ　第４節の再算定（薬価改定の際の再算定に限る。）のいずれにも該当しないこと

（２）対象企業

新薬創出等加算の対象企業は、次に掲げる企業以外の企業とする。ただし、新薬の収載の際に当該新薬以外に（１）の要件を満たす品目を有さない企業については、当該新薬の収載時点において新薬創出等加算の対象企業として扱う。

イ　未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省から開発を要請された品目について、開発の拒否、合理的な理由のない開発の遅延等、適切に対応を行わなかった企業

ロ　別表 11 の確認事項について、過去５年いずれの事項にも該当するものがない企業

（３）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、（２）に掲げる企業が製造販売するものに限り、本規定の適用前の価格に、加算後の価格が改定前薬価となる額を加算する。

ただし、本規定適用前の価格が改定前薬価を上回る場合及び当該品目の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全ての既収載品の平均乖離率を超える場合においては、加算は適用しない。

２　控除

これまで新薬創出等加算を受けたことのある既収載品について、初めて次の要件のいずれかに該当した場合は、これまで受けた新薬創出等加算の累積額を本規定の適用前の価格から控除する。

イ　当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていること

ロ　薬価収載の日から 15 年を経過していること

ハ　第２章第３部５の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものであること

ニ　１（２）のイ又はロに該当する企業が製造販売するものであること

ホ　１（１）ロ⑪に該当する品目について、先行収載品がイ、ロ、ハ又はニに該当すること

第９節　既収載品の薬価改定時の加算

（１）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。ただし、第４節１の市場拡大再算定に該当する品目を除く。

①　小児に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項（同法第 19 条の２第６項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき小児に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

② 希少疾病に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項の規定に基づき希少疾病に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの（希少疾病用医薬品又はそれに相当すると認められるものに限る。）とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

③ 先駆的な効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された先駆的医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

④ 特定用途に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された特定用途医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

⑤ 迅速導入により効能又は効果等が追加された既収載品

迅速導入加算の要件を満たして効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの（③に該当するものを除く。）。ただし、当該効能又は効果等の

追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

⑥　市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品

市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたものとする。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

（２）薬価の改定方式

（１）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に、別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。ただし、補正加算率は次のとおり適用し、本規定による加算後の価格が当該既収載品の薬価改定前の薬価の 100 分の 120 を乗じて得た額を超える場合には、当該額とする。

イ　複数の効能又は効果又は用法及び用量が追加された場合は、追加された効能又は効果又は用法及び用量ごとに算定された補正加算率を合計したもの

ロ　一の効能又は効果又は用法及び用量において（１）の①から⑤までの複数に該当する場合は、それらのうち補正加算率が最も大きなもの

第 10 節　既収載品の外国平均価格調整

次の全ての要件に該当する品目（原価計算方式で算定された品目にあっては、平成 30 年３月、類似薬効比較方式（Ⅰ）で算定された品目にあっては、令和６年３月以前に薬価収載された品目については、再算定の対象となったものに限る。）については、本規定の適用前の価格に外国平均価格調整を行う。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価の 100 分の 120 を乗じて得た額を超える場合は、当該額とする。

イ　原薬・製剤を輸入していること

ロ　薬価収載の際、原価計算方式又は類似薬効比較方式（Ⅰ）（収載時点において薬理作用類似薬がないものに限る。）により算定されたこと

ハ　薬価収載の際、参照できる外国価格がなかったこと

ニ　薬価収載の後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたこと又は外国平均価格調整を受けていない品目について２ヶ国の外国価格が初めて掲載されたこと

ホ　当該品目に係る後発品が薬価収載されていないこと
ヘ　薬価収載の日から 15 年を経過していないこと

第 11 節　費用対効果評価

1　対象品目

費用対効果評価に基づく価格調整の対象品目は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和６年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用対効果評価の対象品目に指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された医薬品とする。ただし、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和４年２月９日医政発 0209 第５号、保発 0209 第６号）は、令和 6 年３月 31 日以前に指定された品目について、本通知発出後においても、なおその効力を有する。

2　価格調整方法

対象品目について、費用対効果評価の結果及び別表 13 に定める算式により、薬価改定の際に限らず、年４回、価格調整を行う。なお、薬価改定又は薬価改定の際以外の再算定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該医薬品及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第４章　実施時期等

1　実施時期

（1）新規収載品に係る薬価算定基準は、平成 12 年４月に承認を受けた薬剤に係る通常の薬価収載時から適用する。

（2）効能変化再算定、用法用量変化再算定は、平成 12 年４月以降に医薬品医療機器等法の承認を受けたものその他の当該各号に定める要件を満たしたものについて適用し、当該要件を満たした時期に応じ、平成 12 年度薬価改定以降の最初の薬価改定又は当該薬価改定後の薬価改定の際に実施する。

（3）第３章第２節の規定は、令和２年度薬価改定以降に薬価収載されたものに適用する。第３章第３節２（１）②の規定は令和２年度薬価改定以降の薬価改定より施行する。また、第３章第８節１（１）ロの④の新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能又は効果が追加されたものに関する規定並びに⑥及び⑩の規定は、令和２年度薬価改定以降に薬価収載又は効能追加等されたものに適用する。

（４）第３章第８節１（１）ロの③の効能又は効果が追加されたものに係る規定は、令和４年４月以降に追加された効能又は効果に係る医薬品医療機器等法の承認を受けたものに適用する。

（５）第３章第８節１（１）ロの③（ただし書に係る規定に限る。）、⑤、⑧、⑨及び⑪の規定は、令和６年４月以降に薬価収載されたもの及び当該規定に該当する効能追加等がなされたものに適用する。ただし、令和６年３月以前に⑤の要件に該当するものとして新薬創出等加算が適用された品目にあっては、なお従前の例による。

（６）第３章第 11 節の規定は、令和６年４月以降に費用対効果評価の対象として指定された品目に適用する。

２　改正手続

薬価算定基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

３　経過措置

（１）薬価算定基準の実施にあたっては、平成 12 年３月 31 日において薬価収載されているものについては、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新薬の定義に該当すると認められる場合には、新薬として薬価収載された既収載品とみなし、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新規後発品の定義に該当すると認められる場合には、新規後発品として薬価収載された既収載品とみなす。

（２）前回の薬価改定において最低薬価とみなして最低薬価に係る規定を適用することとされた既収載品及び令和６年３月 31 日における薬価が最低薬価を下回る既収載品の薬価については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、最低薬価に係る規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

（３）令和５年度薬価改定においては、第３章第８節１（３）により改定される額に、改定前薬価と当該規定適用後の薬価の差額の 100 分の 95 を加えた額に改定する。なお、本規定による加算額は新薬創出等加算の累積額に含まれるものとする。

（４）令和６年度薬価改定においては、第３章第７節２イの「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬

について該当する場合に限る。）」及び同ロの「（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）」の規定については、適用しない。

ただし、市場実勢価格の薬価に対する乖離率が 7.0%を超える既収載品については、第３章第７節２の規定は適用しない。

別表１

剤　形　区　分

内用薬

内－１　錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
内－２　散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
内－３　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（成人用）
内－４　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（小児用）
内－５　チュアブル、バッカル、舌下錠

注射薬

注－１　注射剤（キット製品でないもの）
注－２　注射剤（キット製品）

外用薬

外－１　軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、スプレー剤、ゼリー剤、パウダー剤、ゲル剤
外－２　吸入剤（吸入粉末剤、吸入液剤、吸入エアゾール剤）
外－３　眼科用剤（点眼剤、眼軟膏）
外－４　耳鼻科用剤（点鼻剤、点耳剤、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤）
外－５　パップ剤、貼付剤、テープ剤、硬膏剤
外－６　坐剤、膣剤
外－７　注腸剤
外－８　口嗽剤、トローチ剤（口腔内に適用するものを含む。）
外－９　外－１から外－８までのそれぞれの区分のキット製品

（注）ただし、上記で同一の剤形区分とされる薬剤であっても、組成及び規格が同一であって、製剤の工夫により効能、効果、用法又は用量が明らかに異なる場合は、別の剤形区分とみなす。

別表２

補正加算の計算方法

１　基本的考え方

（１）一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

（２）複数の補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α_1＋α_2＋・・・）

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち薬価算定組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

加算係数　＝　1.0（開示度≧80%）
加算係数　＝　0.6（50%≦開示度＜80%）
加算係数　＝　0（開示度＜50%）

２　各補正加算率の計算方法

（１）補正加算における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100}$$

（注）Ａ：当該新規収載品目に対して適用される率（%）

ただし、Ａの範囲は次のとおり。

・画期性加算	70≦Ａ≦120
・有用性加算（Ⅰ）	35≦Ａ≦60
・有用性加算（Ⅱ）	５≦Ａ≦30
・市場性加算（Ⅰ）	10≦Ａ≦20
・市場性加算（Ⅱ）	Ａ＝５
・特定用途加算	５≦Ａ≦20
・小児加算	５≦Ａ≦20
・先駆加算	10≦Ａ≦20
・迅速導入加算	５≦Ａ≦10

（２）補正加算前の価格が 1,000 万円を超える再生医療等製品（年間販売額（収載時にあっては本規定適用前のピーク時予測売上高）が 50 億円を超えるものに限る。）における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{10,000,000}\right)/\log\left(\frac{5,000,000}{10,000,000}\right)}$$

（ただし、P>10,000,000）

（注）Ａ：当該再生医療等製品に対して適用される率（%）（２（３）に該当する再生医療等製品の場合は、２（３）により算出されたαに 100 を乗じた値。）
Ｐ：補正加算前の価格

（３）第３章第５節に定める条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、0.5A/100≦α≦1.5A/100）

（注）α：補正加算率
Ａ：当該再生医療等製品に対して適用される率（%）
Ｘ：億円単位で示した当該再生医療等製品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

（４）別表６において有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{50}\right)/\log\left(\frac{25}{50}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該市場拡大再算定対象品、当該特例拡大再算定対象品又は当該類似品に対して適用される率（%）
Ｘ：億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品又は当該特例拡大再算定対象品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額
ただし、0.5A／100≦α≦1.5A／100 とする。

（５）第３章第９節に定める既収載品の薬価改定時の加算において、有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{50}\right)/\log\left(\frac{25}{50}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right)/\log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該既収載品に対して適用される率（%）
Ｘ：億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群（当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額
ただし、0.5A／100≦α≦1.5A／100 とする。

別表３

外国平均価格調整の計算方法

１　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の４分の５に相当する額を超える場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を上回る場合を除く。）

次の算式により算定される額

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{5}{6}\right) \times \text{外国平均価格}$$

２　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の４分の３に相当する額未満の場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を下回る場合を除く。）

次の算式により算定される額（ただし、算定値の２倍に相当する額を超える場合には、当該額とする。）

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{1}{2}\right) \times \text{外国平均価格}$$

３　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が、同時に薬価収載される場合

当該新規収載品のうち、上記１又は２の場合に該当するものについて、下記の算式により算定された変化率を、全ての新規収載品の数で相加平均した数値を用いて、薬価を求める算式により算定される額

＜変化率を求める算式＞

$$\text{変化率} = \frac{\text{１又は２の算式により算定される額}}{\text{算定値}} - 1$$

＜薬価を求める算式＞

$$\text{算定値} \times (1 + \text{変化率の相加平均値})$$

別表４

規格間調整の計算方法

１　類似薬の規格間比を求める算式

log（Q2/Q1）／log（Y2/Y1）

Q1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の薬価
Q2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの薬価
Y1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の有効成分の含有量
Y2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの有効成分の含有量

（注）組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合であって、当該最類似薬に別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）があるときは、当該最類似薬と、当該類似薬のうち最類似薬に次いで２番目の年間販売量のもの（剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）とで規格間比を計算する。

２　非汎用新規収載品の薬価（P2）を求める関係式

log（P2/P1）／log（X2/X1）＝類似薬の規格間比

P1＝汎用新規収載品又は最類似薬の薬価
P2＝当該非汎用新規収載品の薬価
X1＝汎用新規収載品又は最類似薬の有効成分の含有量
X2＝当該非汎用新規収載品の有効成分の含有量

（注）　類似薬の規格間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の規格間比とし、規格間比が１を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は１とする。ただし、内用薬については、X2＞X1（X2 が通常最大用量を超える用量に対応するものである場合に限る。）であって、最も類似性が高い類似薬の規格間比が 0.5850 を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は 0.5850 とする。

　また、製剤上の工夫をすることなく、投与期間の延長のみを目的として含有量が増加した製剤に対し、規格間調整が適用される場合は、規格間比の上限を 0.5850 とする。

別表５

市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

（当該既収載品の保険医療機関等における薬価算定単位あたりの平均的購入価格（税抜き市場実勢価格の加重平均値））×｛１＋（１＋地方消費税率）×消費税率｝＋調整幅

消　費　税　率：消費税法（昭和 63 年法律第 108 号）第 29 条に定める率
地 方 消 費 税 率：地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 72 条の 83 に定める率
調　　整　　幅：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の 2／100 に相当する額

別表６

市場拡大再算定対象品等の計算方法

１　市場拡大再算定対象品及び市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額の合計額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \}$$

（注）上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 85／100 を下回る場合には、当該額とする。

第３章第２節の新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い及び第８節２の新薬創出等加算の控除の対象となる品目については、薬価改定前の薬価については、当該規定に基づく控除を行った後の額とする。以下同じ。

２　特例拡大再算定対象品及び特例拡大再算定類似品に係る計算方法

（１）年間販売額の合計額が 1,000 億円を超え 1,500 億円以下、かつ基準年間販売額の 1.5 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.5} + \alpha \}$$

（２）年間販売額の合計額が 1,500 億円を超え、かつ基準年間販売額の 1.3 倍以上となる場合

$$薬価改定前の薬価 \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.3} + \alpha \}$$

（注）上記算式による算定値が、（1）については薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合、（2）については薬価改定前の薬価の 50／100 に相当する額を下回る場合には、当該額とする。

$$X（市場規模拡大率）= \frac{\left(\begin{array}{c}市場拡大再算定対象品又は特例拡大再算定対象品\\の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に\\\textit{計算した年間販売額の合計額}\end{array}\right)}{当該同一組成既収載品群の基準年間販売額}$$

３　過去に市場拡大再算定を受けた品目の特例

直近に市場拡大再算定を行った際、上記１又は２の算式による算定値が下表の下限値を下回った場合、改めて再算定を行う際の計算方法において用いる市場規模拡大率は以下の算式により得た値とする。

$$\left[\begin{array}{l}\text{再算定後薬価の計算}\\\text{方法で用いる市場規}\\\text{模拡大率(X)}\end{array}\right] = \text{年間販売額の合計額／基準年間販売額} \times \text{調整係数}$$

直近の再算定	下限値	調整係数
年間販売額の合計額が 150 億円を超え、かつ基準年間販売額の 2 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式以外の方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 85/100 に相当する額	$0.85 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 150 億円を超え、かつ基準年間販売額の 2 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 10} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 1,000 億円を超え 1,500 億円以下、かつ基準年間販売額の 1.5 倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 1.5} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が 1,500 億円を超え、かつ基準年間販売額の 1.3 倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の 50/100 に相当する額	$0.50 / \{(0.9)^{\log Xp / \log 1.3} + \alpha_p\}$

（X_p：前回の市場拡大再算定の際の市場規模拡大率）
（α_p：前回の市場拡大再算定の際の補正加算率）

4　補正加算が適用される場合における計算方法

（1）対象品目

補正加算の対象品目は、個別の市場拡大再算定対象品、特例拡大再算定対象品又は当該類似品のうち、次のいずれかに該当するものとする。

イ　第３章第９節（１）の①から⑤までに定めるいずれかの要件に該当する場合

ロ　市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合

ハ　「成人を対象とした医薬品の開発期間中に行う小児用医薬品の開発計画の策定について」（令和６年１月 12 日付け医薬薬審発 0112 第３号厚生労働省医薬局医薬品審査管理課長通知）に基づき独立行政法人医薬品医療機器総合機構の確認を受けた小児用医薬品の開発計画に基づき遅滞なく開発が進められている品目である場合

（2）補正加算の適用

（１）に該当する品目については、別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を用いる。ただし、それぞれ５≦Ａ≦10とし、補正加算率は次のとおり適用する。

イ　複数の効能又は効果又は用法及び用量が追加された場合は、追加された効能又は効果又は用法及び用量ごとに算定された補正加算率を合計したもの

ロ　一の効能又は効果又は用法及び用量において第３章第９節（１）の①から⑤までの複数に該当する場合は、それらのうち補正加算率が最も大きなもの

別表７

効能変化再算定の計算方法

１　主たる効能変化品に係る計算方法

（１）次のいずれかに該当する場合には、効能変化再算定を適用しない。

（イ）ＡがＢより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合

（ロ）ＡがＢより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を下回る場合

（２）（１）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

Ａ＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る一日薬価（効能変化再算定の適用前の額を基に計算）

Ｂ＝当該既収載品の効能変更等の後の最類似薬の当該効能又は効果に係る一日薬価（最類似薬の薬価改定後の薬価を基に計算）

（注）効能変更等の後の最類似薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額とする。

Ｐ＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る一日通常最大単位数量

Ｑ＝当該既収載品の変更後の主たる効能又は効果に係る一日通常最大単位数量

Ｘ＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

Ｙ＝当該既収載品の変更後の主たる効能又は効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

（注）この場合、年間販売額は薬価改定後の薬価を基に計算する。

２　効能変化再算定の特例に係る計算方法

下記の算式により算定される額

$$\frac{C \times \frac{M}{M+N} + D \times \frac{N}{M+N}}{P \times \frac{M}{M+N} + Q \times \frac{N}{M+N}}$$

C＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る一日薬価

D＝参照薬の一日薬価

P＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る一日通常最大単位数量

Q＝当該既収載品の変更後の主たる効能又は効果に係る一日通常最大単位数量

M＝当該既収載品の従前の主たる効能又は効果に係る類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）及び当該既収載品（直近の薬価調査後に当該効能変更等が行われた場合に限る。組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品を含む。）の年間販売額の合計額

N＝参照薬の年間販売額の合計額

（注）参照薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該参照薬の年間販売量で加重平均した額とする。

3　主たる効能変化品の類似薬の価格調整の計算方法

（1）主たる効能変化品が、1（1）に該当した場合には、効能変化再算定を適用しない

（2）（1）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\begin{pmatrix}\text{当該既収載品の}\\\text{薬価改定前の薬価}\end{pmatrix} \times \frac{\begin{pmatrix}\text{当該主たる効能変化品の1又は2の}\\\text{算式により算定される額}\end{pmatrix}}{\begin{pmatrix}\text{当該主たる効能変化品の}\\\text{薬価改定前の薬価}\end{pmatrix}}$$

別表８

用法用量変化再算定の計算方法

１　用法用量変化再算定の原則の場合

$$\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品に係る}\\ \text{本規定の適用前の価格}\end{array}\right)\times\frac{\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品の従前の一日通常最大単位数量}\\ \text{（主たる効能又は効果に係るもの）}\end{array}\right)}{\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品の変更後の一日通常最大単位数量}\\ \text{（主たる効能又は効果に係るもの）}\end{array}\right)}$$

２　用法用量変化再算定の特例の場合

$$\left(\begin{array}{c}\text{当該既収載品に係る}\\ \text{本規定の適用前の価格}\end{array}\right)\times\text{当該既収載品の使用量変化率}$$

（注）上記算定式による算定値が、薬価改定前の薬価の 75／100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

$$\text{当該既収載品の使用量変化率}=\frac{A\times B}{C\times D}$$

Ａ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の投与期間
Ｂ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の推計患者数
Ｃ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の投与期間
Ｄ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の推計患者数

別表９

最 低 薬 価

区　　分		最低薬価
日本薬局方収載品		
錠剤	１錠	10.10 円
カプセル剤	１カプセル	10.10 円
丸剤	１個	10.10 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※１	7.50 円
顆粒剤	1g※１	7.50 円
末剤	1g※１	7.50 円
注射剤	100mL 未満　１管又は１瓶	97 円
	100mL 以上 500mL 未満　１管又は１瓶	115 円
	500mL 以上　１管又は１瓶	152 円
坐剤	１個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	89.60 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	１日薬価	9.80 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※２	10.20 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※１	10.00 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上　１枚	17.10 円
	その他１枚	12.30 円
その他の医薬品		
錠剤	１錠	5.90 円
カプセル剤	１カプセル	5.90 円
丸剤	１個	5.90 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※１	6.50 円
顆粒剤	1g※１	6.50 円
末剤	1g※１	6.50 円
注射剤	100mL 未満　１管又は１瓶	59 円
	100mL 以上 500mL 未満　１管又は１瓶	70 円
	500mL 以上　１管又は１瓶	93 円
坐剤	１個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	88.80 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	１日薬価	6.70 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※２	6.70 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※１	6.60 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上　１枚	17.10 円
	その他１枚	12.30 円

※１　規格単位が 10g の場合は 10g と読み替える。
※２　規格単位が 10mL の場合は 10mL と読み替える。

別表 10

新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準

1　新規作用機序により既存治療で効果不十分な疾患に有効性を示したものであること

当該疾患に対する標準療法で効果不十分又は不耐容の患者を含む臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、効果不十分又は不耐容の患者の目標症例数が事前に設定された企業治験に限る。）において有効性が示されることなどにより、添付文書の効能・効果、使用上の注意、臨床成績の項において、これらの患者に対して投与可能であることが明示的になっているものであること。

2　新規作用機序により既存治療に対して比較試験により優越性を示したものであること

対象疾患に対する既存治療（本邦における治療方法として妥当性があるものに限る。）を対照群（プラセボ除く）に設定した臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された企業治験に限る。）を実施し、主要評価項目において既存治療に対する本剤の優越性が示されていること。

また、製造販売後において、当初の承認時の疾患を対象とした製造販売後臨床試験も同様に取り扱うものとする。

注）既存治療を対照群とし、既存治療に本剤を上乗せした比較試験によって優越性が検証された場合は除く。

用法・用量を変更した群を対照とした場合や、同一有効成分の医薬品を対照としたものは除く。

製剤改良など、活性本体に明確な変更がない新薬は除く。

製造販売後臨床試験の場合においても、既存治療は本邦における治療方法として妥当性があるものに限り、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された試験に限る。

3　新規作用機序により認められた効能を有する他の医薬品が存在しないこと

薬事承認時点において、本剤と効能・効果が一致するものがなく、対象疾患に対して初めての治療選択肢を提供するもの、又は類似の効能・効果を有する既存薬と比べて、治療対象となる患者の範囲が拡大することが明らかであるもの。

別表 11

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象企業の確認事項

	確認事項（過去５年間の実績）
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む）（実施数） （PhaseⅡ以降）
A-2	新薬収載実績（収載成分数）
A-3	革新性のある新薬の収載実績（収載成分数）
A-4	薬剤耐性菌の治療薬の収載実績（収載成分数）
A-5	新型コロナウイルスの治療等に用いる医薬品の開発実績（承認取得数）
B-1	開発公募品（開発着手数） （B-2 分を除く）
B-2	開発公募品（承認取得数）
C-1	世界に先駆けた新薬の開発（品目数）
C-2	特定の用途に係る医薬品の開発（品目数） （A-4 分を除く）

※　改定前年の９月末時点までの数値とする。
※　A-1 については、成分数単位とし、効能追加を含む。（一の成分について、複数の効能に係る試験を実施している場合であっても、「１」と計上する。）
※　A-1 については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の対面助言の相談記録により、海外試験の試験成績のみをもって承認申請して差し支えない旨が確認できる場合には、当該海外試験を計上する。
※　A-3 については、新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品の収載実績とする。
※　A-4 については、薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。
※　A-5 については、新型コロナウイルスによる感染症の治療又は予防に用いるもので、薬事審査において新型コロナウイルスによる感染症に対する治療又は予防効果が明確になったものに限り、ワクチンを含む。
※　B-1 については、治験を実施していることを開発着手とみなす。
※　C-1 については、先駆的医薬品の指定数とする。
※　C-2 については、特定用途医薬品の指定数とする。

別表 12

後発品を製造販売する企業の評価

1　評価指標及び評価方法

次の表の評価指標ごとに、右欄に掲げるポイントを合計したポイントを企業指標に基づくポイントとする。ただし、令和６年度薬価改定においては、評価指標の１．及び２．の各項目並びに３．①の項目は適用しない。

評価指標	評価方法
１．後発品の安定供給に関連する情報の公表等	
① 製造販売する品目の製造業者名の公表	―――
② 製造販売する品目の原薬の製造国の公表	―――
③ 他の製造販売業者と共同開発して承認された品目における共同開発先の製造販売業者名の公表	―――
④ 厚生労働省ウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」における安定供給体制等に関する情報の掲載	―――
⑤ 日本製薬団体連合会が作成した「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」に準拠した内容である安定供給に係る文書の作成と運用	―――
２．後発品の安定供給のための予備対応力の確保	
① 製造販売する品目の原薬の複数の製造所を確保	―――
② 製造販売する「安定確保医薬品」について、品目ごとの一定以上の余剰製造能力又は在庫量の確保	―――
３．製造販売する後発品の供給実績	
① 製造販売する品目ごとの月単位の出荷実績（当該品目の製造計画と実際の出荷量を比較した情報を含む。）の公表	―――
② 製造販売する「安定確保医薬品」の品目数	200 品目以上：10pt、100 品目以上 200 品目未満：８pt、50 品目以上 100 品目未満：５pt、10 品目以上 50 品目未満：３pt、１品目以上 10 品目未満：１pt、０品目：０pt ただし、安定確保医薬品のカテゴリＡは１品目で２品目に相当するものとして算出
③ 製造販売業者自らの理由による製造販売する品目の出荷停止又は出荷量の制限の対応	【出荷量制限品目割合】 20%以上：▲５pt、10%以上 20%未満：▲３pt、10%未満（０%を除く。）：▲２pt、０%：０pt 【出荷停止品目割合】 20%以上：▲10pt、10%以上 20%未満：▲７pt、10%未満（０%を除く。）：▲５pt、０%：０pt

④ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した品目の割合	【出荷量増加品目割合】 50％以上：５pt、30％以上 50％未満：４pt、20％以上 30％未満：３pt、20％未満（０％を除く。）：２pt、０％：０pt 【出荷量減少品目割合】 50％以上：▲５pt、30％以上 50％未満：▲４pt、20％以上 30％未満：▲３pt、20％未満（０％を除く。）：▲２pt、０％：０pt
⑤ 他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行った品目に関して、組成、剤形区分及び規格が同一の自らの品目の出荷量を増加させた実績	他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行っている品目に関して、増産対応していると厚生労働省に報告のあったものについて、製造販売業者が製造販売する品目数に占める割合の百分率の数値（小数点以下を四捨五入したもの）をポイントとして加点 ただし、上限は 20pt
⑥ 他の製造販売業者の長期収載品のうちＧ１区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の承継、又は自らの品目の出荷量を増加させた実績	組成及び剤形区分が同一の品目について、Ｇ１増産対応企業として決定した品目ごとに５pt
４．薬価の乖離状況	
① 製造販売業者が製造販売する後発品の全品目の平均乖離率が一定値を超えた実績	製造販売業者ごとの既収載後発品全体の平均乖離率について、薬価調査における全ての既収載後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価 150 未満：０pt、150 以上 200 未満：▲５pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt
② 製造販売承認を取得した新規後発品について、薬価収載後の５年間における薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績	薬価収載から５年以内の後発品に係る製造販売業者ごとの既収載後発品全体の平均乖離率について、薬価調査における全ての既収載後発品の平均乖離率を 100 とした場合の指数を算出し、以下のとおり評価 150 未満：０pt、150 以上 200 未満：▲５pt、200 以上 250 未満：▲10pt、250 以上：▲15pt
③ 新規収載された後発品のうち、５年以内に市場撤退した品目数	薬価収載から５年以内に供給停止事前報告書が提出された品目ごとに▲１pt
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の５年間における薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績	過去５年以内に不採算品再算定を受けた品目について、薬価調査における全ての既収載品の平均乖離率を超えた品目ごとに▲１pt ただし、平均乖離率を複数回超えた当該品目については、２回目以降は超えるごとにさらに▲１pt

※　評価の対象とする品目は、別段の定めがある場合を除き、評価対象となる企業が製造販売する全ての既収載後発品（バイオ後続品を含む。）及び医薬品医療機器等法の規定により昭和 42 年 9 月 30 日以前に承認された既収載品とする。

※　３．⑥の「Ｇ１増産対応企業」は、平成 31 年３月 29 日付け厚生労働省医政局経済課事務連絡「後発医薬品への置換えが進んでいる長期収載品（Ｇ１品目）の供給停止等に係る手続について」の１（５）に基づき行政より増産依頼を受けた企業を指す。

２　分類方法

後発品を製造販売する企業について、１のポイントの合計が次の表の右欄に該当する企業について、左欄のとおり区分する。ただし、直近１年間に医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、Ａ区分に分類された場合であっても、Ｂ区分とみなす。

区分	範囲
A	上位 20%※
B	A、C以外
C	0pt 未満

※ 上位 20 パーセンタイルのポイントの企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の 25%を超えないことを限度として、当該点数の企業はA区分として取り扱う。

別表 13

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

1　価格調整の対象範囲

（１）類似薬効比較方式により算定された医薬品

類似薬効比較方式により算定された医薬品については、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）又は有用性加算（Ⅱ）（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額（以下「有用性系加算部分」という。）を価格調整対象とする。

加算部分割合は、薬価収載時における算定薬価（外国平均価格調整を受けた品目及び費用対効果評価に基づく価格調整を行った品目で再指定を受けた品目については、当該価格調整前の価格をいう。）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

（２）原価計算方式により算定された医薬品

原価計算方式により算定された医薬品については、次のいずれかを価格調整対象部分とし、価格調整対象部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整対象とする。

価格調整対象部分割合は、薬価収載時における算定薬価（費用対効果評価に基づく価格調整を行った品目で再指定を受けた品目については、当該価格調整前の価格）に対する価格調整対象部分の割合とする。

①　開示度が 50％以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象部分とする。

②　開示度が 50％未満の品目については、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。ただし、令和４年３月 31 日以前に薬価収載された品目のうち、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。

③　平成 30 年３月 31 日以前に薬価収載された品目であって、営業利益率のプラスの補正の対象になったものについては、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合（以下「補正割合」という。）を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。

薬価収載時から価格調整までの間に行われた薬価改定時の加算の対象となった品目については、当該加算を受けた際の、当該加算額及び当該加算を除いた額に薬価収載時における補正割合を乗じて得た額の合計額を新たな加算額とし、価格調整前の価格に当該加算を受けた直後の価格に対する当該新たな加算額の割合を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。

2　価格調整の計算方法

（１）類似薬効比較方式等により算定された医薬品

①　費用対効果評価による価格の算式

１（１）並びに１（２）①及び③に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数（β）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格－価格調整対象×（１－β）

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整係数（β）を用いて分析対象集団ごとの価格（②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10％を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

②　価格調整係数（β）

ア　対象となる医薬品の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ　ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの　1.25

（一）対象品目に係るメタ解析及びシステマチックレビューを除く

臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

（ア）対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor（Clarivate analytics 社の“InCites Journal Citation Reports”により提供されている impact factor をいう。）の平均値（当該論文の受理又は論文掲載時から過去５年間の平均値）が 15.0 を超える学術誌に原著論文として受理されていること。ただし、他の条件をすべて満たすものの、「impact factor が 15.0 を超える」という条件について、疾患領域の特性等により満たすことが困難な場合は、査読を受けた英文の原著論文であり、専門組織で議論し、論文が十分、科学的に妥当であると判断される場合には、当該条件を満たすものとみなす。

（イ）当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊 10 年以内の学術誌でないこと。

（ウ）当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが、日本人を含む集団において統計学的に示されていること。

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

ii　ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの　1.0

iii　ICER が 200 万円/QALY 以上 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 200 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目　1.0

iv　ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満の品目　0.7

v　ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目　0.4

vi　ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目　0.1

イ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i　価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目　1.5

（一）対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床試験によ

り示されていること。

（二）対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

ⅱ　価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しない品目又はいずれにも該当しない品目　1.0

ウ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（β）は0.1とする。

エ　対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が同等で、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（β）は1.0とする。

オ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからエまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は0.1とする。

カ　データが開示されない等、製造販売業者の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、上記のアからオまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は0.1とする。

キ　製造販売業者が人員不足等の理由で分析不能を申し出て、最終的に評価中止となった場合には、上記のアからカまでの取扱いに関わらず、該当集団に対する価格調整係数（β）は0.1とする。

ク　分析中断とされた品目について、定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合で、中央社会保険医療協議会総会において評価中止が認められない場合には、上記のアからキまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は0.1とする。

（２）原価計算方式により算定された医薬品（開示率が低いものに限る。）

①　費用対効果評価による価格の算式

１（２）②に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、対象品目の有用性系加算部分に係る価格調整係数（γ）及び価格調整対象のうち営業利益率を乗じて得た額の部分（以下「営業利益部分」という。）に係る価格調整係数（θ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝　価格調整前の価格　－　有用性系加算部分×(１－γ)

－　営業利益部分×(１－θ)

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整

係数（γ及びθ）を用いて分析対象集団ごとの価格（（１）②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、（１）②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10％を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数（γ）

価格調整係数（γ）は、（１）②アからクまでに掲げる品目ごとに、それぞれ（１）②アからクまでに定める係数とする。

③ 価格調整係数（θ）

ア 対象となる医薬品の費用及び効果が比較対照技術より増加し、ICERが算出可能な場合、価格調整係数（θ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ⅰ ICERが500万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY未満の品目 1.0

ⅱ ICERが500万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満の品目 0.83

ⅲ ICERが750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満の品目 0.67

ⅳ ICERが1,000万円/QALY以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,500万円/QALY以上の品目 0.5

イ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は1.0とする。

ウ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は0.5とする。

エ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が同等で、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は1.0とする。

オ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからエまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は0.5とする。

カ　データが開示されない等、企業製造販売業者の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、上記のアからオまでの取扱いに関わらず、該当集団に対する価格調整係数（θ）は0.5とする。

キ　製造販売業者が人員不足等の理由で分析不能を申し出て、最終的に評価中止となった場合には、上記のアからカまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は0.5とする。

ク　分析中断とされた品目について、定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合で、中央社会保険医療協議会総会において評価中止が認められない場合には、上記のアからキまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は0.5とする。

（３）　価格調整後の価格の下限

（１）又は（２）により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出したICERが500万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては750万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、１（２）③に該当する品目については、薬価収載時における補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

①　有用性系加算の加算対象とならない品目又は有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表２に規定する加算係数を乗じる前でかつ別表２の２（２）の算式を適用する前の加算率をいう。以下同じ。）が25%以下のもの

価格調整前の価格を10%引き下げた額

②　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が25%を超え100%未満のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$=10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率（\%）} - 25}{15} \quad (\%)$$

③　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 100％以上のもの

価格調整前の価格を 15％引き下げた額

（４）費用対効果評価通知に規定するＨ５区分に該当する品目の価格調整

Ｈ５区分に該当する品目の価格調整については、対象品目の薬価収載時における比較薬に係る費用対効果評価に基づく価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。配合剤については、各成分の価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を各成分の１日薬価相当額で加重平均した値を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。

医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて（案）

１　新医薬品の薬価基準収載手続

新医薬品の薬価基準収載の手続は、次のとおりであること。

なお、「薬価算定の基準について」（令和６年●月●日保発●●第●号）第２章第３部４の新規収載品の薬価基準収載の手続並びに第３章第５節の条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例の手続及び第７節２本文なお書の薬価改定の手続についても、これに準じて行うこと。

（１）新医薬品の薬価基準収載希望書

①　新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 14 条の４第１項に掲げる新医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「新薬収載希望者」という。）が、別紙様式１又は２に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新医薬品について、承認後１週間を経過した日又は承認前の直近の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会（以下「医薬品部会」という。）終了後から３週間を経過した日のいずれか早い日（薬事・食品衛生審議会薬事分科会において審議される医療用医薬品又は緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内）までに提出すること。

ただし、当該新医薬品の迅速な供給が困難であることその他新薬収載希望者に特別の事情がある場合には、この限りでない。この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

②　①（又は③）により薬価基準収載希望書を提出する場合であって、「薬価算定の基準について」第１章 22 に規定する原価計算方式による算定を希望する場合及び原価計算方式による算定が妥当と判断される可能性が否定できない場合（厚生労働省より原価計算方式による算定を検討する必要があるとの指摘を受けた場合に限る。）には、当該新薬収載希望者が希望する係数を用いた薬価基準収載希望書及び当該算定に必要な資料を提出すること。なお、当該新医薬品が輸入医薬品である場合、新薬収載希望者は、薬価算定組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、輸入先国における価格（当該輸入医薬品が原体である場合の当該原体の輸入先国における価格を含む。）の状況、日本以外の国への輸出価格の状況等の輸入原価設定の根拠となる資料を提出すること。

なお、薬価算定組織が日本への輸入価格・製造原価を確認する必要があると認める場合には、薬価収載後も輸入価格・製造原価を証明する資料を提出すること。

③　新薬収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

（２）新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として 60 日以内、遅くとも 90 日以内とする。

ただし、（１）による新医薬品の薬価基準収載希望書が指定された期限内に提出されない場合、（４）⑤又は（５）によって決定された薬価算定案等に不服がある場合、（１）①のただし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合、必要な資料が指定された期限内に提出されない場合には、この限りでない。

（３）新薬収載希望者からの意見聴取等

①　新医薬品の薬価基準への収載に係る事務を円滑に進めるため、薬価基準収載希望書の提出期限前に、薬価基準収載希望書に添付して提出すべき書類について、別に定めるところにより事前提出を求めることができるものとする。

当該書類の事前提出があった場合においては、別に日時を定め、当該新薬収載希望者の意見を事前に聴取することができるものとする。

②　新薬収載希望者から新医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該新薬収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に通知するものとする。

ただし、①による意見聴取が行われた場合においては、新薬収載希望者との合意により、薬価基準収載希望書の提出後の意見聴取を行わないことができるものとする。

（４）薬価算定組織の関与と中医協の承認

薬価基準収載希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、薬価基準への収載における取扱いを決定する。

①　薬価基準収載希望書の提出のあった新医薬品の薬価算定に関し、次の事項について薬価算定組織の専門的見地からの検討を経て薬価算定案等を策定する。

なお、薬価算定組織の検討にあたっては別に定める基本方針による。

ア　類似薬の有無（算定方式の妥当性）

イ　類似薬・最類似薬選定の妥当性

ウ　補正加算適用の妥当性（加算要件への適否、加算適用が妥当とする場合の加算率）

エ　製品製造原価及び係数（新薬収載希望者が希望する係数を含む。）の妥当性（原価計算方式の場合に限る。）

オ　新薬創出・適応外薬解消等促進加算の該当性

カ　費用対効果評価の指定基準の該当性

キ　薬価算定案等に対する新薬収載希望者の不服の妥当性

②　薬価基準収載希望書を提出した新薬収載希望者であって、薬価算定組織における意見陳述を希望するものは、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

③　薬価算定組織の検討を経た薬価算定案等を、中医協総会での審議の前に、その理由を付して新薬収載希望者に通知する。

④　通知した薬価算定案等について不服がある新薬収載希望者は、１回に限り、別紙様式３に定める薬価算定案等不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された薬価算定案等が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。

⑤　薬価算定案等不服意見書を提出した新薬収載希望者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価算定案等を決定する。この薬価算定案等を予め新薬収載希望者に通知し、さらに不服がないことを確認する。

⑥　新薬収載希望者の不服がないことが確認された新医薬品の薬価算定案等について中医協総会で審議し、その了承を求める。

（５）中医協総会の審議結果の通知

中医協総会の審議結果について、その了承の有無及び了承され薬価収載が決定された新医薬品については、次の事項を新薬収載希望者に対し通知する。

①　品名、規格単位、決定された薬価

②　薬価収載予定日

③　保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

なお、中医協総会の審議において、当該新医薬品について薬価収載を行わないこととされた場合には、新薬収載希望者は、根拠となる資料を添えて書面で不服意見を提出することができる。

（６）薬価基準収載品目の供給について

①　新薬収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

②　新薬収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

２　報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載手続

（１）報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載希望書

①　報告品目

報告品目（医薬品部会の報告品目及び審議品目であって新医薬品以外のもの（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、報告品目の収載を希望する製造販売業者（以下「報告品目収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該報告品目について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

②　新キット製品

新キット製品（既存のキット製品がない医薬品について新たにキット製品として承認されたもの又は既承認のキット製品と機能・形態あるいは組み合わされた医薬品の組成が異なるものとして承認された医薬品（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新キット製品の収載を希望する製造販売業者（以下「新キット収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新キット製品について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗 HIV 薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

③　後発医薬品

後発医薬品（新医薬品、報告品目及び新キット製品以外の医療用医薬品を

いう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、後発医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「後発医薬品収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、原則として、２月 15 日及び８月 15 日（当該日が土曜日又は日曜日に該当するときは、その日後においてその日に最も近い平日とする。）までに医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該後発医薬品について、それぞれ当該年の３月 10 日及び９月 10 日までの指定する日までに提出すること。

④　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

（２）薬価基準収載の時期等

①　報告品目及び新キット製品

５月及び 11 月を標準とする。

②　後発医薬品

６月及び 12 月を標準とする。

（３）報告品目収載希望者、新キット製品収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの意見聴取

①　報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者からそれぞれ報告品目又は新キット製品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に通知するものとすること。

②　後発医薬品収載希望者から後発医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、必要に応じ当該収載希望者から意見を聴取する機会を設けることができる。

（４）薬価収載の決定の通知

薬価基準収載希望書の提出があった場合には、当該希望書の内容を審査のうえ、薬価基準収載日から３ヶ月以内の供給開始及びその後の継続した安定供給に支障がないことが確認された場合に限り、予め次の事項を報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者に対し通知したうえで、薬価基準に収載する。

①　品名、規格単位、決定された薬価

②　薬価収載予定日

③　保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

（５）　薬価基準収載品目の供給について

①　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

②　報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

３　再算定手続

薬価基準既収載品のうち、薬価改定の際に、「薬価算定の基準について」に規定する市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定により薬価を改定することとなる品目については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し、再算定品目を決定する。

（１）薬価改定年の前年の薬価調査月の末日時点において市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定の要件に該当すると考えられる品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式５に定める再算定候補品目要件該当性検討資料（以下「再算定要件該当性資料」という。）の提出を求める。

（２）提出された再算定要件該当性資料に基づき、薬価算定組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定品目として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（３）通知された再算定品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式６に定める再算定品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された再算定品目案が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。

（４）再算定品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該再算定候補品目の臨床試験に関与した者が当該製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度再算定品目案を決定する。この再算定品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有

無について確認する。

（５）通知された再算定品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても算定組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（６）中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

（７）中医協総会で了承された再算定品目については、当該品目の製造販売業者にその旨を通知した上で、その直後の薬価改定時に再算定により薬価を改定する。

なお、市場拡大再算定の対象候補品目として再算定要件該当性資料の提出が求められた日以降に市場規模の拡大、効能変化又は用法用量変化があった品目については、当該薬価改定時以降の薬価改定時に再算定対象品目の該当性を検討する。

（８）薬価改定の際以外の再算定に該当する品目については、上記の手順に準じて再算定手続を行う。

４　既収載品の費用対効果評価の手続

薬価基準既収載品のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和６年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により指定基準の該当性を検討する。なお、厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ薬価算定組織の意見を聴くことができる。

（１）　費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式７に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。

（２）　当該資料に基づき、指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（３）通知された費用対効果評価の対象品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式８に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づい

て説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。

（４）費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

当該意見を踏まえ厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（５）通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（６）中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

別紙様式１

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	－ － －			収載区分	新医薬品 ・ 報告品目 新キット製品 ・ 後発医薬品
薬効分類					
成分名					
会社名				販売会社名	
販売名					
規格単位					
効能・効果					
用法・用量					
薬事・食品衛生審議会審議日					
承認年月日					
算定希望内容	算定方式				
	比較薬	成分名			
		会社名			
		販売名			
		規格単位			
		薬価 （一日薬価）			
	補正加算				
	算定薬価 （一日薬価）				
外国価格					
市場規模予測	初年度	億円（患者数 人）			
	２年度	億円（患者数 人）			
	３年度	億円（患者数 人）			
	４年度	億円（患者数 人）			
	５年度	億円（患者数 人）			
	６年度	億円（患者数 人）			
	７年度	億円（患者数 人）			
	８年度	億円（患者数 人）			
	９年度	億円（患者数 人）			
	１０年度	億円（患者数 人）			
	（最大） 年度	億円（患者数 人）			
包装単位					
担当者連絡先	氏名	TEL	FAX	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
備考	最初に承認された国（年月）				

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

別紙様式２

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	－　－　－		
薬効分類			
成分名			
会社名		販売会社名	
販売名			
規格単位			
効能・効果			
用法・用量			
薬事・食品衛生審議会審議日			
承認年月日			
算定希望内容	算定方式	原価計算方式	
	原価計算	製品総原価	
		営業利益	
		流通経費	
		消費税相当額	
	補正加算		
	算定薬価		
外国価格			
市場規模予測	初年度　億円（患者数　人） ２年度　億円（患者数　人） ３年度　億円（患者数　人） ４年度　億円（患者数　人） ５年度　億円（患者数　人） ６年度　億円（患者数　人） ７年度　億円（患者数　人） ８年度　億円（患者数　人） ９年度　億円（患者数　人） １０年度　億円（患者数　人） （最大）　年度　億円（患者数　人）		
包装単位			
担当者連絡先	氏名　TEL　FAX　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
備考	最初に承認された国（年月）		

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年　月　日

住　所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏　名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　殿

別紙様式３

薬価算定案等不服意見書

成分名　　品目名

通知された算定案等 算定方式: 比較薬　: 補正加算: 算定式　: 新薬創出等加算の該当性: 費用対効果評価の指定基準の該当性:
算定案に対する意見及びその根拠

上記により通知された薬価算定案等に対する意見を提出します。

年　月　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式４

薬価基準収載医薬品に関する供給開始報告書

年　　月　　日

厚生労働省医薬産業振興・医療情報審議官　殿

所在地
会社名
代表者

		報　告　事　項
１．薬価基準収載医薬品コード(12桁ｺｰﾄﾞ)		
２．収　載　名　（　販　売　名　）		
３．規格単位		
４．承認番号及び承認年月日		
５．製造販売業者名		
６．薬価基準収載年月日		
７．供給開始年月		
８．供給開始を証明する書面 (医療機関等に対する販売伝票の写)		別添
９．薬価基準収載後３ヵ月以内に供給することができなかった場合はその理由		
10．ＧＳ１コード	包 装 単 位	Ｇ　Ｓ　１　コ　ー　ド

（注）本報告書は、規格単位別に作成すること。

別紙様式５

再算定候補品目要件該当性検討資料
（再算定要件該当性資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="2">１ 市場拡大再算定、２ 効能変化再算定、３ 用法用量変化再算定</td></tr>
<tr><td rowspan="2">名
称
等</td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>販売名
規格単位</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">成分及び分量又は本質</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">用法及び用量</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">効能又は効果</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの再算定</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場拡大再算定の場合は薬価収載時又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額を添付
なお、令和５年 11 月以降に小児、希少疾病、先駆的若しくは特定用途に係る効能・効果又は用法・用量が追加された場合又は令和６年４月以降に迅速導入により効能・効果又は用法・用量が追加された場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付。また、市販後に集積された調査成績により真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合は当該調査成績の概要を添付
２）効能変化再算定又は用法用量変化再算定の場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付</td></tr>
</table>

上記により再算定候補品目の要件該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式６

再算定品目案不服意見書

区分	１ 市場拡大再算定、２ 効能変化再算定、３ 用法用量変化再算定
通知された再算定品目の概要 販売名 汎用規格 主たる効能 主たる効能の一日用量 予想年間販売額 販売額の推移	
再算定品目案に対する意見及びその根拠	

上記により通知された再算定品目案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式７

費用対効果評価指定基準該当性検討資料

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="2">H1、　H2、　H4、　H5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">名
称
等</td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>販売名
規格単位</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">成分及び分量又は本質</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">用法及び用量
（用法及び用量ごとに承認日を併記）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">効能又は効果（効能又は効果ごとに承認日を併記）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">収載時ピーク時予測売上高</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準（H1 区分の場合は年間販売額 100 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1,000 億円以上）に該当することとなった場合には収載後から直近までの年間販売額を添付
２）指定難病の効能・効果を有する場合には、根拠となる関連資料を添付</td></tr>
</table>

上記により費用対効果評価の指定基準該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

別紙様式８

費用対効果評価の対象品目案不服意見書

区分	H1、　H2、　H3、　H4、　H5
通知された費用対効果評価品目の概要 　販売名 　汎用規格 　効能及び効果 　効能及び効果の一日用量 　予想年間販売額 　販売額の推移	
費用対効果評価の対象品目案に対する不服意見及びその根拠	

上記により通知された費用対効果評価の対象品目案に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について（案）

第１章　定義

１　特定保険医療材料

特定保険医療材料とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）において使用又は支給する医療材料のうち、技術料等とは別に償還価格を定める医療材料をいう。

２　機能区分

機能区分とは、構造、使用目的、医療上の効能及び効果等からみて類似していると認められる特定保険医療材料の一群として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める区分をいう。

３　基準材料価格

基準材料価格とは、特定保険医療材料の保険償還価格として、機能区分毎に定められる価格をいう。

４　基準材料価格改定

基準材料価格改定とは、厚生労働省が実施する材料価格調査の結果に基づき、基準材料価格に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

５　新規収載品

新規収載品とは、新たに保険適用の対象とされた医療材料の銘柄をいう。

６　既収載品

既収載品とは、既に保険適用の対象である医療材料の銘柄をいう。

７　新規機能区分

新規機能区分とは、新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）と明らかに異なるものと認められ、新規収載品が属する機能区分として新たに設定された機能区分をいう。

８　既存機能区分

既存機能区分とは、既収載品が属している機能区分をいう。

９　暫定機能区分

暫定機能区分とは、期限付改良加算（別表１－１に定める算式により算定される額を当該材料が新規収載されてから２回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまでに限り加算することができる改良加算をいう。以下同じ。）が付与された特定保険医療材料が属する機能区分として、当該加算が加算される間に限り設定される機能区分をいう。

10　類似機能区分

類似機能区分とは、当該新規機能区分と類似性が最も高い既存機能区分をいう。

11　類似機能区分比較方式

類似機能区分比較方式とは、類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。なお、既存機能区分を組み合わせる又は機能区分同士の差分を用いることにより、類似機能区分としてみなせる場合、既存機能区分の基準材料価格の和や差分を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

また、新規機能区分の基準材料価格を設定するに当たり、長さや面積、体積等が異なるもの

の、基本的な構成素材等が同一である既収載品が属する既存機能区分がある場合には、当該既存機能区分を類似機能区分として、製品の長さや面積、体積等により類似機能区分の基準材料価格を按分した額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

12　原価計算方式

原価計算方式とは、新規収載品の製造又は輸入に要する原価に、販売費及び一般管理費（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 68 条の５第１項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた特定医療機器に係る対策費用を含む。）、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

13　開示度

開示度とは、原価計算において、製品総原価に対する保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合のことをいい、開示度に応じて別表１－１に定める算式により加算係数を決定する。

14　補正加算

補正加算とは、類似機能区分比較方式又は原価計算方式で算定される新規機能区分に対して行われる画期性加算、有用性加算、改良加算、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、先駆加算及び特定用途加算をいう。

15　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。

イ　臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品（原価計算方式の場合は、臨床現場で使用されている既収載品）に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

16　有用性加算

有用性加算とは、画期性加算の３つの要件のうちいずれかを満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

17　改良加算

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。以下同じ。）に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であっても、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、別表１－１に別に定める算式により算定される額を加算する。

また、新規機能区分の設定により既収載品と区別して評価する場合には該当しないが、既収載品から一定程度の臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、期限付改良加算を加算することができる。

イ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療が可能となることや合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、

客観的に示されていること。

ニ　小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。

ホ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

ヘ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること。

ト　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養を安全かつ容易とすることが、客観的に示されていること。

チ　人その他生物（植物を除く。）に由来するものを原料又は材料（以下「生物由来原料等」という。）として用いた類似機能区分に属する既収載品に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有することが客観的に示されていること。

18　市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

19　市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

20　先駆加算

先駆加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により、先駆的医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定された医療材料についても、同様の取扱いとする。

21　特定用途加算

特定用途加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により、特定用途医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１－１に定める算式により算定される額の加算をいう。

22　経済性加算

経済性加算とは、対象疾患及び使用目的等が既収載品と原則同じ、かつ、臨床的な有効性が同等以上であり当該既収載品の代替となるものであって、既収載品を使用した場合と比較して特定保険医療材料に係る費用の削減が期待される場合に、新規機能区分に対する別表１－２に定める算式により算定される額の加算をいう。

23　外国平均価格に基づく価格調整

外国平均価格に基づく価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。以下同じ。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（４ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の 1.5 倍又は 1.25 倍に相当する額を上回る場合に、別表２に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

ただし、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ　外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2.5 倍を

上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を外国平均価格とみなす。

ロ　外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が３ヵ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍を上回る場合、当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

24　市場実勢価格加重平均値一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式とは、当該機能区分に属する全ての既収載品（材料価格調査時以降に保険適用されたことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既収載品及び第３章第４節に該当する新規収載品を除く。）の市場実勢価格、消費税率その他を考慮した別表３に定める算式により行う原則的な基準材料価格の改定方式をいう。

25　外国平均価格に基づく再算定

外国平均価格に基づく再算定とは、基準材料価格の改定において、市場実勢価格加重平均値一定幅方式に代えて、別表４に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

26　市場拡大再算定

市場拡大再算定とは、適応追加等により年間販売額が基準年間販売額の一定倍数を超えた既存機能区分に適用する別表５に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

27　医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会に係る評価を行う場合の要件

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会（以下「ニーズ検討会」という。）における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたものについて評価を行う場合に必要な要件とは、以下の全ての要件を満たす場合をいう。

イ　医療ニーズの高い医療機器として選定されてから３年以内に薬事承認申請（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認を得るために申請することをいう。以下同じ。）がなされたものであること。

ロ　総審査期間（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認を得るまでの期間をいう。以下同じ。）について、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合は120日以内、新医療機器の通常品目の場合は210日以内であること。

ハ　承認（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項に規定する製造販売の承認のことをいう。以下同じ。）又は認証（医薬品医療機器等法第23条の２の23第１項に規定する製造販売の認証のことをいう。以下同じ。）を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が120日以内であること。

28　再製造単回使用医療機器

再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）とは、単回使用の医療機器（一回限り使用できることとされている医療機器をいう。以下同じ。）のうち、再製造（単回使用の医療機器が使用された後、新たに製造販売をすることを目的として、これに検査、分解、洗浄、滅菌その他必要な処理を行うことをいう。以下同じ。）をされたもので、原型医療機器（再製造の用に供される単回使用の医療機器であって、未だ再製造されていないものをいう。以下同じ。）と同等の品質、有効性及び安全性を有し、原型医療機器と使用目的又は効果が同様の医療機器をいう。

第２章　特定保険医療材料の保険償還価格

第１節　保険償還価格の原則

特定保険医療材料の保険償還価格は、当該特定保険医療材料が属する機能区分（「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）

●（●）に基づき、当該機能区分の基準の見直しが行われる場合を含む。）の基準材料価格とする。

第３章　新規機能区分の基準材料価格の算定

第１節　類似機能区分がある場合

１　基準材料価格算定の原則

類似機能区分比較方式により、当該新規機能区分の類似機能区分の基準材料価格、既存機能区分の基準材料価格の和若しくは差の額、又は類似機能区分の基準材料価格を製品の長さや面積、体積等により按分した額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　補正加算

１にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、１により算定された額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

３　基準材料価格からの減額

１にかかわらず、当該新規収載品が既収載品よりも単純化した製品である場合には、１により算定された額から、既収載品よりも単純化した内容に応じて減額することができる。

４　経済性加算

１にかかわらず、当該新規収載品が既収載品の代替となる場合であって、当該新規収載品と既収載品それぞれにかかる基準材料価格の総額を算出し、前者が後者の価格よりも低い場合には、１により算定された額に、経済性加算を加算した額を新規機能区分の基準材料価格とする。

また、２の加算の要件に該当する場合には補正加算及び経済性加算を合算した額を新規機能区分の基準材料価格とする。

５　外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ただし、輸入原価の内訳に関する資料が提出されている場合であって、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格が、ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）については外国平均価格の0.8倍以下である場合、それ以外のものについては外国平均価格の0.5倍以下である場合は、原価計算方式によって算定される額をもって基準材料価格とすることができる。なお、この場合において、基準材料価格が外国平均価格を上回る場合は、外国平均価格を基準材料価格とする。

第２節　類似機能区分がない場合

１　基準材料価格算定の原則

原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　補正加算

１にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、１により算定された額に、補正加算を加算した額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

３　経済性加算

１にかかわらず、当該新規収載品が既収載品の代替となる場合であって、当該新規収載品と

既収載品それぞれにかかる基準材料価格の総額を算出し、前者が後者の価格よりも低い場合には、１により算定された額に、経済性加算を加算した額を新規機能区分の基準材料価格とする。また、２の加算の要件に該当する場合には補正加算及び経済性加算を合算した額を新規機能区分の基準材料価格とする。

４　外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第３節　プログラム医療機器の場合

１　原価計算方式における特例

原価計算方式によりプログラム医療機器の償還価格の設定を行う場合においては、一般管理販売費、研究開発費及び流通経費について、当面の間、個別のプログラム医療機器ごとに必要な費用について個別に判断し原価に加える。ただし、原価計算において計上する額は、薬事承認によって認められた性能に基づく機能を提供するために必要な費用に限られ、当該プログラム医療機器の性能向上に必要な費用等は含まれない。

２　補正加算

プログラム医療機器についても、補正加算の要件を満たす場合には、類似機能区分比較方式又は原価計算方式によって算定される額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第４節　再製造品の場合

再製造品における基準材料価格算定については、第１節及び第２節の規定にかかわらず、当該新規収載品の原型医療機器が属する機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第４章により算定された額とする。）に、再製造係数を乗じて得た額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

なお、再製造係数は、0.7 を原則とするが、当該再製造品の製造工程等を勘案し、決定する。

第５節　新規収載品に係る特例（暫定価格）

新規収載品（類似機能区分比較方式により算定されたものに限る。）のうち、暫定価格で保険償還が認められたものについては、当該新規収載品に係る機能区分が明確化されるまでの間、材料の定義通知からみて当該新規収載品と最も類似すると認められる既存の特定保険医療材料が属する機能区分の基準材料価格により保険償還を行う。

第６節　新規収載品に係る特例（迅速な保険導入に係る評価）

１　対象とする医療材料

類似機能区分比較方式又は原価計算方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で補正加算の要件を満たしたものを対象とする。

２　評価の対象となる要件

迅速な保険導入に係る評価の対象とするのは、１の医療材料のうち、次のいずれの要件も満たすものとし、当該要件への適合が確認できる資料をそれぞれ保険適用希望書に添付すること。

イ　日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法（Federal Food, Drug, and Cosmetic Act、FFDCA、FDCA、FD&C）に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日から 180 日以内又は日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日と比較して早いこと。（アメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出前を含む。）

ロ　総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目の場合には 90 日以内、新医療機器

の通常品目の場合には 180 日以内、改良医療機器の臨床ありの場合には 105 日以内であること。

3　評価

迅速な保険導入に係る評価は、新規機能区分の価格に追加して、２年間に限り、当該医療機器に対して、補正加算額の 50／100 を算定できることとする。

第７節　機能区分の特例

1　対象とする医療材料

次のいずれかの要件を満たし、新たに機能区分を設定した医療材料を対象とする。

イ　画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けた医療材料に限る。）を受け、新たに機能区分を設定した医療材料であること。

ロ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された医療材料であること。

ハ　ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）であること。

ニ　ハに該当する医療機器について中央社会保険医療協議会総会で保険適用の了承を得た製造販売業者から、当該公募品目の次に保険適用希望書が提出されたものであって、以下の全ての要件を満たすものであること。

ⅰ　ハに該当する医療機器の保険適用が中央社会保険医療協議会総会で了承された時点で、承認申請が既になされていたものであること。

ⅱ　総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合には 120 日以内、新医療機器の通常品目の場合には 210 日以内であること。

ⅲ　承認又は認証を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が 120 日以内であること。

ホ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定により、先駆的医療機器として指定された医療材料であること。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定され承認された医療材料についても、同様の取扱いとする。

ヘ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定により、特定用途医療機器として指定された医療材料であること。

2　基準材料価格改定及び再算定における取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料については、当該材料が新規収載されてから２回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまで、当該機能区分に属する他の既収載品とは別に基準材料価格改定及び再算定を行う。

3　新たに当該機能区分に該当する製品の基準材料価格の取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料が属する機能区分で、２により異なる基準材料価格が設定されている場合において、新たに当該機能区分に該当すると判断された製品の基準材料価格は、機能区分の特例の対象となる製品以外の基準材料価格を、当該新規収載品の基準材料価格とする。

第８節　使用成績を踏まえた再評価を行う場合の特例

1　対象とする医療材料

新規保険適用までの間に真の臨床的有用性が検証されなかったものであって、再評価を行うことの妥当性について、保険医療材料等専門組織により認められたもの又は医薬品医療機器等法第 23 条の 26 第１項の規定により条件及び期限を付して承認を与えられた再生医療等製品であって、同条第５項の規定に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたものを対象とする。

2　当該評価により基準材料価格を再評価する場合の基準材料価格の取扱い

イ　再評価により真の臨床的有用性が検証された医療材料

新規機能区分の設定妥当性、補正加算の該当性を決定する。その際、現に当該製品が属す

る既存機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第４章により算定された額とする。）に補正加算を加算した額を、当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ロ　再評価により真の臨床的有用性が保険収載時の評価よりも下回るとされた医療材料
当該医療材料の属する機能区分の見直しを検討する。

第４章　既存機能区分の基準材料価格の改定

基準材料価格の改定においては、次の第１節から第３節までのいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

第１節　基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表６に定める方式により改定する。

第２節　外国平均価格に基づく再算定

当該機能区分に係る保険償還価格を｛１＋（１＋地方消費税率）×消費税率｝で割り戻したものが当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（平成 24 年３月までに基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限り、平成 24 年４月以降に基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）における国別の価格が計算できる場合（３ヵ国又は４ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格」という。）の1.3倍以上である場合については、別表４に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。ただし、15%以上基準材料価格が下落する機能区分については段階的に引き下げを行うこととし、以下のイ又はロに該当する機能区分は、原則として、上記の取扱いの対象外とする。

イ　小児又は希少疾病のみを対象とする機能区分

ロ　供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料として価格の改定を行った機能区分（ただし、当該改定を行う診療報酬改定及びその次の診療報酬改定に限る。）

さらに、直近２回の材料価格改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を通じて保険償還価格の下落率が 15%以内である場合であって、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ　外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の2.5倍を上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が２ヵ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を既存品外国平均価格とみなす。

ロ　外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が３ヵ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍を上回る場合、当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、既存品外国平均価格とみなす。

なお、外国における価格が把握できない機能区分については、当該機能区分が属する分野の各機能区分の市場実勢価格加重平均値と既存品外国平均価格の比率の指数その他の方法により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

第３節　市場拡大再算定

次の１から３までの全てに該当する機能区分（以下「市場拡大再算定対象機能区分」とい

う。）については、別表５に定める算式により算定される額に改定する。

１　次のいずれかに該当する既存機能区分
イ　機能区分が設定される際、原価計算方式により算定された既存機能区分
ロ　機能区分が設定される際、原価計算方式以外の方式により算定されたものであって、機能区分の設定後に、当該機能区分に属する既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既存機能区分に属する既収載品の使用実態が著しく変化した既存機能区分

２　機能区分が設定された日又は機能区分の定義若しくは算定に係る留意事項の変更がされた日から 10 年を経過した後の最初の材料価格改定を受けていない既存機能区分

３　次のいずれかに該当する既存機能区分
イ　年間販売額（当該機能区分の材料価格改定前の基準材料価格に年間算定回数を乗じて得た、当該機能区分に属する全ての既収載品の年間販売額の合計額をいう。以下同じ。）が 150 億円を超え、基準年間販売額の２倍以上となるもの
ロ　年間販売額が 100 億円を超え、基準年間販売額の 10 倍以上となるもの（イを除き、原価計算方式により算定された既存機能区分に限る。）

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。
ⅰ　機能区分が設定された日から 10 年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合
基準年間販売額は、当該機能区分が設定された時点における当該機能区分全体の予想年間販売額（機能区分が設定された時点において当該機能区分に属する全ての医療機器の推定適用対象患者数を基に計算した予想年間販売額をいう。）とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

ⅱ　機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更があった場合であって、当該機能区分が設定された日から 10 年を経過した後の最初の材料価格改定後の場合
基準年間販売額は、機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた前年の１月１日から 12 月 31 日の期間における当該機能区分全体の年間販売額とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前（機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた日以降に限る。）に市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

第４節　迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器の特例
第３章第５節の評価を受けた医療機器については、第１節による基準材料価格改定を行う際は、当該評価を医療機器の市場実勢価格から除外する。
また、当該医療機器については、第１節及び第２節による基準材料価格改定後の当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第５節　暫定機能区分に属する医療機器の特例
暫定機能区分に属するとされた医療機器については、第１節による基準材料価格改定を行う際は、期限付改良加算額を医療機器の市場実勢価格から除外した上で、暫定機能区分を新設する際に類似機能区分とした機能区分に属する医療機器として取り扱う。
また、当該暫定機能区分については、第１節及び第２節による基準材料価格改定後の当該類似機能区分の基準材料価格に当該加算を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第６節　歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例
診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）の別表第二第２章第 12 部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表

７に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、第１節の規定にかかわらず、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して３月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表８に定める算式により算定される額に改定する。

第７節　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第１節又は第２節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第５章　機能区分の見直しに伴う基準材料価格の算定

第１節　当該機能区分に既収載品が属する場合

既存機能区分の見直しが行われ、当該機能区分に既収載品（第３章第４節に該当する新規収載品を除く。）が属するものに係る基準材料価格については、市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額とする。ただし、当該機能区分に属する全ての既収載品の基準材料価格改定前の保険償還価格を、当該既収載品の年間販売量で加重平均した額を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

第２節　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第１節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第６章　保険上の算定制限の見直しに伴う基準材料価格の再評価

特定保険医療材料の保険上の算定制限の見直しが行われた場合は、必要に応じて、保険適用時の保険償還価格設定の状況及び保険上の算定制限の見直しに伴う状況の変化を踏まえ、再評価を行う。

第７章　費用対効果評価に基づく価格調整

第１節　対象とする医療材料

費用対効果評価に基づく価格調整の対象となる特定保険医療材料は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●第●号、保発●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用効果評価の対象品目に指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された特定保険医療材料とする。ただし、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和４年２月９日医政発 0209 第５号、保発 0209 第６号）は、令和６年５月 31 日以前に指定された品目について、本通知発出後においても、なおその効力を有する。

第２節　基準材料価格の調整方法

対象品目が属する機能区分の基準材料価格について、費用対効果評価の結果及び別表９に定める算式により、第４章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定に限らず、年４回、価格調整を行う。なお、第４章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該特定保険医療材料及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第８章　実施時期等

第１節　実施時期等

１　本基準は、令和６年６月１日から適用する。ただし、材料価格基準において、当該機能区分の基準材料価格が保険医療機関等における購入価格によるものとされているものについては、保険医療機関等における実購入価格を当該特定保険医療材料の保険償還価格とする。

２　１により、保険医療機関等における実購入価格が保険償還価格とされている特定保険医療材料の基準材料価格を新たに設定する場合については、第５章の規定にかかわらず、当該機能区分に属する既収載品の税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税相当額を加えた額とする。

３　第７章の規定は、令和６年６月以降に費用対効果評価の対象として指定された品目に適用する。

第２節　改正手続等

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の見直し等、特定保険医療材料の基準材料価格算定の基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

別表１－１

補正加算の計算方法

１　基本的考え方

(1) 一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

(2) 複数の補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α１＋α２＋・・・）

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち保険医療材料等専門組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

加算係数　＝　1.0（開示度≧80%）
加算係数　＝　0.6（50%≦開示度＜80%）
加算係数　＝　0.2（開示度＜50%）

２　各補正加算率の計算方法

(1)　(2) 以外の場合

①類似機能区分比較方式の場合

補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B)/\log(0.5\times B/B)}$$

Ａ：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)
Ｂ：当該新規機能区分の類似機能区分が属する分野の基準材料価格を相加平均した額
Ｘ：算定値

ただし、α の値は次の各区分に定める範囲内とする。

画期性加算　：25／100≦α≦150／100
有用性加算　：2.5／100≦α≦45／100
改良加算　：2.5／100≦α≦30／100
市場性加算（Ⅰ）：５／100≦α≦15／100
市場性加算（Ⅱ）：1.5／100≦α≦4.5／100
先駆加算　：５／100≦α≦15／100
特定用途加算　：５／100≦α≦15／100

また、0.5Ａ／100≦α≦1.5Ａ／100 であり、Ａの範囲は次のとおり。
（改良加算について、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合及び期限付改良加算の場合は、１≦Ａ≦10 とする。）

画期性加算　50≦Ａ≦100
有用性加算　５≦Ａ≦30
改良加算　１≦Ａ≦20

市場性加算（Ⅰ）	A＝10
市場性加算（Ⅱ）	1≦A≦5
先駆加算	A＝10
特定用途加算	A＝10

②原価計算方式の場合
補正加算に応じた補正加算率を乗ずる。

(2)　補正加算前の額が 1,000 万円を超える医療機器（年間販売額（収載時にあっては(1)の補正加算率（α）に基づき算出したピーク時予測売上高）が 50 億円を超えるものに限る。）の場合

以下の算式により算出された補正加算率（β）に 100 を乗じた数を、（1）のAに置き換え、補正加算率（α）を算出する。

補正加算率（β）の算式

$$\beta = \frac{C}{100} \times 1.5^{\log(D/10,000,000)/\log(5,000,000/10,000,000)}$$

C：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)
D：当該新規機能区分の補正加算を行う前の額

別表１－２

経済性加算の計算方法

$$\text{加算額} = \frac{\text{予想費用削減額}}{\text{当該製品の予想平均使用数}} \times 0.5$$

なお、予想費用削減額は、一回の治療において一度に用いられる既収載品の平均使用数に当該既収載品の属する機能区分の基準材料価格を乗じた総額から、一回の治療において一度に用いられる新規収載品の予想平均使用数に既存機能区分の償還価格を乗じた総額を減じた額とする。

別表２

外国平均価格に基づく価格調整の計算方法

１　２以外の場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の１．25 倍に相当する額を超える場合

外国平均価格　×　1.25

２　当該新規収載品が以下のいずれかを満たす場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の 1.5 倍に相当する額を超える場合

イ　ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）

ロ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたもの

ハ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第２項の規定に基づき、先駆的医療機器として指定されたもの

ニ　医薬品医療機器等法第 77 条の２第３項の規定に基づき、特定用途医療機器として指定されたもの

ホ　画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けたものに限る。）を受け、新たに機能区分を設定したもの（原価計算方式で同様の要件を満たすものを含む。）

外国平均価格　×　1.5

別表３

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の計算方法

$$\left(\text{当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right) \times \left[\ 1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\ \right] + \text{一定幅}$$

消 費 税 率 ：消費税法(昭和 63 年法律第 108 号)第 29 条に定める率
地方消費税率：地方税法(昭和 25 年法律第 226 号)第 72 条の 83 に定める率

（注）１　令和６年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の４／100 に相当する額とする。

２　機能区分の見直しが行われた区分における一定幅については、改定後の基準材料価格の基礎となる算定値（税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税及び地方消費税を加えた額）の４／100 に相当する額とする。

３　再製造品が属する機能区分については、当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分とは別に基準材料価格改定を実施するが、改定後の基準材料価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の基準材料価格を超えない額とする。

別表４

外国平均価格に基づく再算定の計算方法

次の算式により算定される額
ただし、市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値を超えることはできない。

$$\text{既存品外国平均価格} \times 1.3 \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

（注）１　上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の 50／100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

２　再製造品が属する機能区分については、当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分とは別に基準材料価格改定を実施するが、改定後の基準材料価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の基準材料価格を超えない額とする。

別表５

市場拡大再算定対象機能区分の計算方法

市場拡大再算定対象機能区分に係る計算方法

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \left\{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \right\}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \left\{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \right\}$$

（注）上記算式による算定値が、原価計算方式により基準材料価格を算定した対象機能区分について材料価格改定前の基準材料価格の 75／100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により基準材料価格を算定した機能区分については材料価格改定前の基準材料価格の 85／100 を下回る場合には、当該額とする。

$$X\text{（市場規模拡大率）} = \frac{\left(\begin{array}{c}\text{市場拡大再算定対象機能区分}\\ \text{の材料価格改定前の基準材料価格を基に}\\ \text{計算した年間販売額}\end{array}\right)}{\text{当該機能区分の基準年間販売額}}$$

α（補正加算率）：個別の市場拡大再算定対象機能区分に属する医療機器について、第３章第７節に定める要件に該当する場合、補正加算の計算方法を準用して算定される補正加算率。

別表６

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の
基準材料価格の改定方法

１　対象区分の選定の基準

ア　代替するものがないこと。

（要望する製造販売業者の製品の機能区分内におけるシェアが 100%でない場合であって、シェアが大きいことにより当該製造販売業者が供給困難となった場合に、他の製造販売業者が不足分を供給できないと考えられる場合や、同一の機能区分の医療機器のうち特定のもののみが適用となる対象疾患等がある場合であって、他の製造販売業者が当該特定の医療機器の不足分を供給できないと考えられる場合も含まれる。）

イ　保険医療上の必要性が特に高いこと。

（関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等。）

ウ　継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。

（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。）

２　算定方法

原価計算方式により算定すること。

別表７

歯科用貴金属機能区分

品　　名
歯科鋳造用 14 カラット金合金インレー用（JIS 適合品）
歯科鋳造用 14 カラット金合金鉤用（JIS 適合品）
歯科用 14 カラット金合金鉤用線（金 58.33%以上）
歯科用 14 カラット合金用金ろう（JIS 適合品）
歯科鋳造用金銀パラジウム合金（金 12%以上 JIS 適合品）
歯科用金銀パラジウム合金ろう（金 15%以上 JIS 適合品）
歯科鋳造用銀合金　第１種　　（銀 60%以上インジウム 5%未満 JIS 適合品）
歯科鋳造用銀合金　第２種　　（銀 60%以上インジウム 5%以上 JIS 適合品）
歯科用銀ろう（JIS 適合品）

別表８

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

１　基準材料価格改定時における算式

$$\left(\left(\text{当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right)+\text{補正幅}\right)\times\left(1+(1+\text{地方消費税率})\times\text{消費税率}\right)+\text{一定幅}$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降における金、銀及びパラジウムのそれぞれの取引価格の平均値に、別表７に定める当該機能区分に属する特定保険医療材料の標準的な金、銀及びパラジウムの含有比率をそれぞれ乗じて算定される額の合計額（以下「平均素材価格」という。）

Ｙ＝材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

（注）令和６年度基準材料価格改定における歯科用貴金属機能区分の一定幅は、改定前の基準材料価格の４／100 に相当する額とする。

２　随時改定時における算式

$$\left(\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}\right) + \text{補正幅} \times \left(1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\right)$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Ｙ＝当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

別表９

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

１　価格調整対象

（１）類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料

類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料については、画期性加算、有用性加算又は改良加算のハ（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整対象とする。

加算部分割合は、基準材料価格算定時における価格（外国平均価格に基づく価格調整を受けた品目及び費用対効果評価に基づく価格調整を行った品目で再指定を受けた品目については、当該価格調整前の価格）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

（２）原価計算方式により算定された特定保険医療材料

原価計算方式により算定された特定保険医療材料については、次のいずれかを価格調整対象部分とし、価格調整対象部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整対象とする。

価格調整対象部分割合は、基準材料価格算定時における価格（費用対効果評価に基づく価格調整を行った品目で再指定を受けた品目に ついては、当該価格調整前の価格）に対する価格調整対象部分の割合とする。

①　令和２年４月１日以降に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア　開示度が 50%以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象部分とする。

イ　開示度が 50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に基準材料価格設定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。

ウ　開示度が 50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象とならないものについては、価格調整前の価格に基準材料価格設定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象部分とする。

②　令和２年３月 31 日以前に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア　開示度が 50%以上の品目であって、営業利益率のプラスの補正（有用性系加算に相当する補正が行われた場合に限る。）の対象となったもの（以下「営業利益率補正品目」という。）については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合を乗じて得た額（以下「営業利益率補正部分」という。）を価格調整対象部分とする。

イ　開示度が 50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率（基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合部分を除く。）を乗じて得た額（以下「営業利益部分」という。）及び営業利益率補正部分を価格調整対象部分とする。

ウ　開示度が 50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目以外のものについては、営業利益部分を価格調整対象部分とする。

２　価格調整の計算方法

（１）類似機能区分比較方式又は原価計算方式（開示度が 50%以上のものに限る。）により算定された特定保険医療材料

① 費用対効果評価による基準材料価格の算式

１（１）並びに１（２）①ア及び②アに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数（β）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格－価格調整対象×（１－β）

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整係数（β）を用いて分析対象集団ごとの価格（②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数（β）

ア 対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICERが算出可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ｉ ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの 1.25

（一）対象品目に係るメタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

（ア）対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor（Clarivate analytics社の“InCites Journal Citation Reports”により提供されているimpact factorをいう。）の平均値（当該論文の受理又は論文掲載時から過去５年間の平均値）が15.0を超える学術誌に原著論文として受理されていること。ただし、 他の条件をすべて満たすものの、「impact factorが15.0 を超える」という条件について、疾患領域の特性等により満たすことが困難な場合は、査読を受けた英文の原著論文であり、費用対効果評価専門組織で議論し、論文が十分、科学的に妥当であると判断される場合には、当該条件を満たすものとみなす。

（イ）当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊10年以内の学術誌でないこと。

（ウ）当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが、日本人を含む集団において統計学的に示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ⅱ ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの 1.0

ⅲ ICERが200万円/QALY以上500万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが200万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目 1.0

ⅳ ICERが500万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満の品目 0.7

ⅴ ICERが750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満の品目 0.4

ⅵ ICERが1,000万円/QALY以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,500万円/QALY以上の品目 0.1

イ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ⅰ　価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目　1.5

（一）対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究により示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ⅱ　価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しない品目又はいずれにも該当しない品目　1.0

ウ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

エ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が同等で、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（β）は 1.0 とする。

オ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからエの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

カ　データが開示されない等、製造販売業者の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、上記のアからオまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

キ　製造販売業者が人員不足等の理由で分析不能を申し出て、最終的に評価中止となった場合には、上記のアからカまでの取扱いに関わらず、該当集団に対する価格調整係数（β）は 0.1 とする。

ク　分析中断とされた品目について、定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合で、中央社会保険医療協議会総会において評価中止が認められない場合には、上記のアからキまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（β）は 0.1 とする。

（２）原価計算方式により算定された特定保険医療材料（開示度が 50%未満のものに限る。）

①　費用対効果評価による価格の算式

１（２）①イ及びウ並びに１（２）②イ及びウに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、有用性系加算部分又は営業利益率補正部分に係る価格調整係数（γ）及び営業利益部分に係る価格調整係数（θ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格

－　有用性系加算部分（又は営業利益率補正部分）$\times(1-\gamma)$

－　営業利益部分$\times(1-\theta)$

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数（γ 及び θ）を用いて分析対象集団ごとの価格（（１）②アｉの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の５％を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、（１）②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者１人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の２分の１に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

②　価格調整係数（γ）

価格調整係数（γ）は、それぞれ（１）②アからクに掲げる品目ごとに、それぞれ（１）

②アからクに定める係数とする。

③　価格調整係数（θ）

ア　対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が比較対象技術より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（θ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

ⅰ　ICER が 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 未満の品目　1.0

ⅱ　ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満の品目　0.83

ⅲ　ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目　0.67

ⅳ　ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目　0.5

イ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数は 1.0 とする。

ウ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

エ　対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が同等で、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（θ）は 1.0 とする。

オ　製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからエの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

カ　データが開示されない等、製造販売業者の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、上記のアからオまでの取扱いに関わらず、該当集団に対する価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

キ　製造販売業者が人員不足等の理由で分析不能を申し出て、最終的に評価中止となった場合には、上記のアからカまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

ク　分析中断とされた品目について、定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合で、中央社会保険医療協議会総会において評価中止が認められない場合には、上記のアからキまでの取扱いに関わらず、価格調整係数（θ）は 0.5 とする。

（３）価格調整後の価格の下限

（１）又は（２）により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出した ICER が 500 万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、１（２）②に該当する品目については、基準材料価格設定時における営業利益率補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

ア　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表１－１に規定する補正加算率を乗じる前の加算率をいう。以下同じ。）が 25%以下のもの

価格調整前の価格を 10%引き下げた額

イ　有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%以下のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

$$\text{引下率} = 10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率（\%）} - 25}{15} \quad (\%)$$

３　費用対効果評価通知に規定するＨ５区分に該当する品目の価格調整

Ｈ５区分に該当する品目の価格調整については、代表品目（費用対効果評価通知に規定する代表品目をいう。）と同様の価格調整を行うこととする。

中医協　総－４－２
６．２．１４

医療機器の保険適用等に関する取扱いについて（案）

１ 保険医療機器の区分

医療機器（プログラム医療機器を含む。以下同じ。）の保険適用上の区分は次のとおりとする。

Ａ１（包括）　当該医療機器を用いた技術が、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定方法告示」という。）に掲げられている項目のいずれかによって評価され、保険診療で使用できるものであって、Ａ２（特定包括）・Ａ３（既存技術・変更あり）以外のもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ａ２（特定包括）　当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のうち特定のものにおいて評価され、保険診療で使用できる別に定める特定診療報酬算定医療機器の区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ａ３（既存技術・変更あり）　当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されるが、算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ１（既存機能区分）　当該医療機器が、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号。以下「材料価格基準」という。）に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ２（既存機能区分・変更あり）　当該医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかにおいて評価されるが、機能区分の定義又は算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）　当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、材料価格基準において既存機能区分に対して期限付改良加算を付すことについて中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）における審議が必要なもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＲ（再製造）に相当しないもの）

Ｃ１（新機能）　当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（Ｒ（再製造）に相当しないもの）

Ｃ２（新機能・新技術）　当該医療機器（改良がなされた医療機器を含む。）を用いた技術が算定方法告示において、新たな技術料を設定し評価すべきものであって、中医協において保険適用の可否について審議が必要なもの。

Ｒ（再製造）　当該再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）の原型医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分又は暫定機能区分のいずれかに属するものであり、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）に相当しないもの）

Ｆ　保険適用に馴染まないもの。

２　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）を希望する医療機器の保険適用手続

（１）保険適用希望書の提出

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する承認若しくは認証を受けた後、又は届出（承認された事項の一部の変更に係る計画（以下「変更計画」という。）に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙１、２又は３に定める保険適用希望書を提出すること。

なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。決定区分Ｂ１を希望する医療機器の保険適

用希望書の提出に当たっては、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一医科点数表（以下「医科点数表」という。）の第２章第２部に規定する特定保険医療材料（以下「在宅材料」という。)、医科点数表の第２章第１部、第３部から第６部まで及び第９部から第 12 部までに規定する特定保険医療材料（フィルムを含む。）（以下「医科材料」という。)、別表第二歯科点数表に規定する特定保険医療材料（以下、「歯科材料」という。）及び別表第三調剤点数表に規定する特定保険医療材料（以下「調剤材料」という。）それぞれの該当性の有無を明記すること。

また、薬事承認における二段階承認の考え方に基づく第一段階承認を得た医療機器についても、決定区分Ａ１（包括）又はＡ２（特定包括）を希望する場合は、保険適用希望書を提出できること。

新規収載後に使用成績を踏まえた再評価に係る申請（以下「チャレンジ申請」という。）を希望する医療機器の製造販売業者は、保険適用希望書の提出時又は保険適用日から起算して１年を経過する日までに、チャレンジ申請による再評価を希望する内容について、保険適用後にデータを収集する方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、チャレンジ申請による再評価は、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断された後に製造販売業者が関与の上で、前向きに収集したデータに基づくものに限られること。また、令和６年５月 31 日までに決定区分Ａ１（包括)、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として保険適用された医療機器については、令和７年５月 31 日までの間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（２）保険適用時期

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器に限る。）については、医薬品医療機器等法に規定する承認若しくは認証を受けた日、届出が受理された日又は変更計画に従った変更を行った日から保険適用とする。ただし、承認、認証、届出又は変更の前に、決定区分Ａ１（包括）を希望しない旨の申出を行った場合はこの限りでない。

決定区分Ａ１（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。)、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、決定区分に応じそれぞれ次のとおり保険適用する。ただし、（４）の保険適用不服意見書の提出を行った場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合はこの限りでない。また、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器のうちプログラム医療機器における審査に係る標準的な事務処理期間及び保険適用時期については、それぞれＡ３（既存技術・変更あり)、Ｂ２（既存機能区分・変更あり）の場合に準ずる。

①　決定区分Ａ１（包括）

保険適用希望書が受理された日（内容等に係る不備の補正が終了した日）から起算して、20 日（ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第３条に規定する休日、１月２日、１月３日、12 月 29 日、12 月 30 日及び 12 月 31 日（以下「休日等」という。）を除いて計算する日数とする。）を経過した日から保険適用とする。

② 決定区分Ａ２（特定包括）及びＢ１（既存機能区分）

各月 10 日までに保険適用希望書が受理された（内容等に係る不備の補正が終了した）ものについては、原則として、翌月１日から保険適用する。

（３） 決定案の事前連絡

決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器が希望する機能区分等（決定区分Ａ１（包括）については当該決定区分を、Ａ２（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、Ｂ１（既存機能区分）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

（４）保険医療材料等専門組織の関与

① 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。

② 提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、決定区分を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

③ Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器のうち、プログラム医療機器については、区分の妥当性について保険医療材料等専門組織において検討を行う。

④ 決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合には、チャレンジ申請を行うことの妥当性について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。また、製造販売業者のうち、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

⑤ チャレンジ申請を行うことの妥当性に関する保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や

臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。また、当該医療材料の再評価の希望の取り下げに当たっては、保険医療材料等専門組織における検討の上で認められる必要があり、検討に当たっては、製造販売業者に対してそれまでの臨床成績等について報告を求める。

⑥　通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙７－２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

⑦　提出された不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑧　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取り下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認又は認証事項の一部変更認証された場合、あるいは変更計画に従った変更を行う旨を届け出た場合は、この限りでない。

（５）保険適用等の決定通知

決定区分Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等及び都道府県知事に対し通知する。

①　決定区分及び機能区分等

②　保険適用開始年月日

（６）決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）の取扱い

①　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ１（既存機能区分）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記２の（２）と同様とする。

②　決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ１（既存機能区分）として決定された医療機器については、他の機能区分等による再希望を妨げない。

3　決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の保険適用手続

（1）　保険適用希望書の提出

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、又は届出（変更計画に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙４に定める保険適用希望書を提出すること。なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。提出に当たっては、在宅材料、医科材料、歯科材料及び調剤材料それぞれの該当性の有無を明記すること。

また、新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、保険適用希望書の提出時又は保険適用日から起算して１年を経過する日までに、チャレンジ申請による再評価を希望する内容について、保険適用後にデータを収集する方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、チャレンジ申請による再評価は、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断された後に製造販売業者が関与の上で、前向きに収集するデータに基づくものに限られること。また、令和６年５月31日までに決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として保険適用された医療機器については、令和７年５月 31 日までの間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（2）　審査に係る標準的な事務処理期間

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）を希望する場合、各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して４月（審査に係る標準的な事務処理期間が 80 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（4）④の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

（3）　上記（2）の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

①　保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

②　追加資料の要求等に係る期間

③　休日等

（4）保険医療材料等専門組織の関与

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、変更希望のあった内容について取扱いを決定する。なお、決定区分Ｂ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあったもののうち、その希望内容が既存機能区分の定義への原材料の種類の追加のみを行う等であり軽微な変更にとどまるものとして保険医療材料等専門組織委員長が認めた場合においては、保険医療材料等専門組織への報告をもって決定案とすることができる。

また、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

① 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器の変更希望内容等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、軽微な変更の場合を除き、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 既存の機能区分の定義、算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

ウ 既存の算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

エ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）として希望のあった医療機器において、当該医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しを検討する基準の設定

オ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

カ 決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）として希望のあった医療機器について、医療技術評価分科会における審議の要否

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付して製造販売業者に通知する。

③ チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。また、当該医療材料の再評価の希望の取り下げに当

たっては、保険医療材料等専門組織における検討の上で認められる必要があり、検討に当たっては、製造販売業者に対してそれまでの臨床成績等について報告を求める。

④　通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙７－２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

⑤　提出された不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑥　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取り下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認又は認証事項の一部変更認証された場合、あるいは変更計画に従った変更を行う旨を届け出た場合は、この限りでない。

（５）保険適用時期

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＢ２（既存機能区分・変更あり）として決定された医療機器については、決定された月の翌月１日から保険適用するものとする。

（６）保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

(ア)決定区分及び機能区分等

(イ)保険適用開始年月日

４　決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）を希望する医療機器の保険適用手続

（１）保険適用希望書の提出

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙５、６又は７に定める保険適用希望書を提出すること。提出に当たっては、在宅材料、医科材料、歯科材料及び調剤材料それぞれの該当性の有無を明記すること。

新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、保険適用希望書の提出時又は保険適用日から起算して１年を経過する日までに、チャレンジ申請による再評価を希望する内容

について、保険適用後にデータを収集する方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、チャレンジ申請による再評価は、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断された後に製造販売業者が関与の上で、前向きに収集したデータに基づくものに限られること。なお、新規収載時にチャレンジ申請を行うことが妥当であると認められた製品であって、特定保険医療材料であるものについてチャレンジ申請を行う場合は、Ｃ１（新機能）の例に準じること。

また、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてチャレンジ申請を行う場合は、Ｃ２（新機能・新技術）の例に準じ、保険医療材料等専門組織において、再評価の妥当性等に係る審議を行うこととする。保険医療材料等専門組織における審議の内容（製造販売業者による意見表明を含む。）及び結果を踏まえ、直近の診療報酬改定（保険医療材料等専門組織における審議の結果が当該診療報酬改定の前年の10月以降に定められた場合には、その次の診療報酬改定）において技術料の見直しを行うこととし、具体的な評価については、医療技術評価分科会において審議することとする。ただし、令和６年５月31日までに決定区分Ｃ２（新機能・新技術）で、技術料に一体として包括して評価される医療機器については、令和７年５月31日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

ただし、当該医療機器が後発医療機器等（薬事承認時における区分が後発医療機器、薬事認証品又は届出品）である場合については、別紙12により後発医療機器等であるにも関わらずＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）を希望することに係る理由書を提出することとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（２）審査に係る標準的な事務処理期間

① 決定区分Ｃ１（新機能）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）、Ｒ（再製造）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して４月（審査に係る標準的な事務処理期間が 80 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（５）③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

② 決定区分Ｃ２（新機能・新技術）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が 100 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、（５）③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

（３）上記（２）の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

①　保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

②　追加資料の要求等に係る期間

③　休日等

（４）　保険適用希望者からの意見聴取

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）として希望のあった医療機器については、当該保険適用希望書の審査に際し必要に応じ製造販売業者から意見を聴取する。

（５）　保険医療材料等専門組織の関与と中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、材料価格基準への収載における取扱いを決定する。なお、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

①　決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）若しくはＲ（再製造）として希望のあった医療機器の機能区分設定等又は決定区分Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）として希望のあった医療機器にあっては既存機能区分に対する補正加算率等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア　決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はＲ（再製造）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ　類似機能区分の有無（類似機能区分比較方式か原価計算方式かの妥当性）

ウ　類似機能区分選定の妥当性（暫定価格による保険償還を希望する場合を含む。）

エ　補正加算又は減額の適用の妥当性（補正加算の場合は加算要件への適否）

オ　補正加算を期限付改良加算として適用する場合、その妥当性（加算要件への適否）

カ　経済性加算の適用の妥当性

キ　希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器の該当性

ク　製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料等専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる

資料の提出を求めることができる。また、プログラム医療機器については、薬事承認によって認められた性能に基づく機能を提供するために必要な費用に限り原価計算において必要な費用として計上でき、保険医療材料等専門組織はその参考となる資料やその他製品製造原価の参考として必要な資料等の提出を求めることができる。

ケ　当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分及び再製造係数の妥当性（決定区分Ｒ（再製造）の場合）

コ　価格調整における類似外国医療機器の選定の妥当性

なお、保険医療材料等専門組織は、外国平均価格や各国の価格が大きく異なる場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、販売実績などを含めた外国価格の参考となる資料の提出を求めることができる。

サ　新規の機能区分の定義の妥当性

シ　当該医療機器を用いる技術が評価されている算定方法告示項目選定の妥当性（決定区分Ｃ１（新機能）の場合）

ス　当該機能区分の基準年間販売額（決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、又はＲ（再製造）の場合）

セ　当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示項目選定の妥当性及び両者の技術的相違点（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

ソ　当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項（施設基準に係る留意事項を含む。）の見直しに係る妥当性（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

タ　当該医療機器を用いる技術を評価する技術料の見直しを検討する基準の設定（決定区分Ｃ２（新機能・新技術）の場合）

チ　当該医療機器の新規収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。また、当該医療材料の再評価の希望の取り下げに当たっては、保険医療材料等専門組織における検討の上で認められる必要があり、検討に当たっては、製造販売業者に対してそれまでの臨床成績等について報告を求める。

ツ　費用対効果評価の指定基準の該当性

テ　決定区分Ｃ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器について、医療技術評価分科会における審議の要否

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案（暫定価格を希望している場合は選定した類似機能区分及び基準材料価格を含む。）は、中医協総会での審議の前にその理由を付して製造販売業者に通知する。

③ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙７－２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙８に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑤ 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取り下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織（中医協総会において審議を行った場合は中医協総会）の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認又は認証事項の一部変更認証された場合、あるいは変更計画に従った変更を行う旨を届け出た場合は、この限りでない。

⑥ Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として通知した決定案について製造販売業者の不服がないことを確認した医療機器及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された機能区分（Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）にあっては既存機能区分に対する補正加算率）については中医協総会で審議し、その了承を求める。

⑦ 中医協総会の審議において、当該新規医療機器について保険適用を行わないこととされた場合には、製造販売業者は、１回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

（６）保険適用時期

決定区分Ｃ１（新機能）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として決定された医療機器及び決定区分Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、１年に４回を標準として保険適用する。保険適用時期については、３月、６月、９月及び 12 月を基準とする。なお、医薬品の適応判定の補助を目的として使用される医療機器については、決定区分Ｃ２（新機能・新技術）として決定されたものであっても、当該医薬品の保険適用状況を踏まえ、特

例として、当該医療機器の保険適用を決定した月の翌月 1 日又は中医協総会において了承された保険適用日から保険適用することができる。

（7）保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

① 決定区分

② 保険適用開始年月日

③ 暫定価格等

（8）決定区分非Ｃ１（新機能）、非Ｃ２（新機能・新技術）の取扱い

① 決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器が保険医療材料等専門組織により当該区分に該当しないと判断された場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記３（２）と同様とする。

② 決定区分非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、決定された日をもって当該区分として保険適用希望書を受理したものと見なし、その保険適用時期は２(２)に準じることとする。

5 医療技術評価分科会における検討を要する技術について

決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器の保険医療材料等専門組織での検討において、保険適用希望内容のうちその一部又全部について以下の（１）又は（２）に該当するなど、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができる。

（１）当該医療機器を用いた技術を評価する場合に、類似する既存技術に対する評価との整合性の観点から、当該既存技術に対する評価を同時に見直す必要があるもの

（２）当該医療機器を用いた医療に関する医療提供体制（オンライン診療又は在宅医療等）のあり方について検討が必要なもの（医科点数表第２章第２部第２節「在宅療養指導管理料」に新たな技術料を設定するものを含む。）

なお、医療技術評価分科会での審議が必要とされた場合には、診療報酬改定に向けた学会等から提案のあった医療技術の評価等とあわせて医療技術評価分科会で審議を行うこととし、当該医療機器の

製造販売業者は、厚生労働省の通知する様式に基づき、医療技術評価分科会への提案書を作成の上、医療技術評価分科会での審議の求めのあった保険医療材料等専門組織の当日から起算して３月を経過する日又は診療報酬改定の前年度の 10 月末日のうち、いずれか早い日までに提出すること。

6　機能区分の設定及び見直しに係る手続

（1）　新規機能区分設定に係る手続

①　新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効果等）からみて、既存の機能区分とは明らかに異なるものと認められる場合（再製造品は除く。）には、新規機能区分を設定する。

②　再製造品については、当該再製造品の原型医療機器が属する既存機能区分とは別に新規機能区分を設定する。なお、機能区分を決定する再製造品の原型医療機器と同一機能区分に属する別の原型医療機器に、再製造品がある場合にあっては、当該再製造品と同一の機能区分とする。

③　新規機能区分の設定にあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議する。

（2）　既存機能区分の見直しに係る手続

①　既存機能区分の見直しが必要な場合は、基準材料価格改定にあわせて見直しを行う。なお、機能区分の見直しが行われた際は、市場拡大再算定における基準年間販売額の見直しを行う。

既存の機能区分の見直しにあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議することとし、検討にあたっては、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙 10－２に定める機能区分見直し等案不服意見書を提出することができる。機能区分見直し等案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

7　再算定手続

材料価格基準に規定する機能区分のうち、基準材料価格改定の際に、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和●年●月●日保発●第●号）に規定する市場拡大又は外国平均価格に基づく再算定により基準材料価格を改定することとされている機能区分については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し決定する。

（1）　材料価格改定年の前年において市場拡大に基づく再算定の要件に該当するとされる機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙９に定める再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。また、各機能区分に属する医療機器の外

国価格については、関係する製造販売業者から、毎年、別紙 10－１に定める外国価格報告書の提出を求める。

（２）　提出された要件該当性検討資料及び外国価格報告書に基づき（製造販売業者から外国価格報告書の提出がない場合は、この限りでない。）、保険医療材料等専門組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定の対象として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者に通知する。なお、市場拡大再算定の要件に該当する機能区分に属する既収載品のうち、保険医療材料等専門組織において市場における競合性が乏しいと認められたものについては、６（２）の手続に準じて当該既収載品の属する機能区分の見直しを行った上で、市場拡大再算定の対象からは除く。

（３）　通知された再算定案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙 11 に定める再算定案不服意見書を提出することができる。

（４）　再算定案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度再算定案を決定する。この再算定案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（５）　通知した再算定案について、製造販売業者に不服がないことを確認した機能区分及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に再算定が適切と認められる機能区分については、当該再算定案をもって中医協総会で審議する。

（６）　中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

（７）　中医協総会で了承された再算定対象機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者にその旨を通知した上で、その後の基準材料価格改定時に再算定により基準材料価格を改定する。

８　既存医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しに係る手続

（１）　医療機器の市場拡大再算定における技術料の見直しの検討に必要な基準の設定に係る手続

①　決定区分Ｃ２又はＡ３で保険適用された技術に係る技術料について、以下を見直しの要件とする。

次のいずれかに該当する技術料

ア　年間算定額（当該技術料の診療報酬改定の前年度の年間算定点数に相当する金額をいう。以下同じ。）が 150 億円を超え、予想年間算定額の２倍以上となるもの

イ　年間算定額が 100 億円を超え、予想年間算定額の 10 倍以上となるもの

なお、予想年間算定額は、次のとおりとする。

ア　決定区分Ｃ２で保険適用された技術の場合

予想年間算定額は、保険適用された時点における当該技術料の、見直しの要件に該当することが確認された診療報酬改定の前年度又はピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定点数に相当する金額とする。ただし、当該技術が、前回の診療報酬改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術の年間算定点数に相当する金額とする。

イ　決定区分Ａ３で保険適用された技術の場合

予想年間算定額は、保険適用された日の前年における当該技術料の年間算定点数に相当する金額又はピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定点数に相当する金額とする。ただし、当該技術が、前回の診療報酬改定以前に（当該技術料の算定に係る留意事項の変更がされた日以降に限る。)、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術料の年間販売額とする。

②　技術料の見直しの要件に該当する場合の手続

技術料の見直しの検討に必要な基準が設定された技術のうち、診療報酬改定の際に、技術料見直しの要件に該当することが確認された技術については、次の手順により見直しについて検討し決定する。

ア　診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる技術については、当該技術に用いる医療機器の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙９に定める要件該当性検討資料の提出を求める。

イ　提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該技術に用いる医療機器の製造販売業者に通知する。

ウ　通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙 11 に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。

エ　技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該医療機器の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

オ　通知した見直し案について、製造販売業者等に不服がないことを確認した技術及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた技術については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

（２）希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器に係る技術料の見直しの検討に必要な基準の設定に係る手続

①　希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器に係る技術料の見直しの対象について、以下の基準を設ける。

希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器であって、年間算定回数（当該技術料の診療報酬改定の前年度の年間算定回数をいう。以下同じ。）が保険適用時に想定された予想年間算定回数を超えており、当該年間算定回数を予想年間検査回数として別表 16 に基づき算出した場合の技術料が現在の技術料を下回る場合に、見直しの対象とする。

なお、予想年間算定回数は、保険適用された時点における当該技術料のピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定回数とする。ただし、当該技術が、前回の診療報酬改定以前に、希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器に係る技術料の見直しの対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術全体の年間販売額とする。

②　設定された予想年間算回数を上回った技術料の見直しに係る手続

予想年間算定回数が設定された技術料のうち、診療報酬改定の際に、年間算定回数が予想年間算定回数を上回ることが確認された技術料については、当該年間算定回数を予想年間検査回数として別表 16 に基づき算出した技術料に見直しを行う。

9　既収載品に係る費用対効果評価の手続

材料価格基準に規定する機能区分に属する特定保険医療材料のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により費用対効果評価の指定基準の該当性を検討する。なお。厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ保険医療材料等専門組織の意見を聴くことができる。

（1）　費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙 13 に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。

（2）　当該資料に基づき、費用対効果評価の指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該品目の製造販売業者に通知する。

（3）　通知された費用対効果評価の対象品目案（以下「対象品目案」という。）に対して、不服がある製造販売業者は、別紙 14 に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。

（4）　費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。当該意見を踏まえ、厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

（5）　通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

（6）　中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

10　保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙１～14 を取り下げる場合は、別紙 15 に定める医療機器保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

11　その他

（1）事前相談

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

（2）医療機器の供給について

①　製造販売業者は、その販売等を行う医療機器が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく、販売等を行い、当該医療機器の医療機関への供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

② 保険適用された医療機器について、安定供給が困難な事態に至るおそれがある場合には、別に定める方法により遅滞なく報告するものとする。

③ 特にやむを得ない正当な理由がなく、①及び②の規定が履行されなかった場合又はされないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る医療機器について、保険適用の手続を保留することができる。

④ ②の報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

整理番号

別紙１　　医療機器保険適用希望書　（決定区分Ａ１（包括））

<table>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td>製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>承認番号
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は届出
年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td>使用目的又は効果</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた
再評価希望の有無</td><td colspan="3">有（収載時・収載後）　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙２

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ａ２（特定包括））

希望する特定診療報酬算定医療機器の区分			
保険適用希望種別	１.新規 ２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更 ３.使用目的又は効果の追加・変更		
算定する関連診療報酬項目			
販 売 名			
製品名・製品コード	製品名	製品コード	製品コード数
類　　別		一般的名称	
承認番号 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 （及び最終一部変更年月日）	
製品概要			
医療機関向け取扱い説明書 又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書　有　・　無 パンフレット　有　・　無		
メンテナンスの要・不要	要　・　不要		
使用成績を踏まえた 再評価希望の有無	有（収載時・収載後）　・　無		
希望小売価格（参考）			
担当者連絡先	担当者名： 電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙３

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ｂ１（既存機能区分））

希望する特定保険医療材料の区分		機能区分コード				
		B				
保険適用希望種別	１.新規 ２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更 ３.使用目的又は効果の追加・変更					
関連する診療報酬項目						
販 売 名						
製品名・製品コード	製品名	製品コード	製品コード数			
類　　別		一般的名称				
承認番号、認証番号又は届出番号		承認年月日、認証年月日又は届出年月日（及び最終一部変更年月日）				
製品概要						
医療機関向け取扱い説明書又はパンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書　有　・　無 パンフレット　有　・　無					
メンテナンスの要・不要	要　・　不要					
使用成績を踏まえた再評価希望の有無	有（収載時・収載後）　・　無					
医科材料該当性の有無	有　・　無					
在宅材料該当性の有無	有　・　無					
歯科材料該当性の有無	有　・　無					
調剤材料該当性の有無	有　・　無					
希望小売価格（参考）						
担当者連絡先	担当者名：　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：					
備　　考						

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙４

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ａ３（既存技術・変更あり）、Ｂ２（既存機能区分・変更あり）〕

<table>
<tr><td>販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td>製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>変更希望の概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた
再評価希望の有無</td><td colspan="3">有（収載時・収載後）・ 無</td></tr>
<tr><td>医科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>在宅材料該当性の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>調剤材料該当性の有無</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙５

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）、Ｂ３（期限付改良加算・暫定機能区分）（類似機能区分がある場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="4">医療機関向け取扱い説明書　有・　無
パンフレット　有・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="4">要・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="10">算定希望内容</td><td>算定方式</td><td colspan="4">類似機能区分比較方式</td></tr>
<tr><td>類似機能区分</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>補正加算</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>外国平均価格及び外国
平均価格との比</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>迅速な保険導入に
係る評価の希望の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td>暫定価格希望の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td>使用成績を踏まえた
再評価希望の有無</td><td colspan="4">有（収載時・収載後）・　無</td></tr>
<tr><td>医科材料該当性の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td>在宅材料該当性の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td>調剤材料該当性の有無</td><td colspan="4">有・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

整理番号

別紙６

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）（類似機能区分がない場合、新技術のみの場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td>製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号、
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日
又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="3">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="3">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="15">算定希望内容</td><td colspan="2">算定方式</td><td colspan="3">原価計算方式</td></tr>
<tr><td rowspan="7">原価計算</td><td>原材料費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>一般管理販売費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>研究開発費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>営業利益</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>流通経費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>消費税相当額</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用成績を踏まえた再評価希望の有無</td><td colspan="3">有（収載時・収載後）　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">医科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">在宅材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">調剤材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙７－１

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｒ（再製造）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販 売 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td colspan="2"></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認番号又は認証番号</td><td colspan="2"></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け取扱い説明書
又はパンフレットの有無</td><td colspan="3">医療機関向け取扱い
説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの要・不要</td><td colspan="3">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="9">算定希望内容</td><td>算定方式</td><td colspan="3">類似機能区分比較方式</td></tr>
<tr><td>類似機能区分</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>医科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>在宅材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>歯科材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>調剤材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>その他の医療材料該当性の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙７－２

同意書

販 売 名			
保険適用希望書提出日			
承認番号又は認証番号			
決定区分案		算定方式	
類似機能区分・決定機能区分		補正加算	
原型医療機器		再生製造係数	
材料価格案・保険点数案 ・準用保険点数案			
	販売金額	本医療機器使用患者数	
初年度			
２年度			
３年度			
４年度			
５年度			
６年度			
７年度			
８年度			
９年度			
１０年度			
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、通知された決定案に同意します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙８

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された決定案
決定案：
費用効果評価の指定基準の該当性：</td></tr>
<tr><td colspan="2">決定案に対する意見</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された決定案に対する意見書を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙９

再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料
（要件該当性検討資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="3">市場拡大再算定・技術料の見直し</td></tr>
<tr><td rowspan="6">名
称
等</td><td>対象機能区分
もしくは
対象技術</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">販売名等</td><td>販売名</td><td>前年度販売実績及び販売額</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用目的又は効果</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの再算定</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">１）市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、機能区分設定時、技術料の設定又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額（又はピーク時市場規模）を添付
２）市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、製品概要について添付
３）市場における競合性が乏しいと考えられる医療機器については、その妥当性の説明資料を添付</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="2">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、要件該当性検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 10－１

外国価格報告書

対象機能区分				日本		アメリカ合衆国					連合王国					ドイツ					フランス					オーストラリア				
分野番号	機能区分名	機能区分コード	償還価格	製品名	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考	製品名	類似品	現地価格(実売価格)	現地価格(リストプライス)	備　考

上記により、外国価格報告書を提出します。

令和　　年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 10－２

機能区分見直し等案不服意見書

通知された機能区分見直し等案の概要
上記に対する意見及びその根拠

上記により、通知された機能区分の見直し等案に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 11

再算定案不服意見書／技術料見直し案不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">通知された再算定案（技術料見直し案）の概要対象となる機能区分名（技術）
対象となる機能区分（技術）コード</td></tr>
<tr><td colspan="2">再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 12

後発医療機器等におけるＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）
及びＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書

販売名		
同等性を有する医療機器の販売名		
Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）又はＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請を行う理由		
担当者連絡先	担当者名：	電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：

上記により、後発医療機器におけるＣ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）及びＢ３（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 13

費用対効果評価指定基準該当性検討資料

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定基準該当性に対する意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td colspan="2">１）市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準（H1 区分の場合は年間販売額 100 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1000 億円以上）に該当することとなった場合には収載後から直近までの年間販売額を添付
２）指定難病の効能・効果を有する場合には、根拠となる関連資料を添付</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、費用対効果評価の指定基準該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 14

費用対効果評価の対象品目案不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された対象品目案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象品目案に対する不服意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された対象品目案に対する不服意見を提出します。

年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿

別紙 15

医療機器保険適用希望書等取下げ書

<table>
<tr><td>提出年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>提出書類名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>販売名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号
認証番号又は
届出番号</td><td></td><td>承認年月日、
認証年月日又は
届出年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>取下げ理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙 16

希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な医療機器に係る技術料の設定方法

(1) 医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された療機器である場合

希少疾病用として薬事上指定された医療機器を用いた検査の技術料については、準用技術料に 110/100 の係数を乗じた点数を算定する。ただし、予想年間算定回数が以下に該当する場合は、準用技術料に 110/100 ではなく、以下の係数を乗じた点数を算定できることとする。

予想年間算定回数が 600 回以上、800 回未満の場合、120/100
予想年間算定回数が 400 回以上、600 回未満の場合、130/100
予想年間算定回数が 200 回以上、400 回未満の場合、140/100
予想年間算定回数が 200 回未満の場合、150/100

(2) 想定される検査回数が少ない医薬品の適応判定に用いる医療機器である場合

医薬品の適応判定に用いる医療機器を用いた検査のうち、予想年間算定回数が 1,000 回以下の場合は、予想年間算定回数に応じて、準用技術料に以下の係数を乗じた点数を算定できることとする。

予想年間算定回数が 800 回以上、1,000 回未満の場合、110/100
予想年間算定回数が 600 回以上、800 回未満の場合、120/100
予想年間算定回数が 400 回以上、600 回未満の場合、130/100
予想年間算定回数が 200 回以上、400 回未満の場合、140/100
予想年間算定回数が 200 回未満の場合、150/100

中医協　総－４－３
６．２．１４

体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて（案）

１　保険適用上の区分

体外診断用医薬品の保険適用上の区分は、それぞれ次のとおりとする。

Ｅ１（既存項目）	測定項目、測定方法とも既存の品目
Ｅ２（既存項目・変更あり）	測定項目は新しくないが測定方法等が新しい品目で、Ｅ３（新項目、改良項目）に該当しないもの
Ｅ３（新項目、改良項目）	測定項目が新しい品目又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存測定項目
Ｆ	保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められないもの

２　保険適用の手続

（１）　区分Ｅ１（既存項目）

ア　保険適用希望書の提出

区分Ｅ１（既存項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）の規定に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）を受けた後、別紙１に定める保険適用希望書を提出するものとする。

また、新規収載後に使用成績を踏まえた再評価に係る申請（以下「チャレンジ申請」という。）を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、保険適用希望書の提出時又は保険適用日から起算して１年を経過する日までに、チャレンジ申請による再評価を希望する内容について、保険適用後にデータを収集する方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、チャレンジ申請による再評価は、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断された後に製造販売業者が関与の上で、収集したデータに基づくものに限られること。

再評価の妥当性等に係る審議については保険医療材料等専門組織において行い、審議の内容（製造販売業者による意見表明を含む。）及び結果を踏まえ、直近の診療報酬改定（保険医療材料等専門組織における審議の結果が当該診療報酬改定の前年の 10 月以降に定められた場合には、その次の診療報酬改定）において技術料の見直しを行うこととし、具体的な評価については、医療技術評価分科会において審議することとする。

また、令和６年５月 31 日までに決定区分Ｅ１（既存項目）として保険適用された体外診断用医薬品については、令和７年５月 31 日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ　保険適用時期

区分Ｅ１（既存項目）として保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、保険適用希望書を受理した日から起算して 20 日を経過した日から保険適用するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出が行われ、保険医療材料等専門組織で区分Ｅ１（既存項目）として決定した場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合についてはこの限りではない。

ウ　決定案の事前連絡

区分Ｅ１（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が、当該区分に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

エ　保険医療材料等専門組織の関与

①　通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙２に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。

②　提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、当該保険適用不服意見書を踏まえた決定案を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

③　決定区分Ｅ１（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合には、チャレンジ申請を行うことの妥当性について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。また、製造販売業者のうち、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。また、当該体外診断用医薬品の再評価の希望の取り下げに当たっては、保険医療材料等専門組織における検討の上で認められる必要があり、検討に当たっては、製造販売業者に対してそれまでの臨床成績等について報告を求める。

④　チャレンジ申請を行うことの妥当性に関する保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付して製造販売業者に通知する。

⑤　通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙２に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙３に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

⑥　提出された不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑦　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取り下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認又は認証事項の一部変更認証された場合、あるいは変更計画に従った変更を行う旨を届け出た場合は、この限りでない。

オ　区分非Ｅ１（既存項目）の取扱い

①　区分Ｅ１（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合は、区分Ｆに該当する場合を除き、それぞれ非Ｅ１（既存項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記イと同様とする。

②　区分非Ｅ１（既存項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

（２）　区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）

ア　保険適用希望書の提出

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、薬事承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ、別紙１に定める保険適用希望書を提出するものとする。

また、新規収載後にチャレンジ申請を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、保険適用希望書の提出時又は保険適用日から起算して１年を経過する日までに、チャレンジ申請による再評価を希望する内容について、保険適用後にデータを収集する方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、チャレンジ申請による再評価は、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断された後に製造販売業者が関与の上で、収集するデータに基づくものに限られること。

再評価の妥当性等に係る審議については保険医療材料等専門組織において行い、審議の内容（製造販売業者による意見表明を含む。）及び結果を踏まえ、直近の診療報酬改定（保険医療材料等専門組織における審議の結果が当該診療報酬改定の前年の 10 月以降に定められた場合には、その次の診療報酬改定）において技術料の見直しを行うこととし、具体的な評価については、医療技術評価分科会において審議することとする。

なお、令和６年５月 31 日までに決定区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又はＥ３（新項目、改良項目）として保険適用された体外診断用医薬品については、令和７年５月 31 日までの間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ　審査に係る標準的な事務処理期間

保険診療上有用性があると認められる場合にあっては、保険適用希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が 100 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに、保険適用を認める旨を決定するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りではない。

また、保険適用希望書の提出のあった体外診断用医薬品について、保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められない場合は、区分Ｆに該当するものとして、保険適用しない。

ウ　製造販売業者からの意見聴取

保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品については、当該保険適用希望書の審査に際し、必要に応じ、製造販売業者から意見を聴取するものとする。

エ　保険医療材料等専門組織の関与と中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、診療報酬における取扱いを決定する。なお、決定区分Ｅ２（既存項目・変更あり）として希望のあったもののうち、その希望内容が既存検査項目への検査方法の追加のみを行う等であり軽微な変更にとどまるものとして保険医療材料等専門組織委員長が認めた場合においては、保険医療材料等専門組織への報告をもって決定案とすることができる。

①　区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品の診療報酬における取扱い等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、軽微な変更の場合を除き、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

１）区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品について、区分案の妥当性

２）既存の測定項目選定の妥当性（区分Ｅ２（既存項目・変更あり）の場合）

３）当該体外診断用医薬品を用いた新規測定項目の算定に当たって準用する既存の測定項目選定の妥当性、両者の技術的相違点及び希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品の該当性（該当する場合は別紙７に定める算式に基づき技術料の設定を行う。）（区分Ｅ３（新項目、改良項目）の場合）。

４）当該体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しを検討する基準の設定（区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）の場合 ）

５）区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品について、医療技術評価分科会における審

議の要否

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た区分案は、その理由を付して製造販売業者に通知する。

③ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙２に定める同意書を提出すること。また、通知した区分案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙３に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑤ 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取り下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認又は認証事項の一部変更認証を受けた場合は、この限りでない。

⑥ 区分Ｅ２（既存項目・変更あり）として通知した区分案については、保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案をもって保険適用するものとする。

⑦ 区分Ｅ３（新項目、改良項目）として通知した区分案について製造販売業者の不服がないことを確認した体外診断用医薬品及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案については、中医協総会で審議し、その了承を求める。

なお、中医協総会の審議において、当該体外診断用医薬品について保険適用しないこととされた場合には、製造販売業者は、１回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

⑧ 当該体外診断用医薬品の新規収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該体外診断用医薬品の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも２年に１回以上の定期的な報告を求める。また、当該体外診断用医薬品の再評価の希望の取り下げに当たっては、保険医療材料等専門組織における検討の上で認められる必要があり、検討に当たっては、製造販売業者に対してそれまでの臨床成績等について報告を求める。

オ 保険適用時期

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として保険適用を認める旨決定を行った体外診断用医薬品については、当該決定を行った月の翌月１日から保険適用するものとする。

カ　区分非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分非Ｅ３（新項目、改良項目）の取扱い

①　区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合は、区分Ｆに該当する場合を除き、それぞれ非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は非Ｅ３（新項目、改良項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記２(２)イと同様とする。

②　区分非Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分非Ｅ３（新項目、改良項目）として決定された体外診断用医薬品については、決定された日をもって当該区分として保険適用希望書を受理したものとみなし、その保険適用時期は２(１)に準じることとする。

（３）（１)イの保険適用までの期間及び(２)イの審査に係る標準的な事務処理期間からは、次に掲げるものを除く。

ア　保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

イ　追加資料の要求等に係る期間

ウ　土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第３条に規定する休日、１月２日、１月３日、12 月 29 日、12 月 30 日及び 12 月 31 日

３　医療技術評価分科会における検討を要する技術について

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品の保険医療材料等専門組織での検討において、保険適用希望内容のうちその一部又全部について以下の（１）又は（２）に該当するなど、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができる。

（１）　当該体外診断用医薬品を用いた技術を評価する場合に、類似する既存技術に対する評価との整合性の観点から、当該既存技術に対する評価を同時に見直す必要があるもの

（２）　当該体外診断用医薬品を用いた医療に関する医療提供体制（オンライン診療又は在宅医療等）のあり方について検討が必要なもの（医科点数表第２章第２部第２節「在宅療養指導管理料」に新たな技術料を設定するものを含む。）

なお、医療技術評価分科会での審議が必要とされた場合には、診療報酬改定に向けた学会等から提案のあった医療技術の評価等とあわせて医療技術評価分科会で審議を行うこととし、当該体外診断用医薬品の製造販売業者は、厚生労働省の通知する様式に基づき、医療技術評価分科会への提案書を作成の上、医療技術評価分科会での審議の求めのあった保険医療材料等専門組織の当日から起算して３月を経過する日又は診療報酬

改定の前年度の10月末日のうち、いずれか早い日までに提出すること。

4　既存体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しに係る手続

区分Ｅ２（既存項目・変更あり）又は区分Ｅ３（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品については、２（２）に規定する手続に則り、保険医療材料等専門組織における保険適用に係る決定案の策定時に、測定項目の技術料の見直しの検討に必要な基準の設定についても検討を行う。

（１）　体外診断用医薬品の市場拡大再算定における技術料の見直しの検討に必要な基準の設定に係る手続

ア　体外診断用医薬品を包括して評価する技術料について、以下を見直しの要件とする。

次のいずれかに該当する技術料

①　年間算定額（当該技術料の年間算定回数（当該技術料の診療報酬改定の前年度の年間算定回数をいう。以下同じ。）に所定点数を乗じたものに相当する金額をいう。以下同じ。）が150億円を超え、予想年間算定額の２倍以上となるもの

②　年間算定額が100億円を超え、予想年間算定額の10倍以上となるもの

なお、予想年間算定額は、次のとおりとする。

①　決定区分Ｅ３で保険適用された技術の場合

予想年間算定額は、保険適用された時点における当該技術料の、見直しの要件に該当することが確認された診療報酬改定の前年度又はピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定点数に相当する金額とする。ただし、当該技術が、前回の診療報酬改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術の年間販売額とする。

②　決定区分Ｅ２で保険適用された技術の場合

予想年間算定額は、保険適用された日の前年における当該技術料の年間算定点数に相当する金額又はピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定点数に相当する金額とする。ただし、当該技術料が、前回の診療報酬改定以前に（技術料の算定留意事項の変更がされた日以降に限る。）、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術の年間販売額とする。

イ　技術料の見直しの要件に該当する場合の手続

技術料の見直しの検討に必要な基準が設定された技術のうち、診療報酬改定の際に、技術料見直しの要件に該当することが確認された技術については、次の手順により見直しについて検討し決定する。

①　診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる測定項目については、当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造

販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙４に定める技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。

② 提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造販売業者に通知する。

③ 通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙５に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。

④ 技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該体外診断用医薬品の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

⑤ 通知した見直し案について、製造販売業者に不服がないことを確認した測定項目及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた測定項目については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

（２） 希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品等を用いる技術に係る技術料の見直しに係る手続

ア 希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の見直しの対象について、以下の基準を設ける。

希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品であって、年間算定回数（当該技術料の診療報酬改定の前年度の年間算定回数をいう。以下同じ。）が保険適用時に想定された予想年間算定回数を超えており、当該年間算定回数を予想年間検査回数として別紙７に基づき算出した場合の技術料が現在の技術料を下回る場合に、見直しの対象とする。

なお、予想年間算定回数は、保険適用された時点における当該技術料のピーク時の推定適用患者数を基に計算した年間算定回数とする。ただし、当該技術が、前回の診療報酬改定以前に、希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の見直しの対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該技術の年間販売額とする。

イ 設定された予想年間算定回数を上回った技術料の見直しに係る手続

予想年間算定回数が設定された技術料のうち、診療報酬改定の際に、年間算定回数が予想年間算定回数を上回ることが確認された技術料については、当該年間算定回数を予想年間検査回数として別紙７に基づき算出した技術料に見直しを行う。

5　保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙１～５を取り下げる場合は、別紙６に定める体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

6　事前相談について

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

7　体外診断用医薬品の供給について

（１）　製造販売業者は、その販売等を行う体外診断用医薬品が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく販売等を行い、当該体外診断用医薬品の供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

（２）　当該体外診断用医薬品について、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。

（３）　特にやむを得ない正当な理由がなく、（１）及び（２）の規定が履行されなかった場合又は履行されないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る体外診断用医薬品について、保険適用の手続を保留することができる。

別紙１

整理番号

体外診断用医薬品保険適用希望書

測　定　項　目	
販　売　名	
測　定　目　的	
測　定　方　法	□定性　□半定量　□定量
薬　事　承　認（認証）番号及び承認（認証）年月日	
保　険　区　分	
使用成績を踏まえた再評価希望の有無	□有（収載時・収載後）　・　□無
担当者連絡先	担当者名：　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：
備　考	

上記により、体外診断用医薬品の保険適用を希望します。

年　月　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　殿

別紙２

同意書

販 売 名			
保険適用希望書提出日			
承認番号又は認証番号			
通知された区分案		準用検査技術案	
	算定金額	本体外診断用医薬品使用患者数	
初年度			
２年度			
３年度			
４年度			
５年度			
６年度			
７年度			
８年度			
９年度			
１０年度			
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、通知された決定案に同意します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙３

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された区分案
区分案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">区分案に対する意見

区分案について</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙４

技術料見直し要件該当性検討資料（要件該当性検討資料）

<table>
<tr><td>区分</td><td colspan="3">技術料の見直し</td></tr>
<tr><td rowspan="5">名
称
等</td><td>対象測定項目</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">販売名等</td><td>販売名</td><td>前年度販売実績及び販売額</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用目的、効能又は効果</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの見直し</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">１）測定項目の収載時点又は直近の技術料の見直し時点での予想年間算定額を添付
２）製品概要を添付</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="2">担当者名：　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された決定案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙５

技術料見直し案不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">通知された技術料見直しの対象となる測定項目名
対象となる測定項目コード</td></tr>
<tr><td colspan="2">技術料見直し案に対する不服意見及びその根拠</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：
電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された技術料見直し案に対する不服意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙６

体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書

<table>
<tr><td>提出年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>提出書類名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>販売名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（及び最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名　　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>取下げ理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙７

希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の設定方法

(1) 医薬品医療機器等法第 77 条の２第１項の規定により、希少疾病用体外診断用医薬品として指定された体外診断用医薬品である場合

希少疾病用として薬事上指定された体外診断用医薬品を用いた検査の技術料については、準用技術料に 110/100 の係数を乗じた点数を算定する。ただし、予想年間算定回数が以下に該当する場合は、準用技術料に 110/100 ではなく、以下の係数を乗じた点数を算定できることとする。

予想年間算定回数が 600 回以上、800 回未満の場合、120/100
予想年間算定回数が 400 回以上、600 回未満の場合、130/100
予想年間算定回数が 200 回以上、400 回未満の場合、140/100
予想年間算定回数が 200 回未満の場合、150/100

(2) 想定される検査回数が少ない医薬品の適応判定に用いる体外診断用医薬品である場合

医薬品の適応判定に用いる体外診断用医薬品を用いた検査のうち、予想年間算定回数が 1,000 回以下の場合は、予想年間算定回数に応じて、準用技術料に以下の係数を乗じた点数を算定できることとする。

予想年間算定回数が 800 回以上、1,000 回未満の場合、110/100
予想年間算定回数が 600 回以上、800 回未満の場合、120/100
予想年間算定回数が 400 回以上、600 回未満の場合、130/100
予想年間算定回数が 200 回以上、400 回未満の場合、140/100
予想年間算定回数が 200 回未満の場合、150/100

ポジトロン断層撮影等の保険適用等に関する取扱いについて（案）

１．保険適用手続

（１）保険適用希望書の提出

医薬品の適応判定の補助に必要なポジトロン断層撮影（以下「ＰＥＴ」という。）であって、医療機器又は体外診断用医薬品を用いた検査では代替が困難なＰＥＴに用いる放射性医薬品の製造販売業者が、当該ＰＥＴの保険適用（薬価収載及び撮影等に係る技術料の新設）を希望する場合には、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和６年○月○日付け医政発○第○号、保発○第○号。以下「医療用医薬品取扱い通知」という。）に定める提出期限に準じ、別紙１に定める保険適用希望書を提出すること。当該保険適用希望書の提出方法については、別に定める方法によること。

（２）審査に係る標準的な事務処理期間

保険適用希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が 100 日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに、保険適用の妥当性について決定するものとする。ただし、（４）の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りではない。

なお、標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間
② 追加資料の要求等に係る期間
③ 休日等

また、保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められない場合は、保険適用しない。

（３）保険適用希望者からの意見聴取

提出された保険適用の審査に際し必要がある場合は、製造販売業者から意見を聴取する。

（４）保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織の関与並びに中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、診療報酬における取扱いを決定する。

① 当該放射性医薬品を用いたＰＥＴの診療報酬における取扱い等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、当該ＰＥＴに対する評価の決定案を策定する。

なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して意見表明を行うことができる。

この際、当該放射性医薬品の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

１）当該放射性医薬品を用いたＰＥＴについて、保険診療上の有用性を踏まえた保険適用の妥当性

２）当該放射性医薬品を用いたＰＥＴの算定に当たって準用する既存の技術料選定の妥当性及び両者の技術的相違点

３）当該放射性医薬品を用いたＰＥＴについて、医療技術評価分科会における審議の要否

②　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付して製造販売業者に通知する。

③　通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙２に定める同意書を提出すること。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙３に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④　保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。この際、当該放射性医薬品の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度、決定案を決定する。この決定案を改めて製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

⑤　保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を通知された後（不服意見書を踏まえた２回目の決定案を含む。）に、製造販売業者が保険適用希望書の取下げを行い、再度、保険適用希望書を提出する場合には、保険適用希望書を取り下げる前の保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案に基づき保険適用することとする。ただし、保険適用希望書を取り下げた後に医薬品医療機器等法に基づく承認事項の一部変更承認を受けた場合は、この限りでない。

⑥　原則として、保険適用が妥当であるものとして通知した決定案について製造販売業者の不服がない場合は、製造販売業者は、当該放射性医薬品の薬価基準収載希望書（保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案を含む。）の提出を行う。薬価算定案等の決定については、医療用医薬品取扱い通知に基づき行う。なお、当該通知の別添１（２）は適用されない。

⑦　薬価算定案について不服がないことが確認された場合については、保険医療材料等専門組織により検討された決定案及び薬価算定組織により検討された薬価算定案について中医協総会で審議し、その了承を求める。

なお、中医協総会の審議において、当該ＰＥＴについて保険適用しないこととされた場合には、製造販売業者は、１回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出する

ことができる。

（５）保険適用時期

保険適用されることが決定されたＰＥＴについては、当該ＰＥＴによって適応判定の補助を行う対象となる医薬品の保険適用状況を踏まえ、中医協総会において了承された保険適用日から保険適用する。

（６）　保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

①　保険適用開始年月日

②　準用技術料

２．医療技術評価分科会における検討を要する技術について

保険医療材料等専門組織における審議の結果、保険適用を希望するＰＥＴに関する新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができる。

医療技術評価分科会での審議が必要とされた場合には、診療報酬改定に向けた学会等から提案のあった医療技術の評価等とあわせて医療技術評価分科会で審議を行うこととし、当該放射性医薬品の製造販売業者は、厚生労働省の通知する様式に基づき、医療技術評価分科会への提案書を作成の上、医療技術評価分科会への審議の求めのあった保険医療材料等専門組織の審議当日から起算して３月を経過する日又は診療報酬改定が施行される前年度の 10 月末日のうち、いずれか早い日までに提出すること。

３．技術料の見直しに係る手続き

当該ＰＥＴに使用する放射性医薬品の製造販売業者から提出された保険適用希望書に基づき保険適用されたＰＥＴに係る技術料の見直しの手続きについては、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和６年〇月〇日付け医政発〇保発〇厚生労働省医政局長・保険局長通知）に基づき、決定区分Ｃ２で保険適用された技術に係る技術料に対する市場拡大再算定の手続きに準じる。

４．保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙１～３を取り下げる場合は、別紙４に定める保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

５．事前相談について

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

以上

別紙１

医薬品の適応判定の補助に用いる陽電子放出断層撮影に係る保険適用希望書

整理番号	－　－　－		
薬効分類			
成分名			
会社名		販売会社名	
販売名			
規格単位			
効能・効果			
用法・用量			
薬事・食品衛生審議会審議日			
承認年月日			
保険適用を 希望する ＰＥＴの種別	ポジトロン断層撮影　（有　・無） ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　（有　・無） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　（有　・無）		
準用技術料			
患者数予測	初年度　患者数　人 ２年度　患者数　人 ３年度　患者数　人 ４年度　患者数　人 ５年度　患者数　人 ６年度　患者数　人 ７年度　患者数　人 ８年度　患者数　人 ９年度　患者数　人 １０年度　患者数　人 （最大）　年度　患者数　人		
担当者連絡先	氏名　TEL　FAX　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		
備考			

上記により、医薬品の適応判定の補助に用いる陽電子放出断層撮影の保険適用を希望いたします。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙２

医薬品の適応判定の補助に用いる陽電子放出断層撮影に係る同意書

販 売 名		
保険適用希望書提出日		
承認年月日		
準用保険点数案		
	販売金額	本ＰＥＴ実施患者数
初年度		
２年度		
３年度		
４年度		
５年度		
６年度		
７年度		
８年度		
９年度		
１０年度		
担当者連絡先	担当者名：　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：	
備　　考		

上記により、通知された決定案に同意します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙３

医薬品の適応判定の補助に用いる陽電子放出断層撮影に係る保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">販売名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知された決定案
決定案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">決定案に対する意見</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td>担当者名：　電話番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
</table>

上記により、通知された決定案に対する意見書を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙４

医薬品の適応判定の補助に用いる陽電子放出断層撮影に係る保険適用希望書等取下げ書

提出年月日	
提出書類名	
販売名	
担当者連絡先	担当者名　　電話番号： Ｅ－ｍａｉｌ：
取下げ理由	

上記により、保険適用希望書等の取下げを希望します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

中医協　総－５
６．２．１４

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて（案）

1　対象品目の指定

（1）対象品目の指定基準

医薬品、医療機器及び再生医療等製品については、次のいずれにも該当する品目を、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象として指定する。

①　次のいずれかの区分に該当すること。

ア　Ｈ１区分　平成 31 年４月１日以降に保険適用された品目のうち､次のいずれかに該当し、かつ、ピーク時予測売上高が 100 億円以上であるもの

ⅰ　類似薬効比較方式（「薬価算定の基準について」（令和　年　月　日保発　　第　号）第１章に定める類似薬効比較方式（Ⅰ）及び類似薬効比較方式（Ⅱ）をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）若しくは有用性加算（Ⅱ）（以下「有用性系加算（医薬品等）」という。）の対象であるもの又は類似機能区分比較方式（「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和　年　月　日保発　　第　号）第１章に定める類似機能区分比較方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算若しくは改良加算のハ（以下「有用性系加算（医療機器等）」という。）の対象であるもの

ⅱ　原価計算方式（医薬品及び医薬品の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医薬品等」という。）については「薬価算定の基準について」第１章に定める原価計算方式をいい、医療機器及び医療機器の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医療機器等」という。）については「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第１章に定める原価計算方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、医薬品等若しくは令和２年４月１日以降に保険適用された医療機器等であって有用性系加算（医薬品等）若しくは有用性系加算（医療機器等）の対象であるもの又は令和２年３月 31 日以前に保険適用された医療機器等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもの（有用性系加算（医療機器等）に相当する補正が行われた場合に限る。）

ⅲ　原価計算方式により算定されたもの（ⅱに該当するものを除く。）のうち、開示度（製品総原価に占める薬価算定組織又は保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合をいう。）が 50%未満のもの

イ　Ｈ２区分　平成 31 年４月１日以降に保険適用された品目のうち、アのⅰからⅲまでのいずれかに該当し、かつピーク時予測売上高が 50 億円以上 100 億円未満であるもの（以下「評価候補品目」という。）であって、Ｈ１区分、Ｈ３区分及びＨ４区分の指定状況並びに当該品目のピーク時予測売上高を勘案し、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

ウ　Ｈ３区分　平成 31 年４月１日以降に保険適用された品目のうち、アのⅰからⅲまでのいずれかに該当するものであって、著しく保険償還価格が高いもの、４（１）に規定する分析枠組み決定より後に効能が追加されたもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められ

たもの（Ｈ１区分又はＨ２区分に該当するものを除く。）

エ　Ｈ４区分　平成 31 年３月 31 日以前に保険適用された品目のうち、次のいずれかに該当するもの

ｉ　アのｉ若しくはⅱに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、年間販売額（医薬品等にあっては、組成及び投与形態が当該既収載品と同一である全ての類似薬の薬価改定前の年間販売額の合計額をいう。）が 1,000 億円以上であるもの

ⅱ　アのｉ若しくはⅱに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、著しく保険償還価格が高いもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

オ　Ｈ５区分　次のいずれかに該当するもの（Ｈ１区分からＨ４区分までのいずれかに該当するものを除く。）（医薬品等にあっては、平成 31 年４月１日以降に保険適用された品目に限る。）

ｉ　代表品目（Ｈ１区分からＨ４区分までのいずれかに該当する品目をいう。以下同じ。）を比較薬として保険適用された医薬品等（以下「代表品目類似品」という。）であって、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

ⅱ　代表品目類似品を比較薬として保険適用された医薬品等であって、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

ⅲ　代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日において、当該代表品目と同一機能区分に属する医療機器等

②　次のア又はイのいずれにも該当しないこと。ただし、ア又はイに該当するもののうち、年間販売額が 350 億円以上の品目又は著しく保険償還価格が高い品目等として、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたものについては、①のアからオまでの区分に準ずる区分の対象品目として指定する。

ア　治療方法が十分に存在しない疾病（難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条第１項に規定する指定難病をいう。以下同じ。）に対する治療のみに用いるもの、血友病の治療に係る血液凝固因子製剤、血液凝固因子抗体迂回活性複合体若しくはこれに類するもの又は抗 HIV 薬

イ　医薬品等の効能及び効果若しくは当該効能及び効果に係る用法及び用量又は医療機器等の使用目的若しくは効果に、小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれている医薬品等又は医療機器等（以下「小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等」という。）であって、小児のみに用いるもの

③　費用対効果評価の対象品目（費用対効果評価の試行的導入の対象品目を含む。）として指定されたことがないこと（費用対効果評価終了後にＨ３区分又はＨ４区分に該当した場合を除く。）。

（２）対象品目の指定手続

（１）の指定基準を満たすものについて、中央社会保険医療協議会総会において、次の手続に

より、指定基準の該当性を検討し、対象品目を指定する。

① 保険適用時にＨ１区分、Ｈ３区分若しくはＨ５区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和　年　月　日医政発　　第　号、保発　　第　号）又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和　年　月　日医政発　　第　号、保発　　第　号）に規定する手続により、薬価算定組織及び保険医療材料等専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。

② Ｈ４区分の指定基準を満たす可能性のある品目又は保険適用時に指定基準を満たさない品目のうち、保険適用後に使用方法、適用疾病等の変化により市場拡大したこと、費用対効果評価終了後に、海外評価機関での評価結果等を踏まえた国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたこと等の理由によりＨ１区分、Ｈ３区分、Ｈ４区分若しくはＨ５区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」に規定する手続により、費用対効果評価専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。

③ 評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものを、Ｈ２区分の対象品目として指定する。ただし、②の手続により保険適用後に指定された評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、年間の評価可能品目数等を踏まえて費用対効果評価の対象とすることが適当と認めるものを、Ｈ２区分の対象品目として指定する。

２　製造販売業者による分析

製造販売業者は、１（２）により費用対効果評価の対象として指定された品目について、指定された日の翌日から次の手続により、対象品目の費用対効果を分析する。ただし、Ｈ５区分の対象品目については分析せず、代表品目の価格調整に準じて価格調整を行う。

なお、製造販売業者は、分析から５に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの協議及び手続の内容については、公表しないものとする。また、製造販売業者は、５に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの間は、分析により得たデータ等について公表しないものとする。

（１）分析方法等に関する分析前協議

費用対効果評価を効率的に行うため、製造販売業者は分析を開始する前に、次の手続により、国立保健医療科学院と分析方法等に関する協議（以下「分析前協議」という。）を行う。

① 分析前協議の実施体制

分析前協議は、原則として国立保健医療科学院と製造販売業者の２者で行うが、厚生労働省は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。また、臨床の専門家等についても両者の合意があれば参加することができる。

国立保健医療科学院は、分析前協議の実施に当たり、その内容を公的分析班（公的かつ中立的な立場で専門的に費用対効果評価に係る分析を行う機関として国立保健医療科学院が指定する機関をいう。以下同じ。）と協議するものとする。なお、公的分析班は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。

② 分析前協議の実施

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析方法等について協議し、分析対象集団、比較対照技術（比較対照品目を含む。）及び分析に用いる臨床試験等の基本的な方針（以下「分析枠組み」という。）の案を策定する。

また、分析前協議では決定できず、分析中に協議が必要になると想定される事項を、あらかじめ整理する。

③ 関係者への照会

国立保健医療科学院は、必要に応じて、費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

製造販売業者は、必要に応じて、国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

④ 分析枠組みの決定

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析枠組み案、分析前協議及び照会の内容並びに分析中に協議が必要な事項を、原則として品目の指定から３月後に開催される費用対効果評価専門組織へ報告する。費用対効果評価専門組織は、４（１）に規定する手続により、分析枠組み案の科学的妥当性を確認し、分析前協議の内容等を勘案して、分析枠組みを決定する。

この際、製造販売業者は、人員不足等を理由に、分析不能を申し出ることができる。また、製造販売業者は、併せて、分析が困難であることの理由及び公的分析に分析の根拠となるデータが提供できるか否かを報告することとする。費用対効果評価専門組織は、４（１）に規定する手続により、製造販売業者が提供する分析の根拠となるデータをもとに公的分析を行うか否かを決定する。

（２）製造販売業者による分析

① 分析の実施

製造販売業者は、対象品目について、「中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第４版」（令和６年１月 17 日中央社会保険医療協議会総会了承）（以下「ガイドライン」という。）及び分析枠組みに基づき対象品目を分析する。

② 分析中の協議

製造販売業者は、分析開始後に、分析に必要な事項を国立保健医療科学院と協議し、又は国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。ただし、協議及び照会は、分析開始後に得られた新たな知見を採用するか否かの判断等、科学的な観点から分析に必要な事項に関するものでなければならない。国立保健医療科学院は分析中の協議及び照会の内容を、費用対効果評価専門組織へ報告する。

③ 分析データ等の提出

製造販売業者は、中央社会保険医療協議会総会において対象品目が指定された日から、分析方法、条件及び ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）を含む分析結果のデータ（以下「分析データ等」という。）を、原則として 270 日以内に費用対効果評価専門組織及び公的分析に提出しなければならない（４（１）①に規定する手続により、製造販売業者が提供する分析の根拠となるデータをもとに公的分析を行うこととされた場合を除く。）。

製造販売業者は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、必要に応じて、製造販売業者に対して遅延の理由を確認した上で、当該理由の妥当性を検証し、当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

なお、４（１）①に規定する手続により、製造販売業者が提供する分析の根拠となるデータをもとに公的分析を行うこととされた場合、原則として専門組織の決定後、90 日以内に分析の根拠となるデータを公的分析に提供する。

製造販売業者が公的介護費及び生産性損失について国内のデータを集積し、分析した場合には、当該分析結果を費用対効果評価専門組織に報告することができる。費用対効果評価専門組織は、当該分析結果を費用対効果評価案の策定には用いない。また、当該分析結果について、国立保健医療科学院は、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、必要に応じて、６に基づき作成する報告書等と併せて公表することができる。

３　公的分析

（１）公的分析の実施体制

国立保健医療科学院は、利益相反の有無や公的分析班が担当している品目数等を考慮した上で、対象品目の分析を担当する公的分析班を指定する。公的分析班は、製造販売業者が提出した分析データ等について、公的かつ中立的な立場から公的分析を行う。国立保健医療科学院は公的分析班の分析を評価した上で、公的分析班とともに公的分析の結果を策定する。

公的分析の中立性を確保するため、対象品目を有する製造販売業者及び製造販売業者の分析と関係のある者は、公的分析班に対する金品その他の便宜の供与を行ってはならない。

国立保健医療科学院及び公的分析班は、公的分析において知ることのできた情報について、秘密を保持し、公的分析以外の目的で利用してはならない。

（２）公的分析の方法

公的分析班は、以下の分析を行うこととする。

① 製造販売業者から提出された分析データ等について速やかに科学的妥当性の検証（以下「レビュー」という。）を行う。

② レビューの結果、製造販売業者から提出された分析データ等が妥当でないと判断される場合には、再分析（ガイドライン及び分析枠組みに基づき公的分析班が行う分析であって、製造販売業者による分析とは独立したものをいう。以下同じ。）を行う。

なお、公的分析班は、公的分析を行うために製造販売業者に確認が必要な事項については、国立保健医療科学院を通じて製造販売業者に照会することとする。

４（１）①に規定する手続により、製造販売業者が提供する分析の根拠となるデータをもとに公的分析を行うこととされた場合には、ガイドラインに基づき、当該分析を行う。

（３）公的分析結果の提出期限

国立保健医療科学院は、２（２）③に規定する製造販売業者による分析データ等を受理した日から原則として 90 日以内（公的分析班が再分析を行う場合及び製造販売業者が提供する分析の根拠となるデータをもとに公的分析を行う場合にあっては、180 日以内）に費用対効果評価専門組織に公的分析結果（レビュー及び再分析の結果をいう。以下同じ。）を提出しなければならない。

国立保健医療科学院は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、当該理由の妥当性を検証し、当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

4　費用対効果評価専門組織の開催

費用対効果評価専門組織は、分析を円滑に実施し、中央社会保険医療協議会総会の審議に資するため、次の（1）から（3）まで及び（5）に掲げる決定等を行う際に開催するものとし、製造販売業者及び国立保健医療科学院から報告を受けた内容について審議する。

（1）分析枠組みの決定

次の手続により、分析前協議で策定された分析枠組み案を審査し、分析枠組みを決定する。

①　製造販売業者及び国立保健医療科学院からの報告を踏まえ、次の事項について専門的見地から審査する。

ア　分析前協議の内容及び分析中に協議が必要な事項の内容

イ　分析枠組み案の科学的妥当性

ウ　追加検討の要否及びその方法

エ　薬価算定組織における費用対効果評価の対象となった品目に係る当該品目の有用性加算等を含めた評価等

なお、分析対象集団の規模が小さくなる場合については、患者数や疾患の性質等を勘案しつつ、全体の評価への影響の程度について専門家の意見も伺いながら、その理由を明らかにした上で分析対象集団の一部を分析対象から除外できることとする。ただし、データが開示されない等、製造販売業者の協力が得られず、分析が困難と判断される場合には、該当集団に対する評価は中止する。

また、製造販売業者は、人員不足等を理由に、別紙様式２に定める分析不能理由書を用いて分析不能を申し出ることができる。この場合において、費用対効果評価専門組織は、提出された当該理由書の内容を踏まえ、次のとおり決定することができる。

オ　分析不能の理由及びその根拠が不当であるとき、製造販売業者に引き続き分析を行わせることができる。

カ　分析不能の理由及びその根拠が正当かつ、製造販売業者から分析の根拠となるデータを提出する見込みが有りと報告された場合、当該提出データに基づき公的分析を行わせることができる。

キ　分析不能の理由及びその根拠が正当かつ、製造販売業者から分析の根拠となるデータを提出する見込みが無しと報告された場合、評価を中止とすることができる。ただし、当該報告の根拠を踏まえ、製造販売業者が分析の根拠となるデータの提出ができると見込まれる場合においてはこの限りでない。

②　製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、分析枠組み案の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

③　費用対効果評価専門組織は、①及び②を踏まえて分析枠組みを決定し、決定した分析枠組み及びその理由を製造販売業者に通知する。その際、追加検討の必要があると判断される場合にあっては、製造販売業者、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追

加検討の実施を指示することができる。

④　通知した分析枠組みに不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、分析枠組みを変更することができる。費用対効果評価専門組織は、分析枠組みの変更の有無を製造販売業者に通知する。

製造販売業者による分析及び公的分析は、費用対効果評価専門組織により決定された分析枠組みに基づいて行う。

（２）製造販売業者の分析データ等及び公的分析のレビューの審査

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析のレビューについて審議する。

①　費用対効果評価専門組織は、次の事項について、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析から提出されたレビューの内容を専門的見地から審査する。その際、追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。

ア　分析中の協議の内容

イ　分析方法の妥当性（分析枠組みに基づく分析方法であることの確認等）

ウ　分析データ等の科学的妥当性

エ　公的分析によるレビューの科学的妥当性

オ　追加分析の要否

カ　報告期限までに分析データ等が報告されなかった場合には、その理由の妥当性

②　製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、提出した分析データ等について、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。その後、公的分析のレビュー結果及びレビュー結果に対する費用対効果評価専門組織の委員の質疑応答を聞くことができる。

③　費用対効果評価専門組織は、審査結果を製造販売業者に通知する。

④　通知した審査結果に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、審査結果を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、審査結果の変更の有無を製造販売業者に通知する。

国立保健医療科学院及び公的分析班は、当該審査結果を踏まえて、引き続き再分析及び費用対効果評価専門組織により指示された追加分析を行うものとする。

（３）費用対効果評価案の策定

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、費用対効果評価案を策定する。

① 費用対効果評価専門組織は、ICER 等の公的分析結果について、次の事項について専門的見地から審査する。その際、更なる追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。

ア 分析方法の妥当性

イ 公的分析結果の科学的妥当性

ウ 更なる追加分析の要否

エ 報告期限までに公的分析結果が報告されなかった場合には、その理由の妥当性

② 対象品目が次のいずれかに該当する場合、価格調整における配慮の要否について総合的な評価（以下「総合的評価」という。）を行う。なお、公的介護費や生産性損失を含めた分析結果は、費用対効果評価案の策定には用いない。

ア 適用症の一部に治療方法が十分に存在しない疾病が含まれるものであって、当該疾病を分析対象集団として分析を行ったもの

イ 小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等（小児のみに用いるものを除く。）であって、その小児に係る適用症を分析対象集団として分析を行ったもの

ウ 承認された効能又は効果において悪性腫瘍が対象となっており、当該悪性腫瘍を分析対象集団として分析を行ったもの

③ 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、費用対効果評価案の策定に当たって、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

④ 費用対効果評価専門組織は、①から③までの手続の結果を踏まえ、対象品目の費用対効果評価案を策定する。

費用対効果評価案には、以下を含むものとする。

ア 分析対象集団

イ 価格調整における配慮の要否に係る総合的な評価

ウ （分析対象集団ごとの）比較対照技術

エ （分析対象集団ごとの）ICER の区分

オ （分析対象集団ごとの）患者割合

なお、ICER の区分とは、ICER の値が、６の（１）の①から⑧のいずれに該当するかをいう。

⑤ 費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を製造販売業者に通知する。

⑥ 通知した費用対効果評価案に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、

費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、費用対効果評価案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、費用対効果評価案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を中央社会保険医療協議会総会へ報告する。

（4）公的分析による再分析の必要がないと判断された場合の取扱いについて

（2）において、公的分析による再分析の必要がないと判断された場合には、（3）の②から④までの手続を、（2）の①の手続に加えて実施できることとする。

なお、その際、（3）の④における「①から③までの手続の結果」は、「（2）の①及び②並びに（3）の②及び③の手続の結果」と読み替えることとし、結果の通知は（2）の③に、通知した結果に不服がある場合の取扱いは（2）の④に準ずるものとする。

（5）分析中断、評価中止及び分析再開に係る決定案の策定

① 製造販売業者及び国立保健医療科学院は、4（1）①に規定する手続に加え、分析に必要なデータの不足等により分析が困難（以下「分析不能」という。）となった場合には、対象品目の分析中断を申し出ることができる。

ただし、製造販売業者が分析不能と判断した場合であっても、公的分析が分析可能と判断した場合には、対象品目の分析中断を申し出ることはできない。この際、分析不能を理由に製造販売業者が分析を行わない場合にあっては、費用対効果評価専門組織は、公的分析結果のみを用いて費用対効果評価案を策定する。

また、対象品目が販売を停止した場合や年間販売額が大幅に減少した場合等であって、製造販売業者及び国立保健医療科学院が合意した場合には、製造販売業者及び国立保健医療科学院は、対象品目の評価中止を申し出ることができる。

ただし、4（1）①に規定する手続によって製造販売業者が提出する分析の根拠となるデータに基づき公的分析を行うこととされた場合においては、公的分析が根拠となるデータが不十分である等の理由により対象品目の評価中止を申し出ることができる。

② 費用対効果評価専門組織は、①の申出を受けた場合その他必要があると認める場合には、次の事項について、分析中断又は評価中止の要否を専門的見地から審議する。

ア 製造販売業者又は国立保健医療科学院の申出内容

イ 分析中断又は評価中止とする科学的妥当性

ウ 分析中断の場合、分析再開のために必要なデータ、集積方法及び集積に要する期間

③ 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、申出の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定又は分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

④　費用対効果評価専門組織は、②及び③の手続の結果を踏まえ、分析中断又は評価中止の要否（分析中断とする場合にあっては、データ集積に要する期間を検討した上で、当該期間の決定案及び理由を含む。）を、製造販売業者及び国立保健医療科学院に通知する。なお、②のウについて分析再開のために必要なデータの収集する見込みがない場合にあっては、費用対効果評価専門組織は、その理由及び科学的妥当性について検討し、分析再開が不可能なものとして評価中止の要否に係る決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、４（１）①に規定する手続により評価中止となった場合及び４（１）①に規定する手続により製造販売業者が提出する分析の根拠となるデータに基づき公的分析を行うこととされたが（５）①に規定する公的分析の申出により評価中止となった場合においては、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、対象品目の価格調整を行う。

⑤　通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り、別紙様式１に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定及び分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、決定案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、決定案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、分析中断又は評価中止に関する決定案を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

⑥　中央社会保険医療協議会総会において分析中断とされた品目について、製造販売業者は定められた期間内にデータを集積する。製造販売業者は、集積したデータに基づいて、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる事項を費用対効果評価専門組織に報告する。

ア　分析再開が可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積され、分析の再開が見込まれる場合、製造販売業者は、集積したデータを費用対効果評価専門組織に報告する。費用対効果評価専門組織は、②から⑤までの手続に準じて、分析再開の要否に係る決定案及び分析に必要な期間を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

中央社会保険医療協議会総会において分析再開が決定された場合、分析再開が決定された日の翌日から、２から４までの手続により、対象品目の分析を行う。

イ　分析再開が不可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合、製造販売業者は、費用対効果評価専門組織にその旨を報告する。費用対効果評価専門組織は、製造販売業者の報告を踏まえ、②から⑤までの手続に準じて評価中止の要否にかかる決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、対象品目の価格調整を行う。

ウ　分析中断期間を延長するもの

定められた期間内に製造販売業者による分析の再開に必要なデータ集積が行われなかったものの、期間の延長により必要なデータ集積が行われ、分析の再開が見込まれる場合、費

用対効果評価専門組織において、②から⑤までの手続に準じて期間の延長の要否及びその期間についての決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

5　中央社会保険医療協議会総会での決定

（1）費用対効果評価の結果の決定及び価格調整

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された費用対効果評価案を審議し、費用対効果評価の結果を決定する。

費用対効果評価が決定されたものについては、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、保険収載に合わせて、対象品目の価格調整を行う。

（2）分析中断、評価中止及び分析再開の決定

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された分析中断、評価中止又は分析再開の案を審議し、決定する。

①　分析中断とされた品目については、データ集積に必要な期間及び分析再開後の分析に必要な期間を設定するとともに、４（５）⑥の手続により、分析再開等について審議する。

②　評価中止とされた品目については、価格調整は行わず、評価を終了する。ただし、製造販売業者からの分析不能の申出により評価中止となった場合及び製造販売業者の協力が得られず評価中止となった場合は、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、対象品目の価格調整を行う。

③　分析再開とされた品目については、２から４までの手続により、改めて対象品目の分析を開始する。

6　費用対効果評価結果の公表

（1）中央社会保険医療協議会総会での公表

費用対効果評価が終了した際には、中央社会保険医療協議会総会において、対象集団ごとのICERの区分及び患者割合を公表することとする。なお、以下の①又は②に該当するものについて、価格調整による引上げが行われる場合は、その旨を併せて公表する。また、患者割合については、原則として公表可能なものを用いることとし、公表することが困難である場合は、その理由を付すこととする。

①　ドミナント（比較対照技術に対し効果が増加し、かつ費用が削減されるものをいう。）

②　比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が削減されるもの

③　200万円/QALY未満

④　200万円/QALY以上500万円/QALY未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては200万円/QALY以上750万円/QALY未満）

⑤　500万円/QALY以上750万円/QALY未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満）

⑥　750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満）

⑦　1,000万円/QALY以上（総合的評価で配慮が必要とされたものについては1,500万円/QALY以上）

⑧　比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加するもの
⑨　比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が同等となるもの

（2）国立保健医療科学院の報告

国立保健医療科学院は公的分析班と連携して、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、分析内容、科学的論点、費用、QALY の値、ICER の値及び患者割合等について、報告書や学術論文等を作成し、これを公表するものとする。報告書等の作成に当たっては、製造販売業者と協議の上、製造販売業者の知的所有権等に配慮するものとする。

別紙様式1

不服意見書

品目名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通知された事項及び内容
通知内容に対する意見及びその根拠

上記により通知された内容に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

別紙様式2

分析不能理由書

品目名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

分析不能の理由及びその根拠
製造販売業者から分析の根拠となるデータの提出見込みの有無及びその根拠

上記により分析不能と申し出た理由を提出します。

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

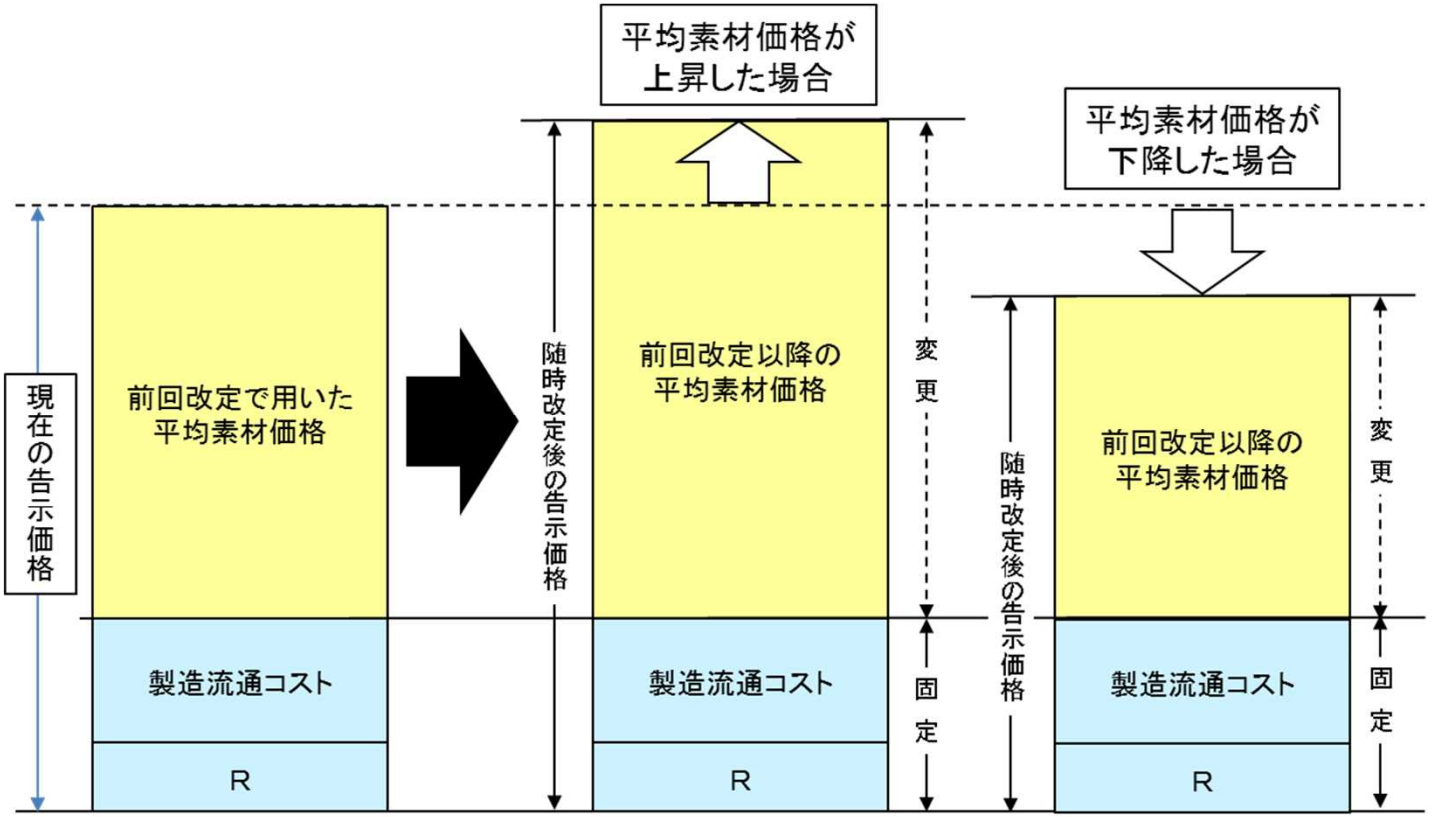
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　殿

歯科用貴金属価格の随時改定について

中医協	総－６
６．２	．１４

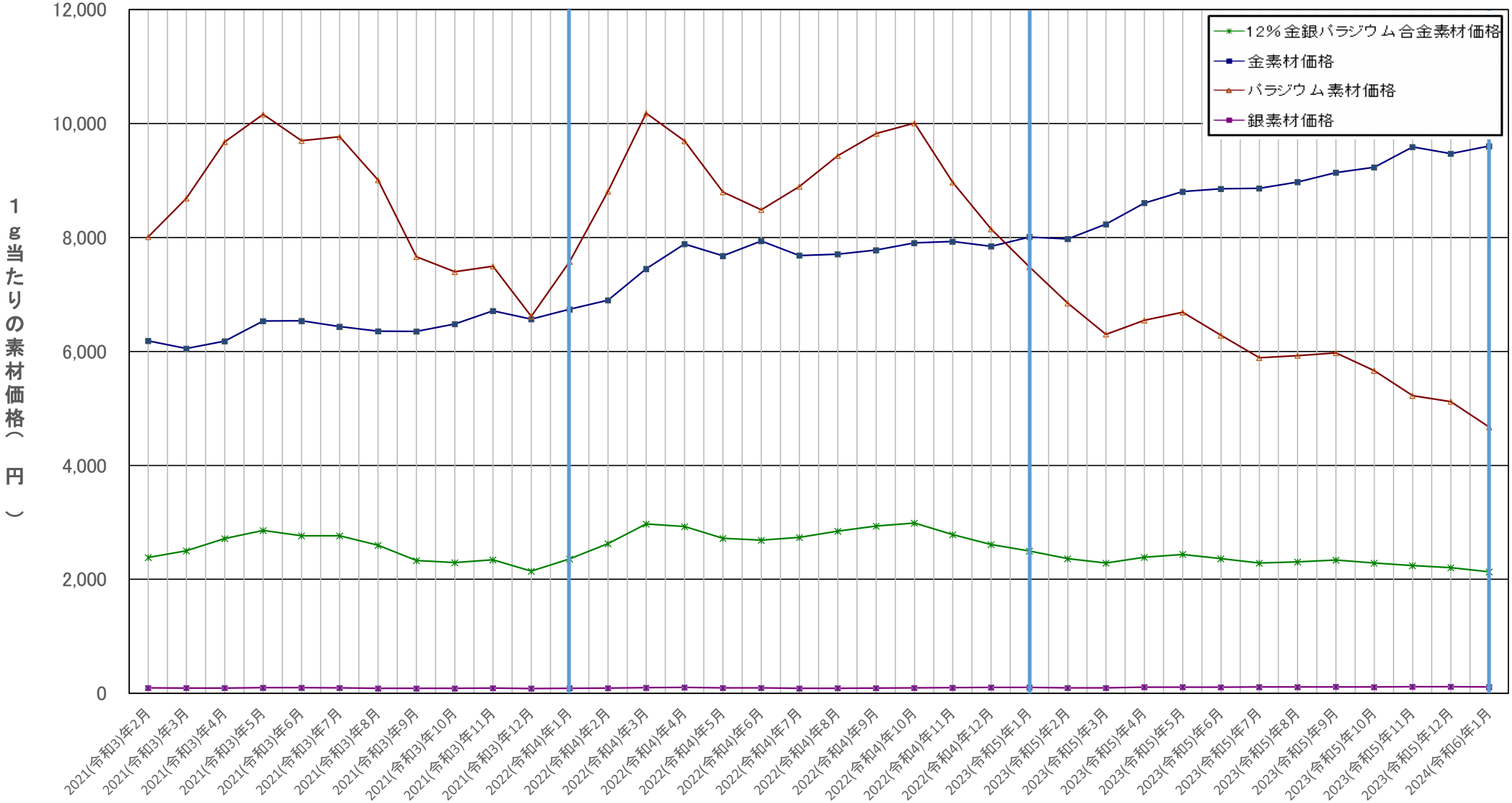
歯科用貴金属価格の随時改定は、変動幅にかかわらず、平均素材価格に応じて診療報酬改定時以外に４月、７月、10月、１月に見直しを行うもの。



※平均素材価格は金、銀、パラジウムのそれぞれの取引価格平均値に含有比率を乗じて算出
※平均素材価格の算出には前回改定以降、改定2カ月前までの期間の取引価格を用いる

歯科用貴金属価格の随時改定について

	告示価格（円）			X及びY		試算価格（円）	告示価格案（円）
	①R5年7月 随時改定	②R5年10月 随時改定	③R6年1月 随時改定	④Xの期間 Xの平均値（円）	⑤Yの期間 Yの平均値（円）	⑥R6年4月 随時改定	⑦R6年4月 随時改定
2　歯科鋳造用14ｶﾗｯﾄ金合金 ｲﾝﾚｰ用(JIS適合品)	6,817	7,183	7,358	令和5年11月～ 令和6年1月 5,574.2	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	7,641.0	7,641
3　歯科鋳造用14ｶﾗｯﾄ金合金 鉤用(JIS適合品)	6,800	7,166	7,341	令和5年11月～ 令和6年1月 5,574.2	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	7,624.0	7,624
4　歯科用14ｶﾗｯﾄ金合金鉤用線(金58.33%以上)	6,950	7,316	7,491	令和5年11月～ 令和6年1月 5,574.2	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	7,774.0	7,774
5　歯科用14ｶﾗｯﾄ合金用金ろう(JIS適合品)	6,777	7,143	7,318	令和5年11月～ 令和6年1月 5,574.2	令和5年8月～ 令和5年10月 5,316.9	7,601.02	7,601
6　歯科鋳造用金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金（金12%以上JIS適合品）	3,077	3,095	3,037	令和5年11月～ 令和6年1月 2,193.1	令和5年8月～ 令和5年10月 2,309.3	2,909.1	2,909
10　歯科用金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金ろう(金15%以上JIS適合品)	3,781	3,832	3,807	令和5年11月～ 令和6年1月 2,218.1	令和5年8月～ 令和5年10月 2,278.9	3,740.2	3,740
11　歯科鋳造用銀合金 第1種(銀60%以上ｲﾝｼﾞｳﾑ5%未満JIS適合品)	151	157	158	令和5年11月～ 令和6年1月 68.0	令和5年8月～ 令和5年10月 66.8	159.3	159
12　歯科鋳造用銀合金 第2種(銀60%以上ｲﾝｼﾞｳﾑ5%以上JIS適合品)	184	190	191	令和5年11月～ 令和6年1月 68.0	令和5年8月～ 令和5年10月 66.8	192.3	192
13　歯科用銀ろう(JIS適合品)	269	272	273	令和5年11月～ 令和6年1月 39.7	令和5年8月～ 令和5年10月 39.0	273.8	274

※1「試算価格（円）」は、以下の算式により算出される（中医協資料上は小数第1位まで記載）
　｛当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格｝＋　補正幅　×　1.1
　　補正幅　＝　X―Y
　　X＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格　Y＝当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格
※2 各項目は1g当たりの価格
※3　1、7、8、9、14、15は削除済みの項目
※4 随時改定：令和4年4月より、変動率によらず、診療報酬改定時以外に1月、4月、7月、10月に告示価格の改正を実施

歯科用貴金属素材価格の変動推移