

中央社会保険医療協議会 総会（第 516 回） 議事次第

令和4年2月9日(水) 10:00～

於 オンライン開催

議 題

○答申について

○DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について

○公知申請とされた適応外薬の保険適用について

個別改定項目について

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い

医療提供体制の構築

I - 1	当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応	1
①	令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応	1
I - 2	医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組	2
①	外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し	2
I - 3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	16
①	高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設	16
②	総合入院体制加算の見直し	18
③	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し	21
④	重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化	25
⑤	短期滞在手術等基本料の評価の見直し	27
⑥	特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設	39
⑦	重症患者等に対する支援に係る評価の新設	42
⑧	バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し	44
⑨	救命救急入院料等における算定上限日数の見直し	45
⑩	早期離床・リハビリテーション加算の見直し	49
⑪	早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し	54
⑫	早期栄養介入管理加算の見直し	56
⑬	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し	60
⑭	救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し	62
⑮	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	63
⑯	地域包括ケア病棟入院料の見直し	75
⑰	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し	77

⑱	回復期リハビリテーションを要する状態の見直し	82
⑲	特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設	85
⑳	療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し	88
㉑	中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し	92
㉒	障害者施設等入院基本料等の見直し	94
㉓	緩和ケア病棟入院料の見直し	98
㉔	有床診療所入院基本料等の見直し	100
㉕	有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設	103
㉖	医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	104
㉗	DPC/PDPSの見直し	105
I-4	外来医療の機能分化等	119
①	紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し	119
②	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	122
③	診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	123
④	外来在宅共同指導料の新設	128
⑤	紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進	130
I-5	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	134
①	地域包括診療料等における対象疾患等の見直し	134
②	小児かかりつけ診療料の見直し	137
③	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	140
④	耳鼻咽喉科処置の見直し	141
⑤	機能強化加算の見直し	143
⑥	継続診療加算の見直し	149
⑦	かかりつけ歯科医の機能の充実	152
⑧	地域における薬局のかかりつけ機能の評価	154
I-6	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	155
①	在支診及び在支病による地域連携の推進	155

②	在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進	157
③	在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し	158
④	外来在宅共同指導料の新設	160
⑤	継続診療加算の見直し	161
⑥	在宅がん医療総合診療料の見直し	162
⑦	緊急往診加算の見直し	163
⑧	複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し	164
⑨	業務継続に向けた取組強化の推進	166
⑩	機能強化型訪問看護ステーションの見直し	167
⑪	医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化	169
⑫	訪問看護指示書の記載欄の見直し	172
⑬	専門性の高い看護師による同行訪問の見直し	173
⑭	専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設	175
⑮	訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設	177
⑯	退院日のターミナルケアの見直し	179
⑰	複数名訪問看護加算の見直し	181
⑱	医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	183
⑲	同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し	184
⑳	質の高い在宅歯科医療の提供の推進	186
㉑	在宅医療における医科歯科連携の推進	190
㉒	患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進	191
㉓	薬局に係る退院時共同指導料の見直し	194
㉔	ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設	197
I-7	地域包括ケアシステムの推進のための取組	199
①	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	199
②	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	200
③	医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化	201
④	周術期の栄養管理の推進	202
⑤	栄養サポートチーム加算の見直し	203

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

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

II-1	地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保	219
①	地域医療体制確保加算の見直し	219
II-3	医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進	222
①	勤務医の負担軽減の取組の推進	222
②	夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し	224
II-4	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進	230
①	医師事務作業補助体制加算の見直し	230
②	特定行為研修修了者の活用の推進	233
③	病棟薬剤業務実施加算の見直し	234
④	周術期における薬学的管理の評価の新設	236
⑤	看護補助者の更なる活用に係る評価の新設	237
II-5	業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	241
①	医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化	241
②	医療機関等における事務等の簡素化・効率化	244
③	標準規格の導入に係る取組の推進	245

Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や 医薬品の安定供給の確保等	246
① 入退院支援の推進	246
② 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	249
③ 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設	250
④ 療養・就労両立支援指導料の見直し	252
⑤ 手術等の医療技術の適切な評価	254
⑥ 質の高い臨床検査の適切な評価	257
⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進	258
⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し	259
⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し	264
⑩ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設	267
⑪ 在宅血液透析指導管理料の見直し	269
⑫ プログラム医療機器に係る評価の新設	270
⑬ 生活習慣病管理料の見直し	272
⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	275
Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応	278
① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設	278
② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料 の廃止.....	280
③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し	283
④ 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見 直し.....	286
⑤ 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評 価の新設.....	288
⑥ 訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設	290
⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し	291
⑧ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し	296
⑨ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	298

⑩	診療録管理体制加算の見直し	302
⑪	標準規格の導入に係る取組の推進	304
⑫	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	305
⑬	オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価 の新設	308
Ⅲ－３	アウトカムにも着目した評価の推進	310
①	摂食嚥下支援加算の見直し	310
②	疾患別リハビリテーション料の見直し	316
③	リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し	318
④	データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	320
⑤	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	321
Ⅲ－４－１	子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治 療を受けられるようにするための適切な医療の評価	322
①	一般不妊治療に係る評価の新設	322
②	生殖補助医療に係る評価の新設	325
③	男性不妊治療に係る評価の新設	335
Ⅲ－４－２	質の高いがん医療の評価	338
①	がん患者指導管理料の見直し	338
②	外来化学療法に係る栄養管理の充実	342
③	放射線治療病室管理加算の見直し	343
④	がんゲノムプロファイリング検査の見直し	345
⑤	無菌製剤処理料の見直し	350
⑥	悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設	351
Ⅲ－４－３	認知症の者に対する適切な医療の評価	354
①	認知症専門診断管理料の見直し	354
Ⅲ－４－４	地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評 価	356
①	療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し	356
②	薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実	358

③	アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設	361
④	摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し	362
⑤	精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の 新設.....	363
⑥	継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実	366
⑦	児童思春期精神科専門管理加算の見直し	367
⑧	通院・在宅精神療法の見直し	369
⑨	精神科救急医療体制の整備の推進	371
⑩	クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し	385
⑪	かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の 診療に係る評価の新設	387
⑫	救急患者精神科継続支援料の見直し	390
⑬	救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の 見直し.....	392
Ⅲ－４－５	難病患者に対する適切な医療の評価	394
①	遺伝学的検査の見直し	394
②	遺伝カウンセリングの見直し	397
③	生体移植時における適切な検査の実施	401
④	知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直 し	403
⑤	アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校 医等の連携強化	405
⑥	難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・ 連携の推進	407
Ⅲ－４－６	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	409
①	小児運動器疾患指導管理料の見直し	409
②	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	410
③	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連 携強化.....	411
④	医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携 強化.....	412

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

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

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

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	469
-----------------------	-----

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進	469
② バイオ後続品の使用促進	474
IV-2 費用対効果評価制度の活用	
IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	475
① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化	475
② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化	476
③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し	477
④ 人工腎臓の評価の見直し	478
IV-4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）	481
① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	481
IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）	482
① 外来医療の機能分化等	482
IV-6 重症化予防の取組の推進	483
① 透析中の運動指導に係る評価の新設	483
② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設	484
③ 生活習慣病管理料の見直し	486
④ 高度難聴指導管理料の見直し	487
⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	488
IV-7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正 使用等の推進	489
① 医薬品の給付の適正化	489
② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）	490
③ 処方箋料の見直し	491
IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進	492
① 調剤基本料の見直し	492
② 特別調剤基本料の見直し	494

① 令和4年度診療報酬改定における コロナ特例等に係る対応

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
3. 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

（※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

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

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

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

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 外来感染対策向上加算 6点

[算定要件]

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

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

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

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

[施設基準]

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

- (11) (7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
- (13) (7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (17) 「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (19) 区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

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

(新) 連携強化加算 3点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

(新) サーベイランス強化加算 1点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

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

策向上加算に改める。

4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算3を新設する。
5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。
6. 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

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

する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等

(1) 感染対策向上加算1の施設基準イ～ハ (略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

ホ 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携により感染防止対策を実施す

関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。

3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。

(新設)

[施設基準]

二十九の二 感染防止対策加算の施設基準等

(1) 感染防止対策加算1の施設基準イ～ハ (略)

ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(新設)

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

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

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

剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。

(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームペ

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。

(14) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

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

が、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

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

て、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。

- (9) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。
- (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (15) 外来感染対策向上加算の届出を

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

① 高度かつ専門的な 急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 急性期充実体制加算（1日につき）

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

(新) 精神科充実体制加算 30 点

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

② 総合入院体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

イのいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関(医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。)であること。

制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

③ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。
 - 「点滴ライン同時3本以上の管理」の項目について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更する。
 - 「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。
 - 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、1点から2点に変更する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

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

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

(※) 許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

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

[経過措置]

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

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

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

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

[経過措置]

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

④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

改定案	現行
<p>【短期滞在手術等基本料2】 (削除)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料2】 2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点 <u>（生活療養を受ける場合にあっては、5,046点）</u></p>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

改定案	現行
[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査 <u>D287 内分泌負荷試験 1</u> <u>下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)</u> <u>D291-2 小児食物アレルギー一負荷検査</u> K005~K008 (略) <u>K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)</u> <u>K048 骨内異物 (挿入物を含む。)</u> 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に	[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術 (新設) (新設) K005~K008 (略) (新設) (新設)

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

(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)

K 8 2 3 - 6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)

K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

K 8 4 1 - 2 (略)

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

一～二十三 (略)

二十四 別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料(地域一般入院料1に限る。)に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外すること。

※ 救命救急入院料、特定集中治療室

(新設)

(新設)

K 8 4 1 - 2 (略)

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

一～二十三 (略)

(新設)

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料(地域一般入院料1に限る。)に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外すること。

管理料等についても同様。	
--------------	--

⑥ 特定集中治療室等における 重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 重症患者対応体制強化加算

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置

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

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

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

⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点

[対象患者]

集中治療領域における入院患者

[算定要件]

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

[施設基準]

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

当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

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

ア 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

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

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

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

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

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

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

⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

⑨ 救命救急入院料等における 算定上限日数の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

[施設基準]

(7) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

準

イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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

【ハイケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

[施設基準]

[施設基準]

(新設)

【ハイケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

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

イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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

【小児特定集中治療室管理料】

[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

[施設基準]

(6) 小児特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【小児特定集中治療室管理料】

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

(新設)

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

⑪ 早期離床・リハビリテーション加算における 職種要件の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
ウ～エ (略)

[施設基準]

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

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
ウ～エ (略)

[施設基準]

- 6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準
- (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。
ア～イ (略)
- ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2)～(5) (略)
- (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。
- (7)・(8) (略)

⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

制が整備されていること。

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

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

を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

(10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大

[施設基準]

(新設)

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

(新設)

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

⑬ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
2. 「B 患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

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

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

[経過措置]

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

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑭】

⑭ 救命救急入院料 1 及び 3 における 重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

[経過措置]

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

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

1. 地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件について、以下のとおり見直す。
 - (1) 地域包括ケア病棟入院料1及び2並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び2における在宅復帰率の要件について、7割以上から7割2分5厘以上に変更する。
 - (2) 地域包括ケア病棟入院料3及び4並びに地域包括ケア入院医療管理料3及び4について、在宅復帰率が7割以上であることを要件に追加するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

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

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

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

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

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

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

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

- (1) 地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3 並びに地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 における自宅等から入院した患者割合の要件について、1 割 5 分以上から 2 割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の 3 月の受入れ人数について、6 人以上から 9 人以上に変更する。また、地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 における病床数が 10 床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件について、3 月で 6 人以上から 8 人以上に変更する。
- (2) 地域包括ケア病棟入院料 2 及び 4 並びに地域包括ケア入院医療管理料 2 及び 4 の要件に、以下のいずれか 1 つ以上を満たすことを追加する。
- ア 自宅等から入棟した患者割合が 2 割以上であること
 - イ 自宅等からの緊急患者の受入れが 3 月で 9 人以上であること
 - ウ 在宅医療等の実績を 1 つ以上有すること

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

- (3) 在宅医療等の実績における退院時共同指導料 2 の算定回数の実績

の要件について、外来在宅共同指導料 1 の実績を用いてもよいこととする。

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

料 1 の施設基準

- ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。
- ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
- ニ (2)のイ、ホ及びへを満たすものであること。

※ 地域包括ケア入院医療管理料 3についても同様。

(4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準

ハ 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。

- ① 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。
- ② 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
- ③ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
- ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ⑤ 訪問看護療養費に係る指定

料 1 の施設基準

- ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。
- ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
- ニ (2)のイ及びホ及びへを満たすものであること。

(4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準

(新設)

訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。

⑧ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

イ (2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。

ロ 次のいずれか1つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。

① 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

(2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。

(新設)

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

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

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

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

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

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

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

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

期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

イ 急性期患者支援病床初期加算

(新設)

(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

150点

② ①の患者以外の患者の場合

50点

(2) 許可病床数400床未満の保険医療機関

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

250点

② ①の患者以外の患者の場合

125点

ロ 在宅患者支援病床初期加算

(新設)

① 介護老人保健施設から入院した患者の場合

500点

② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

400点

⑯ 地域包括ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方について、以下のとおり見直す。
 - (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料5を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料6を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料5として位置付ける。ただし、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする。
 - (2) 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、算定を開始した日から2年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定することができることとする。

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

[算定要件]

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

5 5については、算定を開始した日から起算して二十四月（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、十二月）に限り算定する。

(経過措置)

令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定については、令和五年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。

※ 回復期リハビリテーション病棟

[算定要件]

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

(新設)

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

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

改定案	現行
【回復期リハビリテーション病棟入	【回復期リハビリテーション病棟入

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

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

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

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

⑩ 回復期リハビリテーションを要する状態 の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

⑱ 特定機能病院において

リハビリテーションを担う病棟の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

[施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。
- (2) 回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。
- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）及び呼吸器リハビリテーション料（I）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- (5) 当該病棟に専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (6) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (7) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (8) 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (9) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- (10) 特定機能病院であること。（当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）
- (11) 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

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

⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の75に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症

より、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(新設)

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

[経過措置]

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

②1 中心静脈栄養の実施に係る 療養病棟入院基本料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

[経過措置]

- (1) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- (2) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

② 障害者施設等入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件]

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

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,490点

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件]

(新設)

<u>(2) 医療区分1の患者に相当するもの</u>	<u>1,341点</u>
----------------------------	---------------

② 緩和ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

(6) 「注4」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。

指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

②④ 有床診療所入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[施設基準]

(2) 有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

イ 有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

①～③ (略)

ロ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

① イの①から③までのいずれかに該当すること。

② 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ～ハ (略)

(新設)

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

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

[経過措置]

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

②5 有床診療所における慢性維持透析患者の 受入れに係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

②6 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

㉑ DPC/PDPS の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. 医療機関別係数の見直し
(1) 基礎係数（医療機関群の設定等）
医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、3つの医療機関群を設定する。

① 設定要件

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

【実績要件1】：診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正：外的要因補正）

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

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

【実績要件2】：医師研修の実施

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

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

【実績要件3】：医療技術の実施

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

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

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

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

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

(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数

(3C) : 対象症例件数

「(3A) : 症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C) : 対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

(※) 外保連手術指数の算出方法

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

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

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

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

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

3. 手術時間数

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

別表1 特定内科診療25疾患

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

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

【実績要件4】：補正複雑性指数 (DPC補正後)

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

② 基準値

- 各要件の基準値は、大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

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

(2) 機能評価係数 I

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(3) 機能評価係数 II

従前の6つの評価項目を維持する。

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

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

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

(4) 激変緩和係数

従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、

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

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

3. 診断群分類の見直し

- (1) 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。
- (2) 短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- (3) 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から転院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- (4) 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。

4. 退院患者調査の見直し

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

- (2) 医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。
- (3) 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

5. その他

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

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

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

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	<p>適切なDPCデータの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数との矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 (様式1で評価) ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和6年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、1：1）構成	<p>体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載）</p> <p>定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1：1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>

評価対象：令和2年10月1日～令和3年9月30日データ

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

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均1入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者</p>

<地域医療指数・体制評価指数>

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕		
	医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」 (いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA 療法の実施を評価 (0.25P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価 (0.5P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までに K178-31, K178-32, K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれかの最大値で評価。		

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別災害拠点病院の指定(0.5P) ・DMATの指定(0.25P) ・EMISへの参加(0.25P) ・BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P) 		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
へき地	へき地の医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P) ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P) 		

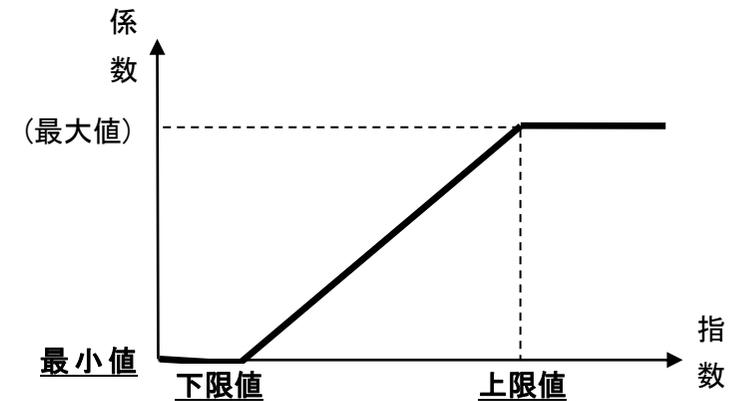
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合0.75P</u> ・ <u>GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P)</u> 		
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	① 治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・ 過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P) ・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。 	
			② <u>新型インフルエンザ対策</u> ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>	

地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価

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

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

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



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、GMIS への参加
 - ・ 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント(指数)、実績を有するデータ(評価指標が 0 でないデータ)の 25%tile 値を各項目の上限値(つまり、実績を有する施設の上位 4 分の 3 は満点)。
- 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績
 - ・ 実績を有するデータ(評価指標が 0 でないデータ)の 25%tile 値を満たす場合は、各項目の上限値あるいは条件を満たす。25%tile 値に満たない場合は、0 ポイント(指数)、あるいは条件を満たさない、とする。

① 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

【初診の場合】

医科：200点 / 歯科：200点

【再診の場合】

医科：50点 / 歯科：40点

3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科：7,000円 / 歯科：5,000円

【再診の場合】

医科：3,000円 / 歯科：1,900円

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

よる初診の場合 <u>五千元</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>三千元</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千九百元</u>	よる初診の場合 <u>三千元</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>二千五百円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千五百円</u>
---	---

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

【初診・再診共通】

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

【初診の場合】

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

【再診の場合】

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

[施行日等]

- (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
- (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

② 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日） 800点

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

③ 初診料及び外来診療料における 紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。

紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介割合 (\%)} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

$$\text{逆紹介割合 (\%)} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1,000$$

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と

紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成5年2月15日）（健政発第98号）」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について（平成10年5月19日）（健政発第639号）」により定めるものとする。

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、

いわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は区分番号「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

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

④ 外来在宅共同指導料の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新)	<u>外来在宅共同指導料</u>	
	<u>1 外来在宅共同指導料1</u>	<u>400点</u>
	<u>2 外来在宅共同指導料2</u>	<u>600点</u>

[対象患者]

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

[算定要件]

- (1) 外来在宅共同指導料1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- (2) 外来在宅共同指導料2については、1の場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関に

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

⑤ 紹介受診重点医療機関と

かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に1回までに変更する。
2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

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

供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

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

3 注1又は注2に該当しない場合であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患

った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

（新設）

2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患

者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

4 (略)

5 注 1 から注 4 までのいずれにも該当しない場合であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月 1 回）に限り算定する。

[施設基準]

十の一の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1) 連携強化診療情報提供料の注 1 に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 連携強化診療情報提供料の注 1

者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

(新設)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注 1 の規定にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

[施設基準]

十の一の四 診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等

(1) 診療情報提供料（Ⅲ）の注 1 に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 診療情報提供料（Ⅲ）の注 1 に規

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

① 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
2. 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

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

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

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

② 小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 初診時 641点</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 再診時 448点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 初診時 758点</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 再診時 566点</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 初診時 630点</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 再診時 437点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 初診時 747点</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 再診時 555点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 631点</p> <p>ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 748点</p> <p>ロ 再診時 556点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った</p>

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

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

【 I - 5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 - ③】

③ 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

「 I - 4 - ②」を参照のこと。

④ 耳鼻咽喉科処置の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点

[算定要件]

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

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

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

3. 耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。

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

⑤ 機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

患者に対して説明すること。

- (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
- (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
- (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
- (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
- (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
 - (2) (略)
 - (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- (2) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。
 - イ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療

[施設基準]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

(新設)

- (1) (略)
 - (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
- (新設)

加算2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上

ウ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っていること。

エ 以下のいずれも満たすものであること。

(イ) 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上

オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料

(新設)

ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

に係る届出を行っていること。

カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。

キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

(イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。

① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上

② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であ

エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。))又は在宅療養支援病院(区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。))に限る。)

オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)

って、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。

① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上

② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。

イ 警察医として協力していること。

ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。

エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。

オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医

（新設）

又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(中略)

2 届出に関する事項

(1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

(2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。(中略)

2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(新設)

⑥ 継続診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

問診療を実施した場合に、以下により算定する。

ア 在宅療養移行加算 1 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 1 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

(ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ハ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

イ 在宅療養移行加算 2 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 2 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他

要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。

ア 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

イ 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(新設)

の医療機関が往診を提供する体制を有していること。

(ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。

(ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

⑦ かかりつけ歯科医の機能の充実

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑧ 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

① 在支診及び在支病による地域連携の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

② 在支診及び在支病における 適切な意思決定支援の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[経過措置]

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

③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【 I - 6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 - ④】

④ 外来在宅共同指導料の新設

「 I - 4 - ④」を参照のこと。

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑤】

⑤ 継続診療加算の見直し

「I-5-⑥」を参照のこと。

⑥ 在宅がん医療総合診療料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。

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

⑦ 緊急往診加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

⑧ 複数の訪問看護ステーションによる 24時間対応体制の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑨ 業務継続に向けた取組強化の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

- 第二十二條の二 指定訪問看護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
 - 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑩ 機能強化型訪問看護ステーションの見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

⑪ 医療的ケア児等に対する訪問看護に係る 関係機関の連携強化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

なる月については、当該学校等につき月1回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

[施設基準]

- 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
- (1) 十八歳未満の超重症児又は準超重症児
 - (2) 十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
 - (3) 十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

[施設基準]

- 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
- (1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児
 - (2) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
 - (3) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑭ 専門性の高い看護師による 訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

は化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。）

2,500円

□ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）

2,500円

[施設基準]

(7) 訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準

次のいずれかに該当するものであること。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

□ 保健師助産師看護師法（昭和三十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。

[施設基準]

(新設)

⑮ 訪問看護における特定行為の手順書の 交付に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

管理を必要とするものとは、以下の
アからキまでに掲げるものとする。

ア 気管カニューレの交換

イ 胃ろうカテーテル若しくは腸
ろうカテーテル又は胃ろうボタ
ンの交換

ウ 膀胱ろうカテーテルの交換

エ 褥瘡又は慢性創傷の治療にお
ける血流のない壊死組織の除去

オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ 持続点滴中の高カロリー輸液
の投与量の調整

キ 脱水症状に対する輸液による
補正

※ 精神科訪問看護指示料について
も同様。

⑯ 退院日のターミナルケアの見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑰ 複数名訪問看護加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

(1)～(3) (略)

二 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) (略)

[施設基準]

(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者

一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの

イ～ニ (略)

ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

※ 在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様。

助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

(1)～(3) (略)

二 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) (略)

[施設基準]

(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者

一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの

イ～ニ (略)

ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

⑱ 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

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

⑱ 同一建物居住者に対する訪問看護に係る 評価区分の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑳ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

改定案	現行						
<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>10歳未満</td> <td><u>400点</u></td> </tr> </table>	1	10歳未満	<u>400点</u>	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>10歳未満</td> <td><u>350点</u></td> </tr> </table>	1	10歳未満	<u>350点</u>
1	10歳未満	<u>400点</u>					
1	10歳未満	<u>350点</u>					

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

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

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

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

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

② 在宅医療における医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

② 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

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

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

②③ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(削除)

- (3) (2)において、患者の個人情報を

者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

- (3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

- (4) (2)及び(3)において、患者の個人

当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(4)～(6) (略)

※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(5)～(7) (略)

②4 ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

① 医療的ケア児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）の注7における情報提供先に保育所等を追加する。

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

② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

③ 医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）注2における情報提供先に児童相談所を追加する。

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

④ 周術期の栄養管理の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。
- (2) この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (2) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

⑥ 病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 入院栄養管理体制加算（入院初日及び退院時） 270点

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

⑦ 褥瘡対策の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

⑧ 手術後の患者に対する 多職種による疼痛管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） 100点

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）

が設置されていること。

ア 麻酔に従事する専任の常勤医師

イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

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

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

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

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

【I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組-⑨】

⑨ 在宅医療における医科歯科連携の推進

「I-6-⑳」を参照のこと。

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。

1. 施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。
2. 対象患者に HIV 感染症患者を追加する。

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

険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

[施設基準]

六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準

(1)～(4) (略)

【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】

注4 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、

疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

[施設基準]

六の二の四 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準

(1)～(4) (略)

【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定

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

【 I - 7 地域包括ケアシステムの推進のための取組 - ⑪】

⑪ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

「 I - 6 - ⑳」を参照のこと。

⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

[対象患者]

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

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤

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

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

- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

処 方 箋 （この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）											
公費負担番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				・ (枝番)			
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日		明大昭平令	年 月 日		男・女		電話番号			
	区分		被保険者		被扶養者		保険医氏名 ㊞				
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可		「個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。								
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (<u> </u> 回)								
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
			保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供								
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）											
□1回目調剤日（ 年 月 日 ） □2回目調剤日（ 年 月 日 ） □3回目調剤日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）											
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名						公費負担医療の受給者番号					

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

⑬ 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅱ－1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保－
①】

① 地域医療体制確保加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

【Ⅱ－３ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進－①】

① 勤務医の負担軽減の取組の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【Ⅱ－3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進－②】

② 夜間の看護配置に係る評価及び 業務管理等の項目の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、4の(3)の基準を満たしているものとする。

※ 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①】

① 医師事務作業補助体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－②】

② 特定行為研修修了者の活用の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－③】

③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－④】

④ 周術期における薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－⑤】

⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

① イの①及び②を満たすものであること。

② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件]

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

イ 看護補助加算

(1) 14日以内の期間 146点

(2) 15日以上30日以内の期間
121点

ロ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間 151点

(2) 15日以上30日以内の期間
126点

[施設基準]

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

イ 看護補助加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

①～④ (略)

ロ 看護補助体制充実加算の施設基準

① イの①から③までを満たすものであること。

② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件]

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

イ 14日以内の期間 141点

ロ 15日以上30日以内の期間
116点

[施設基準]

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算の施設基準

(新設)

次のいずれにも該当すること。

イ～三 (略)

(新設)

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

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

【Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－①】

① 医療機関における ICT を活用した 業務の効率化・合理化

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

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

導料 1 及び 2、介護支援等連携指導料についても同様。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】

[算定要件]

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ (略)

ウ 当該カンファレンスは、1 人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(削除)

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】

[算定要件]

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ (略)

ウ 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の(イ)及び(ロ)を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(イ) 当該カンファレンスに 3 者以上が参加すること

(ロ) 当該 3 者のうち 2 者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

エ また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、DPC 対象病院及び一般病

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

【Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②】

② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。
2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。
3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。
4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

【Ⅱ－5 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－③】

③ 標準規格の導入に係る取組の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－①】

① 入退院支援の推進

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

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

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－②】

② 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－３－⑳」を参照のこと。

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－③】

③ 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 報告書管理体制加算（退院時1回） 7点

[対象患者]

画像診断又は病理診断が行われた入院患者

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－④】

④ 療養・就労両立支援指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤】

⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

第1 基本的な考え方

1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
2. 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
3. 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第2 具体的な内容

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

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】

- (1) 再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘（消化管再建を伴うもの）（頸部・胸部・腹部の操作）
- (2) 小児食物アレルギー負荷試験
- (3) 放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍に対するもの）
- (4) 在宅ハイフローセラピー装置加算
- (5) 鼻腔・咽頭拭い液採取

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】

- (1) 陽子線治療（※1）
- (2) 重粒子線治療（※2）
- (3) LDLアフェレシス療法

(4) MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法

(5) 流産検体を用いた染色体検査

※1：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

※2：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

【廃止を行う技術の例】

(1) 椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

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

2. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】

(新)	<u>副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）</u>	
	<u>1</u>	<u>1センチメートル未満のもの</u> <u>16,000点</u>
	<u>2</u>	<u>1センチメートル以上のもの</u> <u>22,960点</u>

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑥】

⑥ 質の高い臨床検査の適切な評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

E3区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

【検査の例】

(新)	<u>微生物核酸同定・定量検査</u>	
	<u>サイトメガロウイルス核酸定量</u>	<u>450点</u>

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑦】

⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅲ－1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑧】

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

<p><u>こと。</u></p> <p>(ニ) <u>十分な吸気努力があること。</u></p> <p>(ホ) <u>異常な呼吸様式ではないこと。</u></p> <p>(ハ) <u>全身状態が安定していること。</u></p> <p>ウ <u>人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。</u></p> <p>(イ) <u>吸入酸素濃度 (F I O₂) 50%以下、CPAP (PEEP) ≤ 5cmH₂OかつPS ≤ 5cmH₂O</u></p> <p>(ロ) <u>F I O₂ 50%以下相当かつTピース</u></p> <p>エ <u>ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。</u></p> <p>(イ) <u>酸素化の悪化の有無</u></p> <p>(ロ) <u>血行動態の悪化の有無</u></p> <p>(ハ) <u>異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無</u></p> <p>オ <u>ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。</u></p> <p>カ <u>評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。</u></p>	
---	--

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

(新) 体外式膜型人工肺 (1日につき)

<u>1</u>	<u>初日</u>	<u>30,150点</u>
<u>2</u>	<u>2日目以降</u>	<u>3,000点</u>

[算定要件]

- (1) カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
- (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。
- (3) 実施のために血管を露出し、カニュレ、カテーテル等を挿入し

た場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

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

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

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

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

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (3) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。
- (4) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

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

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑨】

⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

な実績を有していること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(1) 導入期加算1の施設基準

ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のアを満たしていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。

ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

(3) 導入期加算3の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のア及び(2)のイを満たし

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(1) 導入期加算1の施設基準

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(新設)

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること。

(新設)

(新設)

イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

(新設)

ていること。

イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。

ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

5 届出に関する事項

(4) 令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。

5 届出に関する事項
(新設)

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑩】

⑩ 在宅腹膜灌流に係る 遠隔モニタリングの評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑪】

⑪ 在宅血液透析指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑫】

⑫ プログラム医療機器に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑬】

⑬ 生活習慣病管理料の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

1. 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。
2. 糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。
3. 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外する。

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

〔算定要件〕

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

(2)～(9) (略)

(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の

〔算定要件〕

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

(2)～(9) (略)

(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の

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

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑭】

⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

(新) 初診料（情報通信機器を用いた場合） 251点

[対象患者]

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

[算定要件]

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

くこと。

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

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

- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及びオンライン診療料の廃止

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

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

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

- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(※) 外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る 評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。

- 検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
 - 上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。
 - ① 入院中の患者に対して実施されるもの
 - ② 救急医療として実施されるもの
 - ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
 - ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
 - ⑤ 精神医療に関するもの
1. 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

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

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

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

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

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

※ ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料についても同様。

④ 在宅時医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の見直し

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

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

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点
- ③ ①及び②以外の場合 440点

※ 1のロ、2及び3についても同様。

[算定要件]

注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

[施設基準]

一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等
 (8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。

[施設基準]

一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等
 (新設)

⑤ 施設入居時等医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

⑥ 訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【歯科訪問診療料（１日につき）】 [算定要件] 注16 <u>1 及び 2 について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去 2 月以内に区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【歯科訪問診療料（１日につき）】 [算定要件] (新設)</p>

⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>する加算は算定できない。</p> <p>[施設基準] 九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準 (1) <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (2) <u>当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一分以下であること。</u> ① <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u> ② <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p> <p>九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの <u>原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>
------------------------------------	---

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

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

心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回)に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

[施設基準]
(削除)

(削除)

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

問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

[施設基準]

十一の二 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。

十一の三 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの

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

ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。

【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。

⑧ 情報通信機器等を用いた 外来栄養食事指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2・3 (略)

4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

5 ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

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

師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 (略)

3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

⑨ データ提出加算に係る届出を要件とする 入院料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 4 データ提出加算に係る届出 <u>を行っている保険医療機関で あること。</u></p> <p>【専門病院入院基本料（13対1）】 [施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準 等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文 に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基 準 ④ データ提出加算に係る届出 <u>を行っている保険医療機関で あること。</u></p> <p>【障害者施設等入院基本料】 [施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設</p>	<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 (新設)</p> <p>【専門病院入院基本料（13対1）】 [施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準 等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文 に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基 準 (新設)</p> <p>【障害者施設等入院基本料】 [施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設</p>

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

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

[経過措置]

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

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

について正当な理由があるものについては、当分の間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。

さらに、精神科救急急性期医療入院料については、令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る届出の要件を満たすものとみなす。

⑩ 診療録管理体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

【Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応－⑪】

⑪ 標準規格の導入に係る取組の推進

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

⑫ 外来医療等における データ提出に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

⑬ オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

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

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

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

点数に加算する。

[施設基準]

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

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

(新) 調剤管理料

注5 電子的保健医療情報活用加算 3点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[算定要件]

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

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

[施設基準]

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

【Ⅲ－3 アウトカムにも着目した評価の推進－①】

① 摂食嚥下支援加算の見直し

1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【<u>摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>1</u> <u>210点</u></p> <p>ロ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>2</u> <u>190点</u></p> <p>ハ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>3</u> <u>120点</u></p> <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u>は、<u>摂食機能及び嚥下機</u></p>	<p>【<u>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、<u>摂食機能及び嚥下機能の回復</u></p>

能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(8) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準

イ 摂食機能又は嚥下機能の回復

の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(8) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(新設)

(1) 摂食機能又は嚥下機能の回復の

<p>のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告していること。</u></p> <p>ハ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準</u> <u>(1)のイ及びロを満たすものであること。</u></p> <p>(3) <u>摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準</u> <u>イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ロ (1)のロを満たすものであること。</u> <u>ハ 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。</u> <u>ニ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p>	<p>ために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>第45の2 <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>摂食嚥下機能障害を有する患</u></p>	<p>第45の2 <u>摂食嚥下支援加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下支援加算に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>摂食嚥下機能障害を有する患</u></p>

者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士

(削除)

(削除)

ウ 専任の常勤管理栄養士

(削除)

(削除)

(2) (略)

(3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。

(4) 当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。

ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの

イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造

者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 専任の常勤言語聴覚士

エ 専任の常勤薬剤師

オ 専任の常勤管理栄養士

カ 専任の歯科衛生士

キ 専任の理学療法士又は作業療法士

(2) (略)

(3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。

(新設)

<p style="text-align: center;"><u>設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</u></p> <p><u>2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準</u> 1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</p> <p><u>3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。</u></p> <p>(2) <u>当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</u></p> <p><u>4 届出に関する事項</u></p> <p>(3) <u>令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(3) <u>1の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常</u></p>
--	---

加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。

勤看護師」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、1の(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。

② 疾患別リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

疾患別リハビリテーション料における標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合において、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改 定 案	現 行
<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4 （中略）</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ</p>	<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4 （中略）</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ</p>

る場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下この部において「FIM」という。)の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする(ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。)。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由などを記載したものであること。

る場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下この部において「FIM」という。))又は基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

③ リハビリテーション実施計画書の 署名欄の取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書等に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

改 定 案	現 行
【リハビリテーション】 [算定要件] 4の4 <u>リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書（以下この項において「計画書」という。）については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機</u>	【リハビリテーション】 [算定要件] (新設)

器具を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

【Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進－④】

④ データ提出加算に係る届出を要件とする
入院料の見直し

「Ⅲ－２－⑨」を参照のこと。

【Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進－⑤】

⑤ 外来医療等における
データ提出に係る評価の新設

「Ⅲ－２－⑫」を参照のこと。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－①】

① 一般不妊治療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、一般不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

(新) 一般不妊治療管理料 250点

[対象患者]

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

- (4) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (5) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- (6) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

[経過措置]

令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

2. 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

(新) 人工授精 1,820点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であ

って、妊娠を目的として実施した場合に算定する。

ア 精子・精液の量的・質的異常

イ 射精障害・性交障害

ウ 精子-頸管粘液不適合

エ 機能性不妊

- (3) 人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
- (5) 必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－②】

② 生殖補助医療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、生殖補助医療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

(新) 生殖補助医療管理料

<u>1</u>	<u>生殖補助医療管理料 1</u>	<u>300 点</u>
<u>2</u>	<u>生殖補助医療管理料 2</u>	<u>250 点</u>

[対象患者]

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療

養上必要な指導等を行った場合に算定する。

- (4) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (6) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名

- 以上配置されていることが望ましい。
- (6) 生殖補助医療管理料1を算定する施設については、以下の体制を有していること。
 - ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
 - イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
 - (7) 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。
 - (8) 培養を行う専用の室を備えていること。
 - (9) 凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
 - (10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
 - (11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
 - (12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
 - (13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
 - (14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われていること。
 - (15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
 - (16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のART症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施すること。
 - (17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
 - (18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
 - (19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。

- (20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- (21) 毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、(2)から(21)までの基準を満たしているものとする。

- 2. 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的に実施される、血漿中の抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

(新) 内分泌学的検査
抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点

[算定要件]

- (1) 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2) 抗ミュラー管ホルモン (AMH) は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

- 3. 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

(新) 採卵術 3,200点
注

<u>イ</u>	<u>1個の場合</u>	<u>2,400点</u>
<u>ロ</u>	<u>2個から5個までの場合</u>	<u>3,600点</u>
<u>ハ</u>	<u>6個から9個までの場合</u>	<u>5,500点</u>
<u>ニ</u>	<u>10個以上の場合</u>	<u>7,200点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

- (3) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であつて、体外受精又は顕微授精に用いることを目的として、治療計画に従つて実施した場合に算定する。
- ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であつた場合
- (4) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

4. 不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>体外受精・顕微授精管理料</u>	
	<u>1 体外受精</u>	<u>4,200 点</u>
	<u>2 顕微授精</u>	
	イ <u>1 個の場合</u>	<u>4,800 点</u>
	ロ <u>2 個から 5 個までの場合</u>	<u>6,800 点</u>
	ハ <u>6 個から 9 個までの場合</u>	<u>10,000 点</u>
	ニ <u>10 個以上の場合</u>	<u>12,800 点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
- (3) 精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。
- (4) 1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定

し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。

- (5) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であつて、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従つて実施した場合に算定する。
- ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であつた場合
- (6) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7) 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

5. 顕微授精による受精卵の作成に当たり、卵子活性化処理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 卵子調整加算 1,000点

[算定要件]

受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を顕微授精の所定点数に加算する。

6. 体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設する。

(新)	<u>受精卵・胚培養管理料</u>	
	<u>1 1個の場合</u>	<u>4,500点</u>
	<u>2 2個から5個までの場合</u>	<u>6,000点</u>
	<u>3 6個から9個までの場合</u>	<u>8,400点</u>
	<u>4 10個以上の場合</u>	<u>10,500点</u>
	<u>注</u>	
	<u>イ 1個の場合</u>	<u>1,500点</u>
	<u>ロ 2個から5個までの場合</u>	<u>2,000点</u>
	<u>ハ 6個から9個までの場合</u>	<u>2,500点</u>
	<u>ニ 10個以上の場合</u>	<u>3,000点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
- (4) 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

7. 受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存に係る医学的管理に係る評価を新設する。

(新)

胚凍結保存管理料

<u>1</u>	<u>胚凍結保存管理料（導入時）</u>	
イ	1個の場合	5,000点
ロ	2個から5個までの場合	7,000点
ハ	6個から9個までの場合	10,200点
ニ	10個以上の場合	13,000点
<u>2</u>	<u>胚凍結保存維持管理料</u>	3,500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。
- (2) 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。
- (4) 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (6) 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

8. 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

(新)

胚移植術

<u>1</u>	<u>新鮮胚移植の場合</u>	<u>7,500点</u>
<u>2</u>	<u>凍結・融解胚移植の場合</u>	<u>12,000点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する(ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。)
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については1を、凍結胚を融解したものをを用いた場合については2を算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) 治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

9. 胚移植術を実施する患者に対して、着床率の向上を目的として実施する治療に係る評価を新設する。

(新)	<u>胚移植術</u>	
	<u>注4</u> <u>アシステッドハッチング</u>	<u>1,000点</u>
	<u>注5</u> <u>高濃度ヒアルロン酸含有培養液</u>	<u>1,000点</u>

[算定要件]

- (1) 胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- (2) 胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－③】

③ 男性不妊治療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、男性不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にY染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

(新) Y染色体微小欠失検査 3,770点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR-rSSO法により測定した場合に限り算定できる。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

2. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>精巣内精子採取術</u>	
	1 <u>単純なもの</u>	<u>12,400点</u>
	2 <u>顕微鏡を用いたもの</u>	<u>24,600点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 1については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
- (3) 1については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ア 閉塞性無精子症
 - イ 非閉塞性無精子症
 - ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの
- (4) 2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ア 非閉塞性無精子症
 - イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
- (5) 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (6) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) (3)のウ又は(4)のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - ア 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ① 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - ② 泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ 次のいずれの基準にも該当すること。

- ① 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ② 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
 - ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ④ 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

① がん患者指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改 定 案	現 行
<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連</p>	<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。</p>

<p>携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。</p> <p>[施設基準] (12) <u>がん患者指導管理料の施設基準等</u> イ <u>がん患者指導管理料のイの施設基準</u> ① <u>がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> ② <u>当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> ロ <u>がん患者指導管理料のロ、ハ及びニの施設基準</u> <u>イの①を満たすものであること。</u> ハ <u>がん患者指導管理料の注4に規定する患者</u> (略)</p> <p>[経過措置] <u>令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする(入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。)</u></p>	<p>[施設基準] (12) <u>がん患者指導管理料の施設基準等</u> イ <u>がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>ロ <u>がん患者指導管理料の注4に規定する患者</u> (略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>
---	--

2. がん患者指導管理料ロについて、がん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>□ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 □については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□</p> <p>ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>□ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 □については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□</p> <p>ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略)</p>
---	--

<p>ウ 看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>	<p>ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>
---	---

② 外来化学療法に係る栄養管理の充実

第1 基本的な考え方

外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] <u>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(6)の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する基準</u> <u>悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

③ 放射線治療病室管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い放射線内用療法を提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（1日につき）</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 <u>6,370点</u></p> <p>2 密封小線源による治療の場合 <u>2,200点</u></p> <p>[算定要件] 注1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。</u></p> <p>2 <u>2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して</u></p>	<p>【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（1日につき） <u>2,500点</u></p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[算定要件] 注 <u>治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</u></p> <p>（新設）</p>

いるものとして保険医療機関が
地方厚生局長等に届け出た病室
において、治療上の必要があつて
放射線治療病室管理が行われた
入院患者（第1節の入院基本料
（特別入院基本料等を含む。）又
は第3節の特定入院料のうち、放
射線治療病室管理加算を算定で
きるものを現に算定している患
者であつて、密封小線源による治
療が行われたものに限る。）につ
いて、所定点数に加算する。

[施設基準]

二十一の四 放射線治療病室管理加
算の施設基準

(1) 治療用放射性同位元素による治
療の場合の施設基準

放射性同位元素による治療を行
うにつき十分な設備を有している
こと。

(2) 密封小線源による治療の場合の
施設基準

密封小線源による治療を行うに
つき十分な設備を有していること。

[施設基準]

(新設)

④ がんゲノムプロファイリング検査の見直し

第1 基本的な考え方

がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする。

改 定 案	現 行
<p>【がんゲノムプロファイリング検査】 44,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。</p> <p>2 <u>抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。</u></p> <p>(1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、<u>検体提出</u></p>	<p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>1 検体提出時 8,000点</p> <p>2 結果説明時 48,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 (新設)</p> <p>(1) 「1」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイル</p>

<p>時に患者1人につき1回（以下のイの場合については、<u>血液を検体とする検査を含めて2回</u>）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> <p>ア・イ（略） （削除）</p>	<p>の取得を行う場合に患者1人につき1回（以下のイの場合については2回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> <p>ア・イ（略）</p> <p>(2) 「2」結果説明時については、「1」<u>検体提出時で得た包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。</u></p>
<p>(2)（略）</p> <p>(3) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</u></p> <p>(4)・(5)（略） （削除） （削除） （削除）</p>	<p>(3)（略）</p> <p>(4) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</u></p> <p>(5)・(6)（略） (7)（略） (8)（略） (9)（略）</p>

(6) 「注2」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。

ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査

イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査

ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査

エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査

カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査

キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査

ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査

ケ 卵巣癌又は前立腺癌におけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査

(削除)

(10) 「2」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。

(11) 「1」検体提出時と「2」結果説明時は一連であるため、「1」検体提出時については区分番号「D026」の検体検査判断料及び区分番号「D027」の基本的検体検査判

<p>[施設基準] 1 <u>がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準</u> (1)～(3) (略) (4) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ (FASTQ又はBAM)、解析データ (VCF又はXML) 及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター (CCAT) に全例を提出していること (当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。)</u> <u>なお、提出に当たっては、CCAT検査データ転送システム利用規約を遵守していること。</u> (5) <u>臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。</u> (6) <u>当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。</u> (7) (略) (8) <u>エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日一部改正健発0719第3号)及び「エキスパートパネルの実施要件について」(令和4年2月)に基づき開催していること。</u></p>	<p><u>断料は算定できない。</u></p> <p>[施設基準] 1 <u>がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準</u> (1)～(3) (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) (略) (新設)</p>
--	--

<p>2 届出に関する事項 <u>(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。</u></p>	<p>2 届出に関する事項 (新設)</p>
---	-----------------------------

2. がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・説明等の評価として、がんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

[対象患者]

がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

[施設基準]

がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤ 無菌製剤処理料の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

第2 具体的な内容

無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

改定案	現行
【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) イ・ロ (略)	【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ 病院であること。 ロ・ハ (略)

⑥ 悪性腫瘍の治療における 安心・安全な外来化学療法の評価の新設

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

(新) 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> | <u>700 点</u> |
| <u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合</u> | <u>400 点</u> |

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> | <u>570 点</u> |
| <u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合</u> | <u>270 点</u> |

[対象患者]

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番

- 号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
 - (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
 - (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
 - (6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
 - (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
 - (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
 - (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
 - イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。
2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)

並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

① 認知症専門診断管理料の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直す。

第2 具体的な内容

認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

改 定 案	現 行
<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>基幹型又は地域型の場合</u> 300点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>連携型の場合</u> 280点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす<u>病院である</u>保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p>

<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料に関する施設基準</p> <p>「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号）の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p>(削除)</p> <p><u>2</u> (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料<u>1</u>に関する施設基準</p> <p>「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号）の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p><u>2</u> 認知症専門診断管理料<u>2</u>に関する施設基準</p> <p><u>1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。</u></p> <p><u>3</u> (略)</p>
---	--

① 療養・就労両立支援指導における 相談支援に係る職種要件の見直し

第1 基本的な考え方

治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

改定案	現行
<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、<u>看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師</u>が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>2 相談支援加算に関する施設基準 専任の<u>看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師</u>を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキ</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、<u>看護師又は社会福祉士</u>が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>2 相談支援加算に関する施設基準 専任の<u>看護師又は社会福祉士</u>を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、<u>専任の看護師又は社会福祉士</u>については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラ</p>

ユラムに即した研修を修了していること。	ムに即した研修を修了していること。
---------------------	-------------------

② 薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

第1 基本的な考え方

薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【<u>依存症入院医療管理加算</u>（1日につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>二十六の二 <u>依存症入院医療管理加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>依存症入院医療管理加算の施設基準</u></p> <p>アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整</p>	<p>【<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>（1日につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>二十六の二 <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準</u></p> <p>アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されているこ</p>

備されていること。

(2) 依存症入院医療管理加算の対象患者

入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者

第17の3 依存症入院医療管理加算

1 依存症入院医療管理加算の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア～ウ (略)

(4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修である(14時間以上の研修時間であるもの)。

と。

(2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者

入院治療が必要なアルコール依存症の患者

第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア～ウ (略)

(新設)

<p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むものであること。</u></p> <p><u>(イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向</u></p> <p><u>(ロ) 依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応</u></p> <p><u>(ニ) 依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ヘ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点</u></p> <p><u>(ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク</u></p> <p><u>(5)・(6) (略)</u></p> <p>2 届出に関する事項 <u>依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</u></p>	<p><u>(4)・(5) (略)</u></p> <p>2 届出に関する事項 <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</u></p>
--	---

③ アルコール依存症の外来患者に対する 集団療法の評価の新設

第1 基本的な考え方

アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2 （略） 3 <u>アルコール依存症の場合 300点</u></p> <p>[算定要件] 注3 <u>3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 一の五 <u>依存症集団療法の施設基準</u> (3) <u>アルコール依存症の場合の施設基準</u> <u>(1)を満たすものであること。</u></p>	<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2 （略） (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 一の五 <u>依存症集団療法の施設基準</u> (新設)</p>

④ 摂食障害入院医療管理加算及び 精神科身体合併症管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について、10人以上から1人以上に変更する。

改定案	現行
<p>【摂食障害入院医療管理加算（1日につき）】 [施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が<u>1人</u>以上であること。</p>	<p>【摂食障害入院医療管理加算（1日につき）】 [施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が<u>10人</u>以上であること。</p>

2. 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について、Body Mass Index13未満の摂食障害からBody Mass Index15未満の摂食障害に拡大する。

改定案	現行
<p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 [施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index<u>15</u>未満の摂食障害）の患者</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 [施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index<u>13</u>未満の摂食障害）の患者</p>

⑤ 精神疾患を有する者の地域定着に向けた 多職種による支援の評価の新設

第1 基本的な考え方

精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【通院精神療法】 [算定要件] 注9 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p> <p>[施設基準] <u>一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準</u></p>	<p>【通院精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

第47の7 通院・在宅精神療法

3 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。

(2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

(3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。

イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

(ロ) 精神症状の病因・病態、治療

(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

第47の7 通院・在宅精神療法
(新設)

<p><u>(ホ) 患者・家族の支援、関係調整</u> <u>(ハ) ケアの連携体制の構築（他職</u> <u>種・他機関との連携、社会資源</u> <u>の活用）</u> <u>(ト) ストレスマネジメント</u> <u>(チ) コンサルテーション方法</u> <u>エ 実習により、事例に基づくアセ</u> <u>スメントと精神看護関連領域に</u> <u>必要な看護実践を含むものであ</u> <u>ること。</u></p>	
---	--

⑥ 継続的な精神医療の提供を要する者に対する 訪問支援の充実

第1 基本的な考え方

在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

第2 具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p> <p><u>ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</u></p> <p><u>イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</u></p> <p><u>ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者</u></p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p>

⑦ 児童思春期精神科専門管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

児童・思春期精神医療の外来診療において、2年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

児童思春期精神科専門管理加算のうち、16歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から2年を超えて行った場合についても評価を行う。

改定案	現行
<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p><u>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合</u></p> <p>合 500点</p> <p><u>(2) (1)以外の場合</u> 300点</p>	<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。）</p> <p>500点</p>

□ (略)	□ (略)
-------	-------

⑧ 通院・在宅精神療法の見直し

第1 基本的な考え方

精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

通院精神療法及び在宅精神療法の口及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

改定案	現行
<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u> 540点</p> <p style="padding-left: 40px;">560点</p> <p>(2) <u>(1)以外の場合</u> 540点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 400点</p> <p style="padding-left: 40px;">410点</p> <p>② <u>①以外の場合</u> 390点</p> <p>(2) 30分未満の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 330点</p> <p style="padding-left: 40px;">330点</p> <p>② <u>①以外の場合</u> 315点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u> 600点</p>	<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点</p>

	<u>620点</u>		
<u>(2) (1) 以外の場合</u>			
	<u>600点</u>		
ハ イ及びロ以外の場合		ハ イ及びロ以外の場合	
(1) 60分以上の場合		(1) 60分以上の場合	
① <u>精神保健指定医による場合</u>			<u>540点</u>
	<u>550点</u>		
② <u>①以外の場合</u>			
	<u>530点</u>		
(2) 30分以上60分未満の場合		(2) 30分以上60分未満の場合	
① <u>精神保健指定医による場合</u>			<u>400点</u>
	<u>410点</u>		
② <u>①以外の場合</u>			
	<u>390点</u>		
(3) 30分未満の場合		(3) 30分未満の場合	
① <u>精神保健指定医による場合</u>			<u>330点</u>
	<u>330点</u>		
② <u>①以外の場合</u>			
	<u>315点</u>		

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

第1 基本的な考え方

精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料について、名称を精神科救急急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、5名以上から4名以上に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急急性期医療入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 2,400点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 2,100点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 1,900点</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。（中略）</p> <p>[施設基準] 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の</p>	<p>【精神科救急入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科救急入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 3,579点</p> <p>ロ 31日以上90日以内の期間 3,145点</p> <p>2 精神科救急入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 3,372点</p> <p>ロ 31日以上90日以内の期間 2,938点</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。（中略）</p> <p>[施設基準] 十四 精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準</p>

<p>施設基準 イ～ニ (略) ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が<u>四名</u>以上配置されていること。 へ～ヌ (略) (2) <u>精神科救急急性期医療入院料の対象患者</u> (略) (3) <u>精神科救急急性期医療入院料の注2の除外薬剤・注射薬</u> (略) (4) <u>精神科救急急性期医療入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態</u> (略) (5) <u>精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準</u> (略) (6) <u>精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日</u> (略) 第15 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> 1 <u>精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等</u> (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が<u>4名</u>以上常勤していること。 (3)～(12) (略) (13) <u>当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下である</u></p>	<p>イ～ニ (略) ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が<u>五名</u>以上配置されていること。 へ～ヌ (略) (2) <u>精神科救急入院料の対象患者</u> (略) (3) <u>精神科救急入院料の注2の除外薬剤・注射薬</u> (略) (4) <u>精神科救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態</u> (略) (5) <u>精神科救急入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準</u> (略) (6) <u>精神科救急入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日</u> (略) 第15 <u>精神科救急入院料</u> 1 <u>精神科救急入院料に関する施設基準等</u> (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が<u>5名</u>以上常勤していること。 (3)～(12) (略) (13) <u>当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を</u></p>
---	---

こと。

(14) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

イ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。

ウ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は(12)のアの地域における人口1万人当たり0.37件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

エ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホ

超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

(新設)

<p><u>ーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>	<p><u>2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</u> (略)</p> <p><u>3 精神科救急入院料 2 に関する施設基準等</u> (略)</p>
--	---

2. 精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を130床以下に限定する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>2,000点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,700点</u></p> <p>ハ <u>61日以上90日以内の期間</u> <u>1,500点</u></p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>1,885点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,600点</u></p> <p>ハ <u>61日以上90日以内の期間</u> <u>1,450点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は2の施設基準</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>1,997点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,665点</u></p> <p>(新設)</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>1,883点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,554点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は2の施設基準</p>

<p>カ 当該病棟の病床数は、<u>130床以下</u>であること。</p>	<p>カ 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が<u>300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下</u>であること。</p>
--	--

3. 精神科救急・合併症入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直すとともに、入院基本料等加算のうち精神科身体合併症管理加算等、リハビリテーションのうち心大血管疾患リハビリテーション料等及び処置のうち人工腎臓等の費用を包括評価の範囲から除外する。また、常勤の精神保健指定医の配置要件及び実績要件を緩和する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>3,600点</u></p> <p>2 <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>3,300点</u></p> <p>3 <u>61日以上90日以内の期間</u> <u>3,100点</u></p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、<u>精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に</u></p>	<p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>3,579点</u></p> <p>2 <u>31日以上</u>の期間 <u>3,145点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻</p>

掲げる精神科退院時共同指導料
2、第7部リハビリテーションの
 区分番号H000に掲げる心大
 血管疾患リハビリテーション料、
 H001に掲げる脳血管疾患等
 リハビリテーション料、H001
 -2に掲げる廃用症候群リハビ
 リテーション料、H002に掲げ
 る運動器リハビリテーション料、
 H003に掲げる呼吸器リハビ
 リテーション料、区分番号H00
 4に掲げる摂食機能療法、区分番
 号H007に掲げる障害児（者）
 リハビリテーション料及び区分
 番号H007-2に掲げるがん
 患者リハビリテーション料、第8
 部精神科専門療法、第9部処置の
 区分番号J038に掲げる人工
 腎臓、区分番号J042に掲げる
 腹膜灌流、区分番号J400に掲
 げる特定保険医療材料（区分番号
 J038に掲げる人工腎臓又は
 区分番号J042に掲げる腹膜
 灌流に係るものに限る。）、第10
 部手術、第11部麻酔及び第12部放
 射線治療並びに除外薬剤・注射薬
 に係る費用を除く。）は、精神科
 救急・合併症入院料に含まれるも
 のとする。

[施設基準]

十五の二 精神科救急・合併症入院料
 の施設基準等

(1) 精神科救急・合併症入院料の施設
 基準

イ～ホ (略)

へ 当該病棟を有する保険医療機
 関に、常勤の精神科医が五名以上
 配置され、かつ、当該病棟に常勤
 の精神保健指定医が二名以上配
 置されていること。

ト～ル (略)

(2)～(6) (略)

酔及び第12部放射線治療並びに
 除外薬剤・注射薬に係る費用を除
 く。）は、精神科救急・合併症入
 院料に含まれるものとする。

[施設基準]

十五の二 精神科救急・合併症入院料
 の施設基準等

(1) 精神科救急・合併症入院料の施設
 基準

イ～ホ (略)

へ 当該病棟を有する保険医療機
 関に、常勤の精神科医が五名以上
 配置され、かつ、当該病棟に常勤
 の精神保健指定医が三名以上配
 置されていること。

ト～ル (略)

(2)～(6) (略)

第16の2 精神科救急・合併症入院料

(1)～(11) (略)

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

(削除)

(削除)

イ・ウ (略)

(13) (略)

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は5件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア・イ (略)

【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】

[施設基準]

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番

第16の2 精神科救急・合併症入院料

(1)～(11) (略)

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間200件以上又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること。

(イ) (略)

(ロ) (略)

イ・ウ (略)

(13) (略)

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア・イ (略)

【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】

[施設基準]

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番

号「A311」 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> 、 <u>区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料</u> 、 <u>区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料</u> 及び <u>区分番号「A314」認知症治療病棟入院料</u> のいずれかを算定している病棟であること。	号「A311」 <u>精神科救急入院料</u> 、 <u>区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料</u> 及び <u>区分番号「A314」認知症治療病棟入院料</u> のいずれかを算定している病棟であること。
---	--

4. 精神科急性期医師配置加算1及び3について、精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟において算定可能とするとともに、精神保健指定医の配置に係る要件を設ける。

改定案	現行
<p>【精神科急性期医師配置加算（1日につき）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) □ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>450点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 <u>400点</u></p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ <u>精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>ニ <u>当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が二名以上配置されていること。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準</p>	<p>【精神科急性期医師配置加算（1日につき）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) □ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>500点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 <u>450点</u></p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</p> <p>(新設)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準</p>

<p>イ (2)のイを満たすものであること。</p> <p>ロ <u>精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 イ・ロ (略)</p> <p>ハ (2)のハを満たすものであること。</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算</p> <p>6 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、2の(2)及び5の(2)の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>【精神科救急急性期医療入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、<u>精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)</u>、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、<u>精神科救急急性期医療入院料</u>に含まれるものとする。</p>	<p>(2)のイ及びハを満たすものであること。 (新設)</p> <p>(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 イ・ロ (略)</p> <p>ハ (2)のハを満たすものであること。</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算</p> <p>6 届出に関する事項 (略)</p> <p>【精神科救急入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、<u>精神科救急入院料</u>に含まれるものとする。</p>
---	---

5. 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保に係る評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急急性期医療入院料】 [算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。</p> <p>6 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>精神科救急医療体制加算1</u> 600点</p> <p>ロ <u>精神科救急医療体制加算2</u> 590点</p> <p>ハ <u>精神科救急医療体制加算3</u> 500点</p> <p>[施設基準] 十四 <u>精神科救急急性期医療入院料の施設基準等</u> (7) <u>精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準</u> イ <u>精神科救急医療体制加算1の施設基準</u> ① <u>当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。</u></p>	<p>【精神科救急入院料】 [算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] 十四 <u>精神科救急入院料の施設基準等</u> (新設)</p>

<p>② <u>当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。</u></p> <p>③ <u>精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。</u></p> <p>④ <u>精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ロ <u>精神科救急医療体制加算2の施設基準</u></p> <p>① <u>イの①から③までを満たすものであること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>精神科救急医療体制加算3の施設基準</u></p> <p>① <u>イの①から③までを満たすものであること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療を行う体制が整備されていること。</u></p> <p>(8) <u>精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める場合</u> <u>当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合</u></p> <p>第15 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> 5 <u>精神科救急医療体制加算の施設基準等</u> (1) <u>精神科救急医療体制加算1の施設基準</u> ア <u>次のいずれも満たしていること。</u> (イ) <u>「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業</u></p>	<p>(新設)</p> <p>第15 <u>精神科救急入院料</u> (新設)</p>
---	--

(以下、「本事業」という)に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。

(ロ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。)が五名以上配置されていること。

(ハ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(本事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

① 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)

② 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域

(ニ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

イ 複数の病棟において当該加算

の届出を行う場合については、アの(ハ)の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

ウ 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

エ 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。

(2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準

ア (1)のアからウまでを満たすこと。

イ 本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。

(3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準

ア (1)のアからウまでを満たすこと。

イ 本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。

(4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和4年3月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。

<p>[経過措置] <u>令和四年三月三十一日において現 旧医科点数表の精神科救急入院料 に係る届出を行っている病棟につい ては、令和四年九月三十日までの間 に限り、第九の十四の(7)のイの①、 ロの①（イの①に限る。）及びハの ①（イの①に限る。）に該当するも のとみなす。</u></p>	<p>[経過措置] (新設)</p>
--	-------------------------

⑩ クロザピンの導入を目的とする 転院患者に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の保険医療機関から転院した患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ （略） ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者</p> <p>(2) （略）</p>	<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ （略） ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者</p> <p>(2) （略）</p>

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア・イ (略)

(4)～(17) (略)

(18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア・イ (略)

(4)～(17) (略)

(18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

⑪ かかりつけ医等及び精神科医等が連携した 精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

(新) こころの連携指導料（Ⅰ） 350点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又はK-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (3) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。
- (4) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神

- 科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。
また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (5) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、別に算定できない。
 - (6) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
 - (2) 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。
2. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

(新) こころの連携指導料（II） 500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）及び区分番号B01

- 1に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。
- （5）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- （1）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- （2）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

⑫ 救急患者精神科継続支援料の見直し

第1 基本的な考え方

自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 <u>900点</u></p> <p>2 入院中の患者以外 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に<u>週1回</u>に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後<u>24週</u>を限度として、<u>週1回</u>に限り算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。</p>	<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 <u>435点</u></p> <p>2 入院中の患者以外 <u>135点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に<u>月1回</u>に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後<u>6月</u>を限度として、<u>計6回</u>に限り算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、<u>専任の常勤精神保健福祉士</u>、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。</p>

<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) <u>救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。</u></p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているものとする。</u></p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。</p> <p>(新設)</p>
--	---

⑬ 救命救急医療における自殺企図患者等に対する 治療等に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【救命救急入院料（１日につき）】 〔算定要件〕</p> <p>注２ 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、<u>精神疾患診断治療初回加算</u>として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合</u></p>	<p>【救命救急入院料（１日につき）】 〔算定要件〕</p> <p>注２ 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、<u>3,000点を所定点数に加算する。</u>なお、精神疾患診療体制加算は<u>同時に算定できない。</u></p>

<p style="text-align: right;">7,000点</p> <p>ロ イ以外の場合 3,000点</p> <p><u>注10 注2のイに該当する場合であ</u> <u>って、当該患者に対し、生活上の</u> <u>課題又は精神疾患の治療継続上</u> <u>の課題を確認し、助言又は指導を</u> <u>行った場合は、当該患者の退院時</u> <u>に1回に限り、2,500点を更に所</u> <u>定点数に加算する。この場合にお</u> <u>いて、区分番号1002-3に掲</u> <u>げる救急患者精神科継続支援料</u> <u>は別に算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等</p> <p><u>(4) 救命救急入院料の注2のイに規</u> <u>定する厚生労働大臣が定める施設</u> <u>基準</u> <u>自殺企図後の精神疾患の患者に対</u> <u>する指導を行うにつき必要な体制が</u> <u>整備されていること。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等 (新設)</p>
---	---

① 遺伝学的検査の見直し

第1 基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。

第2 具体的な内容

診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【遺伝学的検査】 [施設基準] 1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患</p> <p>[算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略) ア～ウ (略) エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① (略) ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群(中略)、DY T11ジストニア/MDS、DY</p>	<p>【遺伝学的検査】 [施設基準] 1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患</p> <p>[算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略) ア～ウ (略) エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① (略) ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群(中略)、DY T11ジストニア/MDS、DY</p>

T12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1、根性点状軟骨異形成症1型及び家族性部分性脂肪萎縮症

③ (略)

オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

① TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィ一性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜炎

② ソトス症候群、CPT2欠損症(中略)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素

T12/RDP/AHC/CAPOS及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1

③ (略)

オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

① TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群及び家族性地中海熱

② ソトス症候群、CPT2欠損症(中略)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症及び先天性アンチトロンビン欠乏症

欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症 I 型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無 β リポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膻炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低 β リポタンパク血症1（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

- ③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

- ③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群及びルビンシュタイン・テイビ症候群

② 遺伝カウンセリングの見直し

第1 基本的な考え方

難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

難病領域において、個別の疾患の診断・治療に関する知識等を有する医師が必ずしも十分には存在しないことを踏まえ、検体検査判断料における遺伝カウンセリング加算について、患者に対面診療を行う医師と当該疾患に関する十分な知識等を有する医師が連携し、事前に情報共有を行った上で、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合も算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【検体検査判断料】 [算定要件]</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）</u>又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。<u>ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機</u></p>	<p>【検体検査判断料】 [算定要件]</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p>

関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

- (10) 難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。
- ア 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。
- イ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- エ 当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリング

(新設)

<p><u>加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。</u></p> <p><u>オ 当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。</u></p> <p><u>カ 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。</u></p> <p><u>キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</u></p> <p><u>(11)～(13) (略)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>五 <u>遺伝カウンセリング加算の施設基準等</u></p> <p><u>(1) 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準</u></p> <p><u>イ・ロ (略)</u></p> <p><u>(2) 検体検査判断料の注6に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準</u></p> <p><u>イ 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p><u>ロ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>第21 遺伝カウンセリング加算</p> <p>1 (略)</p> <p><u>2 検体検査判断料の注6に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準</u></p> <p><u>(1) 1に係る届出を行っている保険</u></p>	<p><u>(10)～(12) (略)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>五 <u>遺伝カウンセリング加算の施設基準</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(1)・(2) (略)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>第21 遺伝カウンセリング加算</p> <p>1 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>
---	---

<p><u>医療機関であること。</u></p> <p><u>(2) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。</u></p> <p><u>3 届出に関する事項</u></p> <p><u>(1) (略)</u></p> <p><u>(2) 「2」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。</u></p>	<p><u>2 届出に関する事項</u></p> <p>(略)</p>
---	-------------------------------------

③ 生体移植時における適切な検査の実施

第1 基本的な考え方

HTLV-1 陽性患者の生体移植後において、指定難病である HTLV-1 関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いや、HTLV-1 核酸検出等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

- HTLV-1 感染の診断指針に基づき、HTLV-1 検査を確実に実施できるよう、移植者及び臓器等提供者（いずれも生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象患者に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【微生物核酸同定・定量検査】 [算定要件] (18) HTLV-1 核酸検出 「14」の HTLV-1 核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」の HTLV-I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、<u>移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）</u>を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）</p>	<p>【微生物核酸同定・定量検査】 [算定要件] (18) HTLV-1 核酸検出 「14」の HTLV-1 核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」の HTLV-I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）</p>

- 臓器等提供者に係る感染症検査に、HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量、HTLV-I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及び HTLV-1 核酸検出を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【第10部 手術】 [算定要件] <通則> 20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量、HTLV-I抗体、HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、HTLV-1核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限り、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量及びHTLV-I抗体については、このうちいずれか1つの検査に限る。）。ただし、HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びHTLV-1核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、HTLV-1感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。</p> <p>イ～エ (略)</p>	<p>【第10部 手術】 [算定要件] <通則> 20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。</p> <p>イ～エ (略)</p>

④ 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る 遠隔連携診療料の見直し

第1 基本的な考え方

知的障害を有するてんかん患者に対する診療に係る遠隔連携診療料について、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化する。

改定案	現行
<p>【遠隔連携診療料】 [施設基準] (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ (略) ロ てんかん(外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。)の疑いがある患者</p>	<p>【遠隔連携診療料】 [施設基準] (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ (略) ロ てんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者</p>

2. 知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【遠隔連携診療料】 1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点</p> <p>[算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的</p>	<p>【遠隔連携診療料】 500点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当</p>

的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

（新設）

⑤ アレルギー疾患を有する児童等に対する 支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注7における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又は<u>アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者</u>について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況等を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(17) 「注7」に掲げる<u>アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者</u>については、保</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

除医療機関が提供する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又はIgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。

⑥ 難病患者又はてんかん患者の診療における 医療機関間の情報共有・連携の推進

第1 基本的な考え方

難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【連携強化診療情報提供料】 [算定要件] 注4 <u>注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人に</u></p>	<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>つき月1回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 十の四 <u>連携強化診療情報提供料の施設基準等</u> (4) <u>連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準</u> イ <u>当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</u> ロ <u>次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。</u> ① <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u> ② <u>てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）</u></p>	<p>[施設基準] 十の四 <u>診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等</u> （新設）</p>
---	--

① 小児運動器疾患指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児運動器疾患指導管理料の対象患者の年齢を、12歳未満から20歳未満に拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【小児運動器疾患指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する<u>20歳未満のもの</u>に対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p>	<p>【小児運動器疾患指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する<u>12歳未満のもの</u>に対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p>

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－②】

② 医療的ケア児に対する支援に係る
主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－①」を参照のこと。

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－③】

③ 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る
主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－②」を参照のこと。

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－④】

④ 医療的ケア児に対する支援に係る
医療機関及び児童相談所の連携強化

「Ⅰ－７－③」を参照のこと。

⑤ 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する 無菌治療管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に嚴重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <u>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。</u></p> <p>イ 無菌治療管理加算1 2,000点</p> <p>ロ 無菌治療管理加算2 1,500点</p> <p>6 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地</p>

略) 地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

7 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

8 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

[施設基準]

(9) 小児入院医療管理料の注5に規定する加算の施設基準

イ 無菌治療管理加算1については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。

ロ 無菌治療管理加算2については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。

域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

6 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

[施設基準]

(新設)

⑥ 時間外における小児患者の緊急入院の 受入体制の評価の新設

第1 基本的な考え方

一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、時間外における小児患者の緊急入院の受入体制を整備している場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p><u>注8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>時間外受入体制強化加算1</u> 300点</p> <p>ロ <u>時間外受入体制強化加算2</u> 180点</p> <p><u>9 診療に係る費用（注2、注3及び注8に規定する加算並びに当該</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p><u>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に</u></p>

患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

[施設基準]

(11) 小児入院医療管理料の注8に規定する加算の施設基準

イ 時間外受入体制強化加算1

① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。

② 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ロ 時間外受入体制強化加算2

① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。

② イの②を満たすものであること。

対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

[施設基準]

(新設)

⑦ 医療的ケア児等に対する 専門的な薬学管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <u>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>7</u> 診療に係る費用（注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>8</u> 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>9</u> 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p><u>5</u> 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>6</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>7</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
---	--

⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] <u>注9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合</u>には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。</p> <p>※ <u>かかりつけ薬剤師指導料についても同様。</u></p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] <u>注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u>は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

定する加算は算定できない。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

⑨ 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する 支援体制の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <u>注7 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>8 診療に係る費用（注2、注3及び注7に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</u></p> <p><u>9 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p><u>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</u></p> <p><u>6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第</u></p>

<p>2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>10</u> 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(10) 小児入院医療管理料の注7に規定する加算の施設基準</u> <u>虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>7</u> 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>
---	--

⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し

第1 基本的な考え方

重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定案	現行
<p>【小児特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、<u>救急搬送診療料を算定した患者又は手術を必要とする先天性心疾患の患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。</p>

2. 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を55日とする。

改定案	現行
<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（<u>児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（<u>児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20</u></p>

歳未満の者) に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日)を限度として算定する。

歳未満の者) に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあつては35日)を限度として算定する。

⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

第1 基本的な考え方

慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

第2 具体的な内容

慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【新生児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（<u>出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては110日</u>）、出生時体重が1,000グ</p>	<p>【新生児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>

ラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【総合周産期特定集中治療室管理料】
[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては110日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【新生児治療回復室入院医療管理料】
[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつ

【総合周産期特定集中治療室管理料】
[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【新生児治療回復室入院医療管理料】
[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつ

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。

	ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）	
	1 ハイリスク分娩管理加算	3,200 点
(新)	2 地域連携分娩管理加算	3,200 点

[対象患者]

次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者

ア 40歳以上の初産婦である患者

イ 子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ウ 糖尿病の患者（2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。）

エ 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

[算定要件]

(1) 地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院

中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

- (2) 地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。
- (3) 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。
- (4) 対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (5) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等 に対する多職種による支援の評価の新設

第1 基本的な考え方

胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] (4) <u>総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

⑭ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第1 基本的な考え方

精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者について、現に精神療法を受けている妊産婦に限らず、メンタルスクリーニング検査等により精神科又は心療内科の受診が必要と判断された妊産婦を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして</p>

地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

⑮ 救急医療管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。

改定案		現行	
【救急医療管理加算】		【救急医療管理加算】	
1	救急医療管理加算 1 <u>1,050点</u>	1	救急医療管理加算 1 <u>950点</u>
2	救急医療管理加算 2 <u>420点</u>	2	救急医療管理加算 2 <u>350点</u>
[算定要件]		[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアから <u>サ</u> のいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)		(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアから <u>ケ</u> のいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)	
ア～カ (略)		ア～カ (略)	
キ <u>広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷</u>		キ 広範囲熱傷	
ク・ケ (略)		ク・ケ (略)	
コ <u>消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u>		(新設)	
サ <u>蘇生術を必要とする重篤な状態</u>		(新設)	
シ その他の重症な状態		コ その他の重症な状態	
(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい		(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2) のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい	

う。	う。
----	----

2. 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件]</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからサのうち該当する状態</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ウ (2) のイの状態に該当する場合はJCS0の状態、(2) のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2) のキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)</u>に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</p> <p>エ (略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ウ (2) のイに準ずる状態に該当する場合はJCS0の状態、(2) のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2) のキに準ずる状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)</u>に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからケのうち該当する状態</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ (略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p>

<u>エ</u> (略)	<u>ウ</u> (略)
--------------	--------------

⑯ 救急搬送診療料の見直し

第1 基本的な考え方

重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] 注4 <u>注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(9) <u>「注4」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 二の二 <u>救急搬送診療料の注4に規定する施設基準重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

2. 入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。

改 定 案	現 行
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件]</p> <p>(5) <u>救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。</u></p> <p>(6) <u>入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。</u></p> <p><u>ア 搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合</u></p> <p><u>イ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合</u></p> <p>(7)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。</u></p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(5) <u>当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。</u></p> <p>(6)～(8) (略) (新設)</p>

【Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－①】

① 歯科診療における院内感染防止対策の推進

第1 基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>264点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に通講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) <u>令和4年3月31日</u>において、</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>261点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に通講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) <u>令和2年3月31日</u>において、</p>

<p>現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、<u>令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。</u></p>	<p>現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、<u>令和2年6月30日までの間に限り、1の(4)の基準を満たしているものとみなす。</u></p>
<p>【再診料】 1 歯科再診料 <u>56点</u> [算定要件] 注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。</p>	<p>【再診料】 1 歯科再診料 <u>53点</u> [算定要件] 注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。</p>

【Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－②】

② 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

【Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－③】

③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、対象患者の年齢の範囲をそれぞれ拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、<u>50歳</u>以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略）</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げ</p>	<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、<u>65歳</u>以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略）</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げ</p>

<p>る歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する<u>18歳未満の児童</u>に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>る歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する<u>15歳未満の小児</u>に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>
--	--

【Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－④】

④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化

第1 基本的な考え方

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

著しく歯科診療が困難な者に対する歯科診療所と病院が連携した歯科診療を推進する観点から、歯科診療特別対応連携加算の対象となる医療機関に、一定の実績を有する病院を追加するとともに、当該加算の施設基準において、他の歯科医療機関との連携体制の整備を求めることを明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p>	<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>100点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p>

<p>イ (略)</p> <p>□ 歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p><u>(4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。</u></p>	<p>イ (略)</p> <p>□ 歯科医療を担当する<u>診療所</u>である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

【Ⅲ－5 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑤】

⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。

改定案	現行
<p>【メタルコア加算（歯冠形成（1歯につき））】</p> <p>[算定要件]</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p><u>7</u>～<u>9</u> （略）</p>	<p>【メタルコア加算（歯冠形成（1歯につき））】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注7</u> <u>2</u>のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。</p> <p><u>8</u> <u>2</u>のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。</p> <p><u>9</u>～<u>11</u> （略）</p>

2. 歯周基本治療処置について、診療の内容等も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。

改定案	現行
<p>【歯周基本治療処置（1口腔につき）】</p> <p>（削除）</p>	<p>【歯周基本治療処置（1口腔につき）】</p> <p>10点</p>

3. 区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

改 定 案	現 行
<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>	<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、<u>臼歯に対して</u>歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>

(新) チタン冠（1歯につき） 1,200点

(新) 磁性アタッチメント（1個につき）

<u>1 磁石構造体を用いる場合</u>	260点
<u>2 キーパー付き根面板を用いる場合</u>	350点

[算定要件]

有床義歯（区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。

4. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】

- (1) CAD/CAMインレー
- (2) 口腔細菌定量検査
- (3) 歯科部分パノラマ断層撮影
- (4) 広範囲顎骨支持型補綴装置埋入手術における画像等手術支援加算
- (5) 顎補綴等の症例に対する直接法における軟質材料の適用拡大
- (6) 先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大
- (7) 永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準の拡大

- (8) チタンによる前歯部レジン前装金属冠
- (9) 歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算

5. 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法などを見直す。

6. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

① 接着冠

(新) 接着冠（1歯につき）

1	<u>前歯</u>	<u>370点</u>
2	<u>臼歯</u>	<u>310点</u>

② 根面被覆

(新) 根面被覆（1歯につき）

1	<u>根面板によるもの</u>	<u>190点</u>
2	<u>レジン充填によるもの</u>	<u>106点</u>

③ 歯周疾患処置

改定案	現行
【 <u>歯周病処置（1口腔1回につき）</u> 】 14点	【 <u>歯周疾患処置（1口腔1回につき）</u> 】 14点

【その他、評価の見直しを行う技術の例】

- (1) 支台築造印象
- (2) 有床義歯

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－①】

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>地域支援体制加算 1</u> 39点</p> <p>ロ <u>地域支援体制加算 2</u> 47点</p> <p>ハ <u>地域支援体制加算 3</u> 17点</p> <p>ニ <u>地域支援体制加算 4</u> 39点</p> <p>[施設基準] 四 地域支援体制加算の施設基準</p>	<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。</u></p> <p>[施設基準] 四 地域支援体制加算の施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p>

<p>(1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p>(3) <u>地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算 4 の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p>	<p>(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>
<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの 3 つの要件を満たし、かつ、④</u></p>	<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</u></p> <p>ア <u>調剤基本料 1 を算定する保険薬</u></p>

及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数
が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。

(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

局

(1) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数
が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。

(ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

<p>(削除)</p> <p>(3)～(25) (略)</p> <p><u>2 地域支援体制加算2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、1の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち3以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。</u></p> <p><u>① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。</u></p> <p><u>② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。</u></p> <p><u>③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</u></p> <p><u>④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</u></p> <p><u>⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</u></p>	<p><u>イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局</u></p> <p>(略)</p> <p><u>(2)～(24) (略)</u></p> <p>(新設)</p>
--	---

- ⑥ 服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が 1 回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略）
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が 60 回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 5 回以上出席していること。

(2) (1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、1の(2)に準じて取り扱う。

(3) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料 1 並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳

細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。

(4) (1)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

3 地域支援体制加算3に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

(2) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

4 地域支援体制加算4に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち8項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

<p><u>5 届出に関する事項</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和5年3月31日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>(3) <u>令和4年3月31日時点で現に調剤基本料1を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料3のハを算定することとなったものについては、令和5年3月31日までの間に限り、調剤基本料1を算定しているものとみなす。</u></p>	<p><u>2 届出に関する事項</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>1の(1)のアに規定する調剤基本料1を算定する保険薬局の要件については、令和3年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</u></p> <p>(新設)</p>
---	---

2. 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化加算（調剤基本料） 2点

[算定要件]

注5（地域支援体制加算）に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

(2) (1)の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等にお

ける対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

(3) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価 ー②】

② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき）） 24点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] 注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき））</p> <p>イ <u>7日分以下の場合</u> 28点</p> <p>ロ <u>8日分以上14日分以下の場合</u> 55点</p> <p>ハ <u>15日分以上21日分以下の場合</u> 64点</p> <p>ニ <u>22日分以上30日分以下の場合</u> 77点</p> <p>ホ <u>31日分以上の場合</u> 86点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] 注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。た</p>

所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤

ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料を~~含~~

<p><u>調製料及び調剤管理料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と<u>薬剤調製料及び調剤管理料</u>のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、<u>計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 (削除)</p> <p>オ・カ (略)</p> <p>キ <u>「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p>ク～コ (略)</p>	<p><u>めた調剤技術料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、<u>一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 オ <u>割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p>カ・キ (略) (新設)</p> <p>ク～コ (略)</p>
---	--

2. これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

(新) 調剤管理料

1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき）

イ	7日分以下の場合	4点
ロ	8日分以上14日分以下の場合	28点
ハ	15日分以上28日分以下の場合	50点
ニ	29日分以上の場合	60点
2	1以外の場合	4点

[算定要件]

- (1) 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- (2) 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。
- (3) 次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
 - イ 患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
 - ロ 服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
 - ハ 処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
 - ニ 調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

3. 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方を見直す。

(新) 重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

イ	残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ	残薬調整に係るものの場合	30点

[算定要件]

- (1) 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、当該加算は算定できない。
- (2) 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

については、算定しない。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改 定 案	現 行
<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 （削除）</p> <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>	<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 注3 <u>薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>残薬調整に係るもの以外の</u> 40点 場合</p> <p>ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 30点</p> <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>

4. 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>

45点	43点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	2 1の患者以外の患者に対して行った場合
59点	57点
3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合
45点	43点
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
45点	43点
[算定要件]	[算定要件]
注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。	注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。
イ (略)	イ (略)
ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u>	ロ <u>処方された薬剤について、<u>直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></u>
ハ (略)	ハ (略)
ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u>	ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u>
ホ (略)	ホ (略)
ヘ <u>処方された薬剤について、<u>保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></u>	(新設)
2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する	2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する

<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>3・4 (略) (削除)</p> <p><u>5~12</u> (略)</p>	<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 <u>薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ・ロ</u> (略)</p> <p><u>6~13</u> (略)</p>
---	--

5. 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

(新) 調剤管理加算 (調剤管理料)

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点
ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－③】

③ 薬局における対人業務の評価の充実

第1 基本的な考え方

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。
「I－5－⑧」を参照のこと。
2. 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>服薬管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>	<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>薬剤服用歴管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>

<p>り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り<u>60点</u>を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>	<p>り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り<u>30点</u>を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>
--	--

3. 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) <u>3 服薬情報等提供料</u> 3 50点</p> <p>[算定要件] <u>注3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u></p> <p><u>4 (略)</u> <u>5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u></p> <p>[施設基準] <u>十二の二 服薬情報等提供料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</u></p>	<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p><u>3 (略)</u> (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。	
--------------------------------------	--

4. 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【外来服薬支援料】</p> <p>1 外来服薬支援料 1 185点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p>イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43日分以上の場合 240点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被</p>	<p>【外来服薬支援料】</p> <p>185点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定し</p>

<p><u>包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。</u></p>	<p><u>ている患者については、算定しない。</u></p>
--	---------------------------------

5. 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2</p> <p>イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合</u> 110点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> 90点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の二 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準</u></p> <p><u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2 <u>100点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

【Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－④】

④ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

「Ⅱ－４－③」を参照のこと。

【IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進-①】

① 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 28点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p>

<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割以上</u>であること。</p>	<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p>
---	---

2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から<u>5</u>点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から<u>2</u>点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>五割</u>以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、<u>令和四年九月三十日</u>までの間に限り、なお従前の例による。</p>	<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>四割</u>以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、<u>令和二年九月三十日</u>までの間に限り、なお従前の例による。</p>
--	--

3. 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

改定案	現行
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割</u>以上</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u></p>

<p>であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>九割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>	<p>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>
---	---

<p>の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割五分</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p>	<p>の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割五分</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p>
---	---

【IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進-②】

② バイオ後続品の使用促進

第1 基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【第6部 注射】 通則</p> <p><u>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>※ <u>外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。</u></p>	<p>【第6部 注射】 通則 （新設）</p>

【IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等-①】

① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化

第1 基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

改定案	現行
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,211点	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点

3. アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を2年間延長する。

改定案	現行
<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>	<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>□ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>

【IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等-②】

② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化

第1 基本的な考え方

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

第2 具体的な内容

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改定案	現行
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 291点	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 300点
【排痰補助装置加算】 1,829点	【排痰補助装置加算】 1,800点

③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

第1 基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂や、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

④ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

人工腎臓においてHIF-PH阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改定案	現行
<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u></p>	<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,924点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,084点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,219点</u></p> <p>ニ 4時間未満の場合（イを除く。） <u>1,798点</u></p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） <u>1,958点</u></p> <p>ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,093点</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,884点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,044点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）</p>

(削除)	2,174点
(削除)	ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点
(削除)	ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,918点
	ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点
3 慢性維持透析を行った場合3	3 慢性維持透析を行った場合3
イ 4時間未満の場合 1,805点	イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点
ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点
ハ 5時間以上の場合 2,090点	ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,129点
(削除)	ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点
(削除)	ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 2,003点
(削除)	ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点
[算定要件]	[算定要件]
(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。	(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。
ア 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)	ア 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用(「イ」から「ハ」までの場合に限る。)は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)
イ 「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止	イ 「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

[施設基準]

二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等
(削除)

(1)～(7) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

[施設基準]

二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1) 人工腎臓に規定する患者HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

(2)～(8) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

【IV-4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）-①】

① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「I-3」を参照のこと。

【Ⅳ－５ 外来医療の機能分化等（再掲）－①】

① 外来医療の機能分化等

「Ⅰ－４」を参照のこと。

【IV-6 重症化予防の取組の推進-①】

① 透析中の運動指導に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【人工腎臓】 [算定要件] 注14 <u>人工腎臓を実施している患者</u> <u>に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u>	【人工腎臓】 [算定要件] (新設)

② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>二次性骨折予防継続管理料</u>	
	<u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1</u>	<u>1,000 点</u>
	<u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2</u>	<u>750 点</u>
	<u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3</u>	<u>500 点</u>

[対象患者]

- (1) 大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
- (2) イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
- (3) イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

[算定要件]

- (1) イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (2) ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したもののに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行っ

た場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。

- (3) ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
- (5) ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (6) 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

- (1) 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は 7 対 1 入院基本料若しくは 10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- (4) ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

【Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進－③】

③ 生活習慣病管理料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

④ 高度難聴指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を年1回までに変更するとともに、指導を行う耳鼻咽喉科の医師に係る要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略) また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。</p>	<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略)</p>

【Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進－⑤】

⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

① 医薬品の給付の適正化

第1 基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

第2 具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更する。

改定案	現行
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>

【Ⅳ－７ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
－②】

② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

「Ⅰ－７－⑫」を参照のこと。

【Ⅳ－７ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
－③】

③ 処方箋料の見直し

「Ⅰ－７－⑬」を参照のこと。

【IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進-①】

① 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料3のロ（同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に40万回を超える場合）の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合に係る要件について、85%を超える薬局を対象に追加する。
2. 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に40万回を超える又は同一グループの店舗数が300以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%以下の場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 21点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 16点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ 32点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合</u> 21点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合</u> 16点</p> <p style="padding-left: 20px;">（新設）</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における</p>

<p>処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(5) <u>調剤基本料3のハの施設基準</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。</u></p>	<p>処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(新設)</p>
--	--

② 特別調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（<u>連携強化加算</u>）、「注7」（<u>後発医薬品調剤体制加算</u>）及び「注8」（<u>後発医薬品減算</u>）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。<u>ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。</u></p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>9点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（<u>後発医薬品調剤体制加算</u>）及び「注7」（<u>後発医薬品減算</u>）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。</p>

2. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

「Ⅲ－6－①」及び「Ⅳ－1－①」を参照のこと。

3. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。
「Ⅲ－6－③」を参照のこと。

入院（その9）において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA・C項目の判定の集計に用いた
レセプト電算処理システム用コード一覧

中医協 総-1参考1
4 . 2 . 9

※のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度Iを評価する場合のみに用

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
A 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く))	14000610	創傷処置 (100cm ² 未満)	
	14000710	創傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	14000810	創傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	14000910	創傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	14001010	創傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140032010	熱傷処置 (100cm ² 未満)	
	140032110	熱傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140032210	熱傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140036510	熱傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140036610	熱傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140034830	電撃傷処置 (100cm ² 未満)	
	140034930	電撃傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140035030	電撃傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140035130	電撃傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140035230	電撃傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140035430	薬傷処置 (100cm ² 未満)	
	140035530	薬傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140035630	薬傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140035730	薬傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140035830	薬傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140036030	凍傷処置 (100cm ² 未満)	
	140036130	凍傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140036230	凍傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140036330	凍傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140036430	凍傷処置 (6000cm ² 以上)	
	A 1 創傷処置 (②褥瘡の処置)	140048610	重度褥瘡処置 (100cm ² 未満)
		140048710	重度褥瘡処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)
		140048810	重度褥瘡処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)
		140048910	重度褥瘡処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
		140049010	重度褥瘡処置 (6000cm ² 以上)
140700110		長期療養患者褥瘡等処置	
A 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610	酸素吸入	
	140005750	突発性難聴に対する酸素療法	
	140005810	酸素テント	
	140005910	間歇的陽圧吸入法	
	140037810	鼻マスク式補助換気法	
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療	
	140057410	ハイフローセラピー (15歳以上)	
	140009310	人工呼吸	
	140023510	人工呼吸 (5時間超)	
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入	
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入 (5時間超)	
	140009450	無水アルコール吸入療法	
	140023650	無水アルコール吸入療法 (5時間超)	
	140009550	人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置)	
	140023750	人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置) (5時間超)	
	140009650	酸素吸入 (マイクロアダプター)	
	140023850	酸素吸入 (マイクロアダプター) (5時間超)	
	140009950	酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)	
	140024150	酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器) (5時間超)	
	140009750	人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器)	
140023950	人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器) (5時間超)		
140039550	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器)		
140039650	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器) (5時間超)		
A 3 注射薬剤3種類以上の管理	※別表の薬剤を除く、注射薬剤の種類数		
A 4 シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算	
A 5 輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液-LR「日赤」	
	620004745	人全血液-LR「日赤」	
	620004679	照射人全血液-LR「日赤」	
	620004680	照射人全血液-LR「日赤」	
	621609201	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609301	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609401	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609501	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609601	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609701	濃厚血小板-LR「日赤」	
	622191301	合成血液-LR「日赤」	
	622191401	合成血液-LR「日赤」	
	622191101	解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191201	解凍赤血球液-LR「日赤」	
	621772801	赤血球液-LR「日赤」	
	621772901	赤血球液-LR「日赤」	
	621772601	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120	
	621772701	新鮮凍結血漿-LR「日赤」240	
	622192101	新鮮凍結血漿-LR「日赤」480	
	622190901	洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622191001	洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	621609801	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621609901	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621610001	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621772001	照射赤血球液-LR「日赤」	
	621772101	照射赤血球液-LR「日赤」	
	621602201	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602301	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602401	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602501	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602601	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602701	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602801	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621602901	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621603001	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	622191701	照射解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191801	照射解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191901	照射合成血液-LR「日赤」	
	622192001	照射合成血液-LR「日赤」	
	622191501	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622191601	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622487001	照射洗浄血小板-LR「日赤」	
	622487101	照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」	
	621151301	献血ベニロン-I静注用500mg	
	621151601	献血ベニロン-I静注用1000mg	
	621151701	献血ベニロン-I静注用2500mg	
	621449901	献血ベニロン-I静注用5000mg	
	621152901	献血グロベニン-I静注用500mg	
	621153301	献血グロベニン-I静注用2500mg	
	621450001	献血グロベニン-I静注用5000mg	
646340035	抗HBS人免疫グロブリン		
621153508	抗HBS人免疫グロブリン筋注1000単位/5mL「JB」		
646340065	抗HBS人免疫グロブリン		
621153607	抗HBS人免疫グロブリン筋注200単位/1mL「JB」		
646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
621153804	コンファクトF注射用250		
621153808	クロスエイトMC静注用250単位		
646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
640431015	コンコエイト-HT		
621153904	コンファクトF注射用500		
621153909	クロスエイトMC静注用500単位		
646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
621154003	コンファクトF注射用1000		
621154006	クロスエイトMC静注用1000単位		
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
622454901	クロスエイトMC静注用2000単位		
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子		
622865100	クロスエイトMC静注用3000単位		
646340510	乾燥抗D(Rho)人免疫グロブリン		
621154101	抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチヤク」		
621154105	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「JB」		
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン		
621154207	テタノブリン筋注用250単位		
621154201	破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチヤク」		

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	646340500	乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位(溶解液付)
	621154301	PPSB-HIT静注用200単位「ニチヤク」200国際単位溶解液付
	646340501	乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位(溶解液付)
	646340502	乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位(溶解液付)
	621154501	PPSB-HIT静注用500単位「ニチヤク」500国際単位溶解液付
	646340503	乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位(溶解液付)
	621356303	献血アルブミン5%静注5g/100mL「JB」
	620009135	アルブミン5%静注12.5g/250mL
	621755301	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「ニチヤク」
	621755403	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「JB」
	621155501	献血アルブミン20%静注4g/20mL「ニチヤク」
	621155202	献血アルブミン20%静注4g/20mL「JB」
	621155307	献血アルブミン20「KMB」
	620008814	献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」
	620009136	アルブミン25%静注12.5g/50mL
	621450201	赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL
	621645901	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ニチヤク」
	621156608	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「KMB」
	621156607	献血アルブミン25「KMB」
	620009137	アルブミンベアリング20%静注10.0g/50mL
	621157401	献血アルブミン20%静注10g/50mL「ニチヤク」
	621157302	献血アルブミン20%静注10g/50mL「JB」
	621155408	献血アルブミン20%静注10g/50mL「KMB」
	621155407	献血アルブミン20「KMB」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンHT静注用1g「JB」
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「ニチヤク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「ニチヤク」
	621157617	グロブリン筋注450mg/3mL「JB」
	621157604	グロブリン筋注1500mg/10mL「JB」
	621384801	ファイバ静注用500
	621384901	ファイバ静注用1000
	620007377	テタガムP筋注シリンジ250
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注2000単位「JB」
	622607401	ガンマガード静注用5g
	621158701	献血アルブミン4.4%静注4.4g/100mL
	621560801	献血アルブミン4.4%静注11g/250mL
	646340261	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
	621159004	ヘプスリン筋注用200単位
	621159001	乾燥HBsグロブリン筋注用200単位「ニチヤク」
	646340262	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
	621159104	ヘプスリン筋注用1000単位
	621159101	乾燥HBsグロブリン筋注用1000単位「ニチヤク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンIII
	620001350	献血ノンスロン500注射用
	621159206	アンスロピンP500注射用
	621159207	ノイアート静注用500単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンIII
	620001351	献血ノンスロン1500注射用
	620003071	ノイアート静注用1500単位
	620003432	アンスロピンP1500注射用
	620009201	ベリナートP静注用500
	621758002	献血ポリクロピンN5%静注0.5g/10mL
	621758102	献血ポリクロピンN5%静注2.5g/50mL
	621758202	献血ポリクロピンN5%静注5g/100mL
	622192202	献血ポリクロピンN10%静注5g/50mL
	622192302	献血ポリクロピンN10%静注10g/100mL
	622523501	献血ポリクロピンN10%静注2.5g/25mL
	622821601	ピリヴィジェン10%静注2.5g/25mL
	622683601	ピリヴィジェン10%点滴静注5g/50mL
	622683602	ピリヴィジェン10%静注5g/50mL
	622683701	ピリヴィジェン10%点滴静注10g/100mL
	622683702	ピリヴィジェン10%静注10g/100mL
	622683801	ピリヴィジェン10%点滴静注20g/200mL
	622683802	ピリヴィジェン10%静注20g/200mL
	621159901	献血ウェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL
	621160201	献血ウェノグロブリンIH5%静注2.5g/50mL
	621160501	献血ウェノグロブリンIH5%静注1g/20mL
	621490001	献血ウェノグロブリンIH5%静注5g/100mL
	622253601	献血ウェノグロブリンIH5%静注10g/200mL
	622534401	献血ウェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL
	622534501	献血ウェノグロブリンIH10%静注2.5g/25mL
	622534601	献血ウェノグロブリンIH10%静注5g/50mL
	622534701	献血ウェノグロブリンIH10%静注10g/100mL
	622534801	献血ウェノグロブリンIH10%静注20g/200mL
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
	620009263	クリスマシンM静注用400単位
	622408201	ノバクトM静注用500単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
	620009264	クリスマシンM静注用1000単位
	622408301	ノバクトM静注用1000単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
	622408401	ノバクトM静注用2000単位
	620009198	フィプロガミンP静注用
	629903301	アドベイト静注用キット250
	629903401	アドベイト静注用キット500
	629903501	アドベイト静注用キット1000
	629903601	アドベイト静注用キット1500
	629903701	アドベイト静注用キット2000
	629903801	アドベイト静注用キット3000
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンIH静注250単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンIH静注1500単位
	622366301	ノボセプンHI静注用1mg シリンジ
	622366401	ノボセプンHI静注用2mg シリンジ
	622366501	ノボセプンHI静注用5mg シリンジ
	622366601	ノボセプンHI静注用8mg シリンジ
	640443038	注射用アナクトC2.500単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗HBs人免疫グロブリン
	621450602	ヘプスリンIH静注1000単位
	620006788	メドウェイ注25%
	621971601	ベネフィクス静注用500
	621971701	ベネフィクス静注用1000
	621971801	ベネフィクス静注用2000
	622273601	ベネフィクス静注用3000
	622288001	ハイゼントラ20%皮下注1g/5mL
	622288101	ハイゼントラ20%皮下注2g/10mL
	622288201	ハイゼントラ20%皮下注4g/20mL
	622333001	ノボエイト静注用250
	622333101	ノボエイト静注用500
	622333201	ノボエイト静注用1000
	622333301	ノボエイト静注用1500
	622333401	ノボエイト静注用2000
	622333501	ノボエイト静注用3000
	622364101	オルプロリクス静注用500
	622364201	オルプロリクス静注用1000
	622364301	オルプロリクス静注用2000
	622364401	オルプロリクス静注用3000
	622426501	オルプロリクス静注用250
	622608701	オルプロリクス静注用4000
	622402801	イロクテイト静注用250
	622402901	イロクテイト静注用500
	622403001	イロクテイト静注用750
	622403101	イロクテイト静注用1000
	622403201	イロクテイト静注用1500
	622403301	イロクテイト静注用2000
	622403401	イロクテイト静注用3000
	622682501	イロクテイト静注用4000
	622424901	ノボサーテイン静注用2500
	622442001	アコアラン静注用600
	622583901	アコアラン静注用1800
	622473101	リクスビス静注用1000

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622473201	リクスピス静注用2000
	622473301	リクスピス静注用3000
	622623201	アデノベイト静注用キット250
	622623501	アデノベイト静注用キット500
	622623601	アデノベイト静注用キット1000
	622623701	アデノベイト静注用キット2000
	622646001	アデノベイト静注用キット1500
	622646101	アデノベイト静注用キット3000
	622489301	コバルトトリイ静注用250
	622489401	コバルトトリイ静注用500
	622489501	コバルトトリイ静注用1000
	622489601	コバルトトリイ静注用2000
	622489701	コバルトトリイ静注用3000
	622526101	イデルピオン静注用250
	622526201	イデルピオン静注用500
	622526301	イデルピオン静注用1000
	622526401	イデルピオン静注用2000
	622990101	イデルピオン静注用3500
	622595901	エイフスチラ静注用250
	622596001	エイフスチラ静注用500
	622596101	エイフスチラ静注用1000
	622596201	エイフスチラ静注用1500
	622596301	エイフスチラ静注用2000
	622596401	エイフスチラ静注用2500
	622596501	エイフスチラ静注用3000
	622608201	ヘムライブラ皮下注30mg
	622608301	ヘムライブラ皮下注60mg
	622608401	ヘムライブラ皮下注90mg
	622608501	ヘムライブラ皮下注105mg
	622608601	ヘムライブラ皮下注150mg
	622647001	レフィキシア静注用500
	622647101	レフィキシア静注用1000
	622647201	レフィキシア静注用2000
	622658001	ジビイ静注用500
	622658101	ジビイ静注用1000
	622658201	ジビイ静注用2000
	622658301	ジビイ静注用3000
	6229905101	イスバロクト静注用500
	6229905201	イスバロクト静注用1000
	6229905301	イスバロクト静注用1500
	6229905401	イスバロクト静注用2000
	6229905501	イスバロクト静注用3000
	6229908001	ボンペンディ静注用1300
	622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
	622912801	ヌーイック静注用250
	622912901	ヌーイック静注用500
	622913001	ヌーイック静注用1000
	622913101	ヌーイック静注用2000
	622913201	ヌーイック静注用2500
	622913301	ヌーイック静注用3000
	622913401	ヌーイック静注用4000
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーマサング点滴静注250mg
	150224810	自家採血輸血(1回目)
	150226210	自家採血輸血(2回目以降)
	150224910	保存血液輸血(1回目)
	150226310	保存血液輸血(2回目以降)
	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)
	150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)
	150247010	自己血輸血(6歳以上)(液状保存)
	150254810	自己血輸血(6歳以上)(凍結保存)
	150390610	希釈自己血輸血(6歳以上)
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算(その他)
	150225110	骨髄内輸血加算(胸骨)
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算(ABO式及びRh式)
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	HLA型検査クラス1加算(A、B、C)
	150278910	HLA型検査クラス2加算(DR、DQ、DP)
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料(1回目)
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料(2回目以降)
A 6 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用 注射剤のみ)	620009152	サンドスタチン皮下注用500μg
	622507301	オクトレオチド皮下注500μg「SUN」
	622504701	オクトレオチド皮下注500μg「あすか」
	622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注500μg「サンド」
	620009153	サンドスタチン皮下注用1000μg
	622507401	オクトレオチド皮下注1000μg「SUN」
	622504801	オクトレオチド皮下注1000μg「あすか」
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注1000μg「サンド」
	622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg
	622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg
	622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg
	642490105	ゾラデックス3.6mgデボ
	640443027	ゾラデックス1.8mgデボ
	640462004	ゾラデックスLA10.8mgデボ
	620555101	リユーブリン注射用3.75mg
	620555201	リユーブリン注射用1.88mg
	622298301	リユーブリン酢酸塩注射用キット1.88mg「NP」
	622266501	リユーブリン酢酸塩注射用キット1.88mg「あすか」
	620555301	リユーブリン注射用キット1.88mg
	622298401	リユーブリン酢酸塩注射用キット3.75mg「NP」
	622266601	リユーブリン酢酸塩注射用キット3.75mg「あすか」
	620555401	リユーブリン注射用キット3.75mg
	621495301	リユーブリンSR注射用キット11.25mg
	622444901	リユーブリンPRO注射用キット22.5mg
	620005691	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「F」
	620008225	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「サワイ」
	620005692	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「F」
	620008226	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「サワイ」
	621657601	ゾメタ点滴静注4mg/5mL
	622351301	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「F」
	622354701	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「NK」
	622356301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「サワイ」
	622355401	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「サンド」
	622360401	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「日医工」
	622358301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ニプロ」
	622344201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ファイザー」
	622337201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ヤクルト」
	622342601	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「テバ」
	622216901	ゾメタ点滴静注4mg/100mL
	622354601	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「NK」
	622338001	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「トーワ」
	622360301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「日医工」
	622358401	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ニプロ」
	622344301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ファイザー」
	622337301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ヤクルト」
	622391001	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「サワイ」
	622342701	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「テバ」
	622351402	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「KCC」
	622342703	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「日医工P」
	622136501	ランマーク皮下注120mg
	640453101	注射用エンドキサン100mg
	644210037	注射用エンドキサン500mg
	644210058	注射用イホマイド1g
	620009116	ブスルフェクス点滴静注用60mg
	644210020	ニドラン注射用25mg
	644210021	ニドラン注射用50mg
	620003750	ダカルバジン注用100
	644210065	注射用サイメリン50mg
	644210066	注射用サイメリン100mg
	640451006	アルケラン静注用50mg
	621982101	テモタール点滴静注用100mg
	622041101	トリアキシン点滴静注用100mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622819001	トリアキシン点滴静注液100mg/4mL
	622518501	トリアキシン点滴静注用25mg
	622374501	ザノサード点滴静注用1g
	620007515	メソトレキセート点滴静注液200mg
	622221301	メソトレキセート点滴静注液1000mg
	644210049	注射用メソトレキセート5mg
	644210048	注射用メソトレキセート50mg
	620004748	フトラフル注400mg
	644210046	注射用フトラフル400
	622047901	5-FU注1000mg
	622412601	フルオロウラシル注1000mg「トーワ」
	622229101	5-FU注250mg
	622412501	フルオロウラシル注250mg「トーワ」
	620003714	キロサイド注20mg
	620003715	キロサイド注40mg
	620003716	キロサイド注60mg
	620003717	キロサイド注100mg
	620003718	キロサイド注200mg
	620003713	キロサイドN注400mg
	621972001	キロサイドN注1g
	622283001	シタラビン点滴静注液1g「テバ」
	622282901	シタラビン点滴静注液400mg「テバ」
	620914301	サンラビン点滴静注用150mg
	620914401	サンラビン点滴静注用200mg
	620914501	サンラビン点滴静注用250mg
	622202401	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5mL「サンド」
	622487701	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5mL「NK」
	622202501	ゲムシタビン点滴静注液1g/25mL「サンド」
	622487801	ゲムシタビン点滴静注液1g/25mL「NK」
	622460401	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5.3mL「ホスピーラ」
	622460501	ゲムシタビン点滴静注液1g/26.3mL「ホスピーラ」
	640454013	ジェムサール注射用200mg
	621970201	ゲムシタビン点滴静注用200mg「タイホウ」
	621973401	ゲムシタビン点滴静注用200mg「ヤクルト」
	622028601	ゲムシタビン点滴静注用200mg「NK」
	622019601	ゲムシタビン点滴静注用200mg「ホスピーラ」
	622098901	ゲムシタビン点滴静注用200mg「サワイ」
	622062103	ゲムシタビン点滴静注用200mg「TYK」
	622393001	ゲムシタビン点滴静注用200mg「日医工」
	621970202	ゲムシタビン点滴静注用200mg「SUN」
	640454012	ジェムサール注射用1g
	621970301	ゲムシタビン点滴静注用1g「タイホウ」
	621973501	ゲムシタビン点滴静注用1g「ヤクルト」
	622028701	ゲムシタビン点滴静注用1g「NK」
	622019701	ゲムシタビン点滴静注用1g「ホスピーラ」
	622099001	ゲムシタビン点滴静注用1g「サワイ」
	622062203	ゲムシタビン点滴静注用1g「TYK」
	622393101	ゲムシタビン点滴静注用1g「日医工」
	621970302	ゲムシタビン点滴静注用1g「SUN」
	620002600	フルダラ静注用50mg
	620004850	アリムダ注射用500mg
	621932601	アリムダ注射用100mg
	622857801	ベメトレキセド点滴静注液100mg「NK」
	622860201	ベメトレキセド点滴静注液100mg「サワイ」
	622853001	ベメトレキセド点滴静注液100mg「トーワ」
	622857901	ベメトレキセド点滴静注液500mg「NK」
	622860301	ベメトレキセド点滴静注液500mg「サワイ」
	622853101	ベメトレキセド点滴静注液500mg「トーワ」
	622858001	ベメトレキセド点滴静注液800mg「NK」
	622860401	ベメトレキセド点滴静注液800mg「サワイ」
	622869001	ベメトレキセド点滴静注用500mg「F」
	622858201	ベメトレキセド点滴静注用500mg「NK」
	622860001	ベメトレキセド点滴静注用500mg「サワイ」
	622866901	ベメトレキセド点滴静注用500mg「ニプロ」
	622855601	ベメトレキセド点滴静注用500mg「ヤクルト」
	622868901	ベメトレキセド点滴静注用100mg「F」
	622858101	ベメトレキセド点滴静注用100mg「NK」
	622859901	ベメトレキセド点滴静注用100mg「サワイ」
	622866801	ベメトレキセド点滴静注用100mg「ニプロ」
	622855501	ベメトレキセド点滴静注用100mg「ヤクルト」
	622869101	ベメトレキセド点滴静注用800mg「F」
	622858301	ベメトレキセド点滴静注用800mg「NK」
	622860101	ベメトレキセド点滴静注用800mg「サワイ」
	620005897	アラノンジール静注用250mg
	622250601	エボルトラ点滴静注20mg
	620000328	マイトマイシン注用2mg
	620000329	マイトマイシン注用10mg
	620007299	コスメゲン静注用0.5mg
	620003799	プレオ注射用5mg
	620003800	プレオ注射用15mg
	620005223	ペプレオ注射用5mg
	620005224	ペプレオ注射用10mg
	620005148	アクラジノン注射用20mg
	620005176	ダウノマイシン静注用20mg
	620004851	ドキシル注20mg
	621995301	ドキシソルビン塩酸塩注射液10mg「サンド」
	621995401	ドキシソルビン塩酸塩注射液50mg「サンド」
	620003675	アドリアシン注用10
	621983201	ドキシソルビン塩酸塩注射液10mg「NK」
	621983301	ドキシソルビン塩酸塩注射液50mg「NK」
	622014001	アドリアシン注用50
	620003762	テラルビシン注射用10mg
	620005206	ピノルビン注射用10mg
	620003763	テラルビシン注射用20mg
	620005207	ピノルビン注射用20mg
	622513101	ピノルビン注射用30mg
	620003790	ファルモルビシンRTU注射液10mg
	620009523	エビルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL「NK」
	621966401	エビルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL「サワイ」
	620003791	ファルモルビシンRTU注射液50mg
	620009526	エビルビシン塩酸塩注射液50mg/25mL「NK」
	621966601	エビルビシン塩酸塩注射液50mg/25mL「サワイ」
	620003792	ファルモルビシン注射用10mg
	620007224	エビルビシン塩酸塩注射液10mg「NK」
	620008174	エビルビシン塩酸塩注射液10mg「サワイ」
	620003793	ファルモルビシン注射用50mg
	620007225	エビルビシン塩酸塩注射液50mg「NK」
	620008175	エビルビシン塩酸塩注射液50mg「サワイ」
	620008800	イダマイシン静注用5mg
	640462038	カルセド注射用20mg
	640462039	カルセド注射用50mg
	620007499	マイロターク点滴静注用5mg
	640454006	オンコピン注射用1mg
	644240002	注射用ビンブラスチン硫酸塩
	620001335	エクザール注射用10mg
	644210059	注射用フィルデシン1mg
	644210060	注射用フィルデシン3mg
	620004777	ラスデット注100mg/5mL
	620004760	ペブシド注100mg
	620008173	エトボシド点滴静注液100mg「サンド」
	622101701	エトボシド点滴静注液100mg「タイヨー」
	622220501	エトボシド点滴静注液100mg「SN」
	620007257	カンプト点滴静注40mg
	620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NK」
	620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「サワイ」
	620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイホウ」
	620919501	トボテシン点滴静注40mg
	622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ホスピーラ」
	622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイヨー」
	622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NP」
	622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「トーワ」
	622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「日医工」
	622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ハンルイ」
	621900302	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「SUN」
	620007258	カンプト点滴静注100mg
	620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NK」
	620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「サワイ」
	620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイホウ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620919701	トボテシン点滴静注100mg
	622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ホスピーラ」
	622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイヨー」
	622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NP」
	622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「トーワ」
	622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「日医工」
	622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ハルルイ」
	621900402	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「SUN」
	620919801	タキソテール点滴静注用20mg
	622295501	ドセタキセル点滴静注用20mg「サワイ」
	620919901	タキソテール点滴静注用80mg
	622295601	ドセタキセル点滴静注用80mg「サワイ」
	622068501	ワンタキソテール点滴静注20mg/1mL
	622294901	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ケミファ」
	622272001	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「トーワ」
	622354801	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「NK」
	622356401	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「サワイ」
	622429301	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「EE」
	622435002	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ニプロ」
	622408501	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ヤクルト」
	622068601	ワンタキソテール点滴静注80mg/4mL
	622295001	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ケミファ」
	622272101	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「トーワ」
	622354901	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「NK」
	622356501	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「サワイ」
	622429401	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「EE」
	622435102	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ニプロ」
	622408601	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ヤクルト」
	622215301	ドセタキセル点滴静注20mg/2mL「サンド」
	622285201	ドセタキセル点滴静注20mg/2mL「ホスピーラ」
	622215401	ドセタキセル点滴静注80mg/8mL「サンド」
	622285301	ドセタキセル点滴静注80mg/8mL「ホスピーラ」
	622285401	ドセタキセル点滴静注120mg/12mL「ホスピーラ」
	620003751	タキソール注射液30mg
	620004170	パクリタキセル注30mg/5mL「NK」
	620005688	パクリタキセル注射液30mg「サワイ」
	622082001	パクリタキセル点滴静注液30mg「サンド」
	622259101	パクリタキセル注射液30mg「NP」
	622375001	パクリタキセル点滴静注液30mg/5mL「ホスピーラ」
	620003752	タキソール注射液100mg
	620004171	パクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」
	620005689	パクリタキセル注射液100mg「サワイ」
	622082101	パクリタキセル点滴静注液100mg「サンド」
	622259201	パクリタキセル注射液100mg「NP」
	622375101	パクリタキセル点滴静注液100mg/16.7mL「ホスピーラ」
	620005690	パクリタキセル注射液150mg「サワイ」
	640432004	ナベルピン注10
	621954401	ロゼウス静注液10mg
	640432005	ナベルピン注40
	621954501	ロゼウス静注液40mg
	620005197	ハイカムチン注射用1.1mg
	621970101	アブラキサン点滴静注用100mg
	622364601	ジェブタナ点滴静注60mg
	620003247	ロイナーゼ注用5000
	620003248	ロイナーゼ注用10000
	620004129	シスプラチン注10mg「日医工」
	620008946	ランダ注10mg/20mL
	620923301	シスプラチン点滴静注10mg「マルコ」
	620923202	シスプラチン点滴静注液10mg「ファイザー」
	620004130	シスプラチン注25mg「日医工」
	620008947	ランダ注25mg/50mL
	620923701	シスプラチン点滴静注25mg「マルコ」
	620923602	シスプラチン点滴静注液25mg「ファイザー」
	620004131	シスプラチン注50mg「日医工」
	620008948	ランダ注50mg/100mL
	620924101	シスプラチン点滴静注50mg「マルコ」
	620924002	シスプラチン点滴静注液50mg「ファイザー」
	620001919	動注用アイエーコール100mg
	620002591	動注用アイエーコール50mg
	640454032	ノバントロン注20mg
	644290005	ノバントロン注10mg
	620004117	カルボプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
	620004118	カルボプラチン点滴静注液50mg「サンド」
	620004732	パラプラチン注射液50mg
	620007254	カルボプラチン点滴静注液50mg「NK」
	622098103	カルボプラチン点滴静注液50mg「TYK」
	621754502	カルボプラチン注射液50mg「日医工」
	620004119	カルボプラチン点滴静注液150mg「サワイ」
	620004120	カルボプラチン点滴静注液150mg「サンド」
	620004733	パラプラチン注射液150mg
	620007255	カルボプラチン点滴静注液150mg「NK」
	622098203	カルボプラチン点滴静注液150mg「TYK」
	621754602	カルボプラチン注射液150mg「日医工」
	620004121	カルボプラチン点滴静注液450mg「サワイ」
	620004122	カルボプラチン点滴静注液450mg「サンド」
	620004734	パラプラチン注射液450mg
	620007256	カルボプラチン点滴静注液450mg「NK」
	622098303	カルボプラチン点滴静注液450mg「TYK」
	621754702	カルボプラチン注射液450mg「日医工」
	620007300	コホリン静注用7.5mg
	640407072	アクブラ静注用10mg
	640407073	アクブラ静注用50mg
	640407074	アクブラ静注用100mg
	622069801	ハーセプチン注射用60
	622069901	ハーセプチン注射用150
	640462007	ロイスタチン注8mg
	620002417	トリセノックス注10mg
	622617800	オキサリプラチン50mg/10mL注射液
	621932201	エルブラット点滴静注液50mg
	622388601	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ケミファ」
	622388301	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「サンド」
	622374801	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ホスピーラ」
	622371101	オキサリプラチン点滴静注液50mg「DSEP」
	622385701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「NK」
	622389801	オキサリプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
	622394701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「テバ」
	622371801	オキサリプラチン点滴静注液50mg「トーワ」
	622393201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「日医工」
	622392001	オキサリプラチン点滴静注液50mg「ニプロ」
	622437201	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「KCC」
	622476900	オキサリプラチン100mg/20mL注射液
	621932301	エルブラット点滴静注液100mg
	622388701	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ケミファ」
	622383301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「サンド」
	622374901	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ホスピーラ」
	622371201	オキサリプラチン点滴静注液100mg「DSEP」
	622373301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「FFP」
	622385801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「NK」
	622389901	オキサリプラチン点滴静注液100mg「サワイ」
	622394801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「テバ」
	622371901	オキサリプラチン点滴静注100mg「トーワ」
	622393301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「日医工」
	622392101	オキサリプラチン点滴静注液100mg「ニプロ」
	622437301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「KCC」
	622617900	オキサリプラチン200mg/40mL注射液
	622189401	エルブラット点滴静注液200mg
	622437401	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「KCC」
	622428001	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ケミファ」
	622426801	オキサリプラチン点滴静注液200mg「DSEP」
	622434901	オキサリプラチン点滴静注液200mg「NK」
	622431101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「サワイ」
	622432401	オキサリプラチン点滴静注液200mg「テバ」
	622411901	オキサリプラチン点滴静注200mg「トーワ」
	622437001	オキサリプラチン点滴静注液200mg「日医工」
	622439101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「ニプロ」
	622461701	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「サンド」
	622460601	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ホスピーラ」
	620004428	ペルケイド注射用3mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620004872	アバスタチン点滴静注用100mg/4mL
	620004873	アバスタチン点滴静注用400mg/16mL
	620006806	ゼヴァリン イソトリウム(90Y) 静注用セット
	620008443	アービタックス注射液100mg
	621954001	ミリプラ動注用70mg
	621985901	ベクティビックス点滴静注100mg
	622086201	ベクティビックス点滴静注400mg
	622003801	トリーセル点滴静注液25mg
	622045001	ビダーザ注射用100mg
	622085201	ハラヴェン静注1mg
	622101401	フェゾロデックス筋注250mg
	622149401	ボテリジオ点滴静注20mg
	622244301	アーゼラ点滴静注液100mg
	622244401	アーゼラ点滴静注液1000mg
	622255101	パージェク点滴静注420mg/14mL
	622335601	アドセトリス点滴静注用50mg
	629908401	サークリザ点滴静注100mg
	629908501	サークリザ点滴静注500mg
	629912501	ボライビー点滴静注用30mg
	629912601	ボライビー点滴静注用140mg
	629914701	レミトロ点滴静注用300μg
	622594801	ダラザレックス点滴静注100mg
	622594701	ダラザレックス点滴静注400mg
	629914801	ダラキューロ配合皮下注
	622264401	カドサイラ点滴静注用100mg
	629907101	エンハーツ点滴静注用100mg
	622264501	カドサイラ点滴静注用160mg
	622364801	オブジーボ点滴静注20mg
	622364901	オブジーボ点滴静注100mg
	629911501	オブジーボ点滴静注120mg
	622662201	オブジーボ点滴静注240mg
	622388101	マブキャンバス点滴静注30mg
	622417901	サイラムザ点滴静注液100mg
	622418001	サイラムザ点滴静注液500mg
	622440501	ヤーボイ点滴静注液50mg
	622449301	ヨンドリス点滴静注用0.25mg
	622449401	ヨンドリス点滴静注用1mg
	622489201	ゾーフイゴ静注
	622509501	カイプロリス点滴静注用10mg
	622509601	カイプロリス点滴静注用40mg
	622514701	エムプリシテイ点滴静注用300mg
	622514801	エムプリシテイ点滴静注用400mg
	622515801	キイトルーダ点滴静注100mg
	622582401	パベンチオ点滴静注200mg
	622594601	テセントリク点滴静注1200mg
	629900601	テセントリク点滴静注840mg
	622628901	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「CTH」
	622630701	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「NK」
	622629001	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「CTH」
	622630801	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「NK」
	622633201	イミフィンジ点滴静注120mg
	622633301	イミフィンジ点滴静注500mg
	622659701	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「第一三共」
	622659801	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「第一三共」
	622679201	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」
	622679301	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」
	629901901	ポートルーザ点滴静注液800mg
	629905901	ベバシスマブBS点滴静注100mg「ファイザー」
	629906001	ベバシスマブBS点滴静注400mg「ファイザー」
	629904901	ベバシスマブBS点滴静注100mg「第一三共」
	629905001	ベバシスマブBS点滴静注400mg「第一三共」
	620004740	ビシバニール注射用0.2KE
	620004741	ビシバニール注射用0.5KE
	620004742	ビシバニール注射用1KE
	620004743	ビシバニール注射用5KE
	620001918	注射用レザフィリン100mg
	621162801	フェロン注射用100万
	621163001	フェロン注射用300万
	621163701	スミフェロン注DS300万IU
	621163801	スミフェロン注DS600万IU
	640453025	イムノマックスγ注100
	640453024	イムノマックスγ注50
	646390065	イムネース注35
	621385201	ベタフェロン皮下注用960万国際単位
	622808601	オニバイド点滴静注43mg
	622797601	ステボロン点滴静注バッグ9000mg/300mL
	622607302	ガザイバ点滴静注1000mg
	622622401	ベスボンサ点滴静注用1mg
	622654901	ビーリンサイト点滴静注用35μg
	629911001	アキシャルックス点滴静注250mg
A 6 専門的な治療・処置 (2) 抗悪性腫瘍剤の内服の管理	621997701	レナデックス錠4mg
	612460005	メチルテストステロン錠
	610407122	メチルテストステロン錠
	612470008	エチニルエストラジオール錠
	620009249	プロセキゾール錠0.5mg
	620005136	ルトラール錠2mg
	610461132	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg錠
	612470037	プロスター錠25
	620537001	ロンステロン錠25mg
	620536512	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「タイヨー」
	620536526	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「YD」
	620536509	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日医工」
	620536524	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「KN」
	620536801	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「NSKK」
	620537002	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日新」
	620537101	プロスターL錠50mg
	620537901	プロペラ錠2.5mg
	621285301	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠2.5mg「トーワ」
	620537802	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠2.5mg「F」
	612470030	ヒスロン錠5
	620538201	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠5mg「F」
	610433122	プロゲストン錠200
	620008693	ヒスロンH錠200mg
	620538401	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠200mg「F」
	620006975	チオデロンカプセル5mg
	612490039	オベプリム
	620005941	エンドキサン錠50mg
	622181601	経口用エンドキサン原末100mg
	620904101	マプリン散1%
	620005912	アルケラン錠2mg
	620004939	エストラサイトカプセル156.7mg
	622576801	テモゾロミド錠20mg「NK」
	622576901	テモゾロミド錠100mg「NK」
	620004353	テモダールカプセル20mg
	620004354	テモダールカプセル100mg
	620008778	ロイケリン散10%
	614210098	メソトレキセート錠2.5mg
	620005087	フトラフル腸溶顆粒50%
	620004566	フトラフルカプセル200mg
	614210128	フルツロンカプセル100
	614210129	フルツロンカプセル200
	610470009	ゼローダ錠300
	622656401	カベシタピン錠300mg「サワイ」
	622677701	カベシタピン錠300mg「トーワ」
	622674301	カベシタピン錠300mg「日医工」
	622679001	カベシタピン錠300mg「ヤクルト」
	622700101	カベシタピン錠300mg「JG」
	622695801	カベシタピン錠300mg「NK」
	614220011	スタラシドカプセル50
	614220012	スタラシドカプセル100
	614220010	ハイドレカプセル500mg
	620004870	フルダラ錠10mg
	621929901	ユーエフティE配合顆粒T100
	621930001	ユーエフティE配合顆粒T150
	621930101	ユーエフティE配合顆粒T200
	620915001	ユーエフティE配合カプセルT100
	620009353	ティエスワン配合顆粒T20
	622430801	エスエーワン配合顆粒T20

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622434701	エヌケーエスワン配合顆粒T20
	620009354	ディーエスワン配合顆粒T25
	622430901	エヌケーエスワン配合顆粒T25
	622434801	エヌケーエスワン配合顆粒T25
	622243001	ディーエスワン配合OD錠T20
	622497901	エヌケーエスワン配合OD錠T20
	622487301	エヌケーエスワン配合OD錠T20
	622537501	エスワンタイホウ配合OD錠T20
	622243101	ディーエスワン配合OD錠T25
	622498001	エヌケーエスワン配合OD錠T25
	622487401	エヌケーエスワン配合OD錠T25
	622537601	エスワンタイホウ配合OD錠T25
	622397101	EEエスワン配合錠T20
	622397301	エスワンケーケー配合錠T20
	622397201	EEエスワン配合錠T25
	622397401	エスワンケーケー配合錠T25
	620915501	ディーエスワン配合カプセルT20
	622256001	エヌケーエスワン配合カプセルT20
	622254901	エヌケーエスワン配合カプセルT20
	620915601	ディーエスワン配合カプセルT25
	622256101	エヌケーエスワン配合カプセルT25
	622255001	エヌケーエスワン配合カプセルT25
	620003642	ラスデットSカプセル2.5mg
	620006119	ペブシドカプセル2.5mg
	620003643	ラスデットSカプセル5.0mg
	620006120	ペブシドカプセル5.0mg
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル5.0mg「TYP」
	620001885	タモキシフェンクエン酸塩1.0mg錠
	620003593	ノルパデックス錠1.0mg
	620921501	タモキシフェン錠1.0mg「明治」
	620920504	タモキシフェン錠1.0mg「日医工」
	620921701	タモキシフェン錠1.0mg「サワイ」
	620921005	タモキシフェン錠1.0mg「MYL」
	622671201	タモキシフェン錠1.0mg「DSEP」
	622317900	タモキシフェンクエン酸塩2.0mg錠
	620003594	ノルパデックス錠2.0mg
	622053001	タモキシフェン錠2.0mg「サワイ」
	622075101	タモキシフェン錠2.0mg「日医工」
	622041701	タモキシフェン錠2.0mg「明治」
	620921905	タモキシフェン錠2.0mg「MYL」
	622671301	タモキシフェン錠2.0mg「DSEP」
	620007083	ペラゾリン細粒4.0mg
	620007084	ペラゾリン細粒8.0mg
	610463172	フルタミド錠1.25「KN」
	620006876	オダイン錠1.25mg
	621484703	フルタミド錠1.25mg「ファイザー」
	620005101	ベサノイドカプセル1.0mg
	610407022	フェアストーン錠4.0
	620004006	トレミフェン錠4.0mg「サワイ」
	610407023	フェアストーン錠6.0
	622169001	トレミフェン錠6.0mg「サワイ」
	620003534	カゾデックス錠8.0mg
	620009415	ビカルタミド錠8.0mg「KN」
	620009412	ビカルタミド錠8.0mg「NK」
	620009413	ビカルタミド錠8.0mg「NP」
	620009411	ビカルタミド錠8.0mg「SN」
	620009420	ビカルタミド錠8.0mg「TCK」
	620009409	ビカルタミド錠8.0mg「あすか」
	620009410	ビカルタミド錠8.0mg「アメル」
	620009416	ビカルタミド錠8.0mg「サワイ」
	620009417	ビカルタミド錠8.0mg「サンド」
	620009421	ビカルタミド錠8.0mg「日医工」
	620009422	ビカルタミド錠8.0mg「マイラン」
	620009423	ビカルタミド錠8.0mg「明治」
	621938701	ビカルタミド錠8.0mg「JG」
	621927301	ビカルタミド錠8.0mg「オーハラ」
	621979301	ビカルタミド錠8.0mg「トーワ」
	621912301	ビカルタミド錠8.0mg「ケミファ」
	622087501	ビカルタミド錠8.0mg「ファイザー」
	621897501	ビカルタミド錠8.0mg「テバ」
	622671501	ビカルタミド錠8.0mg「DSEP」
	622265601	カゾデックスOD錠8.0mg
	622492601	ビカルタミドOD錠8.0mg「KN」
	622487201	ビカルタミドOD錠8.0mg「NK」
	622502901	ビカルタミドOD錠8.0mg「あすか」
	622482001	ビカルタミドOD錠8.0mg「ケミファ」
	622498101	ビカルタミドOD錠8.0mg「サワイ」
	622501501	ビカルタミドOD錠8.0mg「日医工」
	622507101	ビカルタミドOD錠8.0mg「ニプロ」
	622502701	ビカルタミドOD錠8.0mg「明治」
	622513701	ビカルタミドOD錠8.0mg「トーワ」
	622671401	ビカルタミドOD錠8.0mg「DSEP」
	622689100	アナストロゾール1mg錠
	620003507	アリミデックス錠1mg
	622213401	アナストロゾール錠1mg「F」
	622204401	アナストロゾール錠1mg「JG」
	622208701	アナストロゾール錠1mg「NK」
	622211201	アナストロゾール錠1mg「NP」
	622198501	アナストロゾール錠1mg「ケミファ」
	622218301	アナストロゾール錠1mg「サワイ」
	622215501	アナストロゾール錠1mg「サンド」
	622195501	アナストロゾール錠1mg「テバ」
	622195001	アナストロゾール錠1mg「トーワ」
	622208401	アナストロゾール錠1mg「日医工」
	622222701	アナストロゾール錠1mg「マイラン」
	622180501	アナストロゾール錠1mg「明治」
	622238501	アナストロゾール錠1mg「アメル」
	622671101	アナストロゾール錠1mg「DSEP」
	622610600	イマチニブメシル酸塩1.0mg錠
	620002511	グリバック錠1.0mg
	622291501	イマチニブ錠1.0mg「EE」
	622292801	イマチニブ錠1.0mg「KN」
	622287101	イマチニブ錠1.0mg「NK」
	622298801	イマチニブ錠1.0mg「ヤクルト」
	622348701	イマチニブ錠1.0mg「DSEP」
	622357601	イマチニブ錠1.0mg「ニプロ」
	622340201	イマチニブ錠1.0mg「明治」
	622380201	イマチニブ錠1.0mg「オーハラ」
	622388501	イマチニブ錠1.0mg「ケミファ」
	622389601	イマチニブ錠1.0mg「サワイ」
	622414301	イマチニブ錠1.0mg「JG」
	622437501	イマチニブ錠1.0mg「TCK」
	622411601	イマチニブ錠1.0mg「トーワ」
	622436501	イマチニブ錠1.0mg「日医工」
	622417501	イマチニブ錠1.0mg「ファイザー」
	622496001	イマチニブ錠1.0mg「テバ」
	622306802	イマチニブ錠1.0mg「KMP」
	622357701	イマチニブ錠2.0mg「ニプロ」
	622340301	イマチニブ錠2.0mg「明治」
	622375401	イマチニブ錠2.0mg「ヤクルト」
	622411701	イマチニブ錠2.0mg「トーワ」
	622436601	イマチニブ錠2.0mg「日医工」
	622457401	イマチニブ錠2.0mg「サワイ」
	610462026	アロマシン錠2.5mg
	622115801	エキセメスタン錠2.5mg「NK」
	622118801	エキセメスタン錠2.5mg「マイラン」
	622158301	エキセメスタン錠2.5mg「テバ」
	610462027	イレッサ錠2.50
	622668001	ゲフィチニブ錠2.50mg「DSEP」
	622684501	ゲフィチニブ錠2.50mg「JG」
	622672301	ゲフィチニブ錠2.50mg「NK」
	622679701	ゲフィチニブ錠2.50mg「サワイ」
	622682601	ゲフィチニブ錠2.50mg「サンド」
	622674401	ゲフィチニブ錠2.50mg「日医工」
	622679101	ゲフィチニブ錠2.50mg「ヤクルト」
	620002491	アムノレイク錠2mg
	622475600	レトロゾール2.5mg錠
	620003467	フェマール錠2.5mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622427401	レトゾール錠2.5mg「DSEP」
	622429201	レトゾール錠2.5mg「EE」
	622429901	レトゾール錠2.5mg「F」
	622413201	レトゾール錠2.5mg「FFP」
	622422101	レトゾール錠2.5mg「JG」
	622433901	レトゾール錠2.5mg「KN」
	622435201	レトゾール錠2.5mg「NK」
	622418401	レトゾール錠2.5mg「アメル」
	622427901	レトゾール錠2.5mg「ケミファ」
	622431001	レトゾール錠2.5mg「サワイ」
	622432001	レトゾール錠2.5mg「テバ」
	622412801	レトゾール錠2.5mg「トーワ」
	622436701	レトゾール錠2.5mg「日医工」
	622438901	レトゾール錠2.5mg「ニプロ」
	622417401	レトゾール錠2.5mg「ファイザー」
	622420001	レトゾール錠2.5mg「明治」
	622411401	レトゾール錠2.5mg「ヤクルト」
	622418402	レトゾール錠2.5mg「サンド」
	620005890	タルセバ錠2.5mg
	620005891	タルセバ錠1.0mg
	620005892	タルセバ錠1.5mg
	620006778	ネクサバル錠2.0mg
	620006801	スーデントカプセル12.5mg
	622796901	カボメティクス錠2.0mg
	622797001	カボメティクス錠6.0mg
	620008558	サレドカプセル1.0
	621984001	サレドカプセル5.0
	622267801	サレドカプセル2.5
	620009095	スプリセル錠2.0mg
	620009096	スプリセル錠5.0mg
	620009097	タシグナカプセル2.0mg
	622048101	タシグナカプセル1.5mg
	622585501	タシグナカプセル5.0mg
	621911601	タイケルブ錠2.5mg
	621980901	アフィニトール錠5mg
	622216801	アフィニトール錠2.5mg
	622226301	アフィニトール分散錠2mg
	622226401	アフィニトール分散錠3mg
	621927401	レブラミドカプセル5mg
	622456401	レブラミドカプセル2.5mg
	622087401	ソリンザカプセル1.0mg
	622149601	ザーコリカプセル2.0mg
	622149701	ザーコリカプセル2.5mg
	622851501	アルンブリグ錠3.0mg
	622851601	アルンブリグ錠9.0mg
	622794101	テブミトコ錠2.5mg
	622183301	インライダ錠1mg
	622183401	インライダ錠5mg
	622201801	ヴォトリエント錠2.0mg
	622225801	スチパーガ錠4.0mg
	622307101	ジオトリフ錠2.0mg
	622307201	ジオトリフ錠3.0mg
	622307301	ジオトリフ錠4.0mg
	622307401	ジオトリフ錠5.0mg
	622623001	イクスタンジ錠4.0mg
	622623101	イクスタンジ錠8.0mg
	622443801	アレセンサカプセル1.5mg
	622363801	ザイティカ錠2.5mg
	622365001	ジャカビ錠5mg
	622545301	ジャカビ錠1.0mg
	622363701	ラバリムス錠1mg
	622374701	ボジュリフ錠1.0mg
	622394901	ゼルボラフ錠2.4mg
	622415001	ボマリスタカプセル1mg
	622415101	ボマリスタカプセル2mg
	622415201	ボマリスタカプセル3mg
	622415301	ボマリスタカプセル4mg
	622416001	レンビマカプセル4mg
	622416101	レンビマカプセル1.0mg
	622441601	ファリーダックカプセル1.0mg
	622441701	ファリーダックカプセル1.5mg
	622441001	カブレラ錠1.0mg
	622483501	タルグレチンカプセル7.5mg
	622487901	イムブルピカカプセル1.4mg
	622833701	カルケンスカプセル1.0mg
	622803301	ベレキシブル錠8.0mg
	622697301	ジカディア錠1.5mg
	622472001	タグリッ錠4.0mg
	622472101	タグリッ錠8.0mg
	622484901	タフィンラーカプセル5.0mg
	622485001	タフィンラーカプセル7.5mg
	622485101	メキニスト錠0.5mg
	622485201	メキニスト錠2mg
	622483401	アイクルシグ錠1.5mg
	622654801	ゾスバタ錠4.0mg
	622653201	ローブレナ錠2.5mg
	622653301	ローブレナ錠1.0mg
	622669101	ビジンプロ錠1.5mg
	622669201	ビジンプロ錠4.5mg
	622668801	ビラフトピカプセル5.0mg
	622837601	ビラフトピカプセル7.5mg
	622668901	メクトビ錠1.5mg
	622676901	アーリーダ錠6.0mg
	622796301	ニューベコ錠3.0mg
	622688401	ヴァンフリダ錠17.7mg
	622688501	ヴァンフリダ錠26.5mg
	622679401	ロズリートレカプセル1.0mg
	622679501	ロズリートレカプセル2.0mg
	622856401	ヴァイトラックピカプセル2.5mg
	622856501	ヴァイトラックピカプセル1.0mg
	622856601	ヴァイトラックピ内用液2.0mg/mL
	622851101	ペマジール錠4.5mg
	622696201	ベネクレクスタ錠1.0mg
	622696301	ベネクレクスタ錠5.0mg
	622696401	ベネクレクスタ錠1.0mg
	620007080	ベスタチンカプセル1.0mg
	620007081	ベスタチンカプセル3.0mg
	622336001	ロンサーフ配合錠T15
	622336101	ロンサーフ配合錠T20
	622586501	イブランスカプセル2.5mg
	622703401	イブランス錠2.5mg
	622586601	イブランスカプセル1.25mg
	622703501	イブランス錠1.25mg
	622653801	ページニオ錠5.0mg
	622653901	ページニオ錠1.0mg
	622654001	ページニオ錠1.5mg
	622606901	リムバーザ錠1.0mg
	622607001	リムバーザ錠1.5mg
	622821201	タブレクタ錠1.5mg
	622821301	タブレクタ錠2.0mg
	622830301	ゼジュラカプセル1.0mg
A 6 専門的な治療・処置 (③ 麻薬の使用 注射剤のみ)	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
	620009272	パンオピン皮下注2.0mg
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003067	アンベック注1.0mg
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「シオノギ」
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「第一三共」
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「タケダ」
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003068	アンベック注5.0mg
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「シオノギ」
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「第一三共」
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「タケダ」
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
	621454706	モルヒネ塩酸塩注1.0mgシリンジ「テルモ」
	620001373	アンベック注2.0mg
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液2.0mg「第一三共」
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液2.0mg「シオノギ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液200mg「タケダ」
	620004181	ブレベノン注100mgシリンジ
	622135601	オキファスト注10mg
	622685701	オキシコドン注射液10mg「第一三共」
	622135701	オキファスト注50mg
	622685801	オキシコドン注射液50mg「第一三共」
	622625401	ナルベイン注2mg
	622625501	ナルベイン注20mg
	648110014	複方オキシコドン注射液
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
	648110002	アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110010	弱アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
	648210005	ベチジン塩酸塩注射液
	628512804	ベチジン塩酸塩注射液35mg「タケダ」
	648210006	ベチジン塩酸塩注射液
	628513304	ベチジン塩酸塩注射液50mg「タケダ」
	621208101	フェンタニル注射液0.1mg「第一三共」
	621899203	フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」
	621627101	フェンタニル注射液0.25mg「第一三共」
	621899303	フェンタニル注射液0.25mg「テルモ」
	621899403	フェンタニル注射液0.5mg「テルモ」
	620004422	アルチバ静注用2mg
	622486801	レミフェンタニル静注用2mg「第一三共」
	620004423	アルチバ静注用5mg
	622486901	レミフェンタニル静注用5mg「第一三共」
	648210004	ベチロルファン注射液
	648210007	弱ベチロルファン注射液
A 6 専門的な治療・処置 (④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理)	610462034	コデインリン酸塩散1%
	620000567	リン酸コデイン散1% (ハチ)
	620000568	リン酸コデイン散1%「フソー」
	612240008	リン酸コデイン散1%「ホエイ」
	620000569	リン酸コデイン散1%「イワキ」
	610450010	リン酸コデイン散1%「メタル」
	620005838	コデインリン酸塩散1%「シオエ」
	620009310	コデインリン酸塩散1%「第一三共」
	620392409	コデインリン酸塩散1%「タケダ」
	620392413	コデインリン酸塩散1%「フソー」
	620392425	コデインリン酸塩散1%「メタル」
	620392429	リン酸コデイン散1%「日医工」
	620000182	コデインリン酸塩錠
	620005841	コデインリン酸塩錠5mg「シオエ」
	621567604	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」
	610462036	ジヒドロコデインリン酸塩散1%
	620392523	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「メタル」
	620000575	リン酸ジヒドロコデイン散1% (ハチ)
	620000576	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」
	612240010	リン酸ジヒドロコデイン散1%「ホエイ」
	610450011	リン酸ジヒドロコデイン散1%「メタル」
	620005844	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「シオエ」
	620009316	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「第一三共」
	620392509	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」
	620392528	リン酸ジヒドロコデイン散1%「日医工」
	620392532	ジヒドロコデインリン酸塩散1% (ハチ)
	618110006	アヘン末
	628500001	アヘン末「第一三共」
	618110004	アヘン散
	628500501	アヘン散「第一三共」
	618110002	アヘンチンキ
	628501001	アヘンチンキ「第一三共」
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩
	618110025	パンオピン「タケダ」
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末
	622842601	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包10mg「フジモト」
	622842701	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包30mg「フジモト」
	610453130	モルベス細粒2%
	610453131	モルベス細粒6%
	618110023	MSコンチン錠10mg
	618110024	MSコンチン錠30mg
	610406378	MSコンチン錠60mg
	610453027	MSツワイスロンカプセル10mg
	610453028	MSツワイスロンカプセル30mg
	610453029	MSツワイスロンカプセル60mg
	620003165	パシーフカプセル30mg
	620003166	パシーフカプセル60mg
	620003167	パシーフカプセル120mg
	610470010	オプゾ内服液5mg
	610470011	オプゾ内服液10mg
	618110011	コデインリン酸塩錠
	620009226	コデインリン酸塩錠20mg「第一三共」
	628505804	コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」
	618110009	コデインリン酸塩水和物
	620009227	コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末
	628506001	コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末
	610462035	コデインリン酸塩散10%
	620009225	コデインリン酸塩散10%「タケダ」
	628506500	コデインリン酸塩散10%「第一三共」
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散10%
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散10%「第一三共」
	628507804	ジヒドロコデインリン酸塩散10%「タケダ」
	620003630	メテバニール錠2mg
	622016901	オキノーム散2.5mg
	622017001	オキノーム散5mg
	622017101	オキノーム散10mg
	622303901	オキノーム散20mg
	622540101	オキシコドン錠2.5mg「第一三共」
	622540201	オキシコドン錠5mg「第一三共」
	622540301	オキシコドン錠10mg「第一三共」
	622540401	オキシコドン錠20mg「第一三共」
	622521701	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」
	622521801	オキシコドン徐放錠10mg「第一三共」
	622521901	オキシコドン徐放錠20mg「第一三共」
	622522001	オキシコドン徐放錠40mg「第一三共」
	622576301	オキシコドンTR錠5mg
	622685301	オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」
	622576401	オキシコドンTR錠10mg
	622685401	オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」
	622576501	オキシコドンTR錠20mg
	622685501	オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」
	622576601	オキシコドンTR錠40mg
	622685601	オキシコドン徐放錠40mgNX「第一三共」
	622303501	オキシコドン徐放カプセル5mg「テルモ」
	622303601	オキシコドン徐放カプセル10mg「テルモ」
	622303701	オキシコドン徐放カプセル20mg「テルモ」
	622303801	オキシコドン徐放カプセル40mg「テルモ」
	622802101	オキシコドン錠2.5mgNX「第一三共」
	622802201	オキシコドン錠5mgNX「第一三共」
	622802301	オキシコドン錠10mgNX「第一三共」
	622802401	オキシコドン錠20mgNX「第一三共」
	622839101	オキシコドン内服液2.5mg「日本臓器」
	622839201	オキシコドン内服液5mg「日本臓器」
	622839301	オキシコドン内服液10mg「日本臓器」
	622839401	オキシコドン内服液20mg「日本臓器」
	622550201	ナルラビド錠1mg
	622550301	ナルラビド錠2mg
	622550501	ナルラビド錠4mg
	622549801	ナルサス錠2mg
	622549901	ナルサス錠6mg
	622550001	ナルサス錠12mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622550101	ナルサス錠2.4mg
	618110001	アヘン・トコン散
	618110027	ドーフル散
	618210001	ベチジン塩酸塩
	622293501	アブストラル舌下錠1.00μg
	622293601	アブストラル舌下錠2.00μg
	622293701	アブストラル舌下錠4.00μg
	622264901	イーフェンバツカル錠5.0μg
	622265001	イーフェンバツカル錠1.00μg
	622265101	イーフェンバツカル錠2.00μg
	622265201	イーフェンバツカル錠4.00μg
	622265301	イーフェンバツカル錠6.00μg
	622265401	イーフェンバツカル錠8.00μg
	622212701	メサベイン錠5mg
	622212801	メサベイン錠10mg
	622350501	タベンタ錠2.5mg
	622350601	タベンタ錠5.0mg
	622350701	タベンタ錠1.00mg
	668110001	アンベック坐剤1.0mg
	668110002	アンベック坐剤2.0mg
	660432005	アンベック坐剤3.0mg
	618120001	コカイン塩酸塩
	620009281	コカイン塩酸塩「タケダ」原末
	620007678	デュロテップMTパッチ2.1mg
	622177901	フェンタニル3日用テープ2.1mg「HMT」
	622228201	フェンタニル3日用テープ2.1mg「明治」
	622628101	フェンタニル3日用テープ2.1mg「トーワ」
	622305202	フェンタニル3日用テープ2.1mg「テイコク」
	620007679	デュロテップMTパッチ4.2mg
	622178001	フェンタニル3日用テープ4.2mg「HMT」
	622228301	フェンタニル3日用テープ4.2mg「明治」
	622628201	フェンタニル3日用テープ4.2mg「トーワ」
	622305302	フェンタニル3日用テープ4.2mg「テイコク」
	620007680	デュロテップMTパッチ8.4mg
	622178101	フェンタニル3日用テープ8.4mg「HMT」
	622228401	フェンタニル3日用テープ8.4mg「明治」
	622628301	フェンタニル3日用テープ8.4mg「トーワ」
	622305402	フェンタニル3日用テープ8.4mg「テイコク」
	620007681	デュロテップMTパッチ12.6mg
	622178201	フェンタニル3日用テープ12.6mg「HMT」
	622228501	フェンタニル3日用テープ12.6mg「明治」
	622628401	フェンタニル3日用テープ12.6mg「トーワ」
	622305502	フェンタニル3日用テープ12.6mg「テイコク」
	620007682	デュロテップMTパッチ16.8mg
	622178301	フェンタニル3日用テープ16.8mg「HMT」
	622228601	フェンタニル3日用テープ16.8mg「明治」
	622628501	フェンタニル3日用テープ16.8mg「トーワ」
	622305602	フェンタニル3日用テープ16.8mg「テイコク」
	622041901	ワンデュロパッチ0.84mg
	622505001	ワンデュロパッチ0.84mg「明治」
	622042001	ワンデュロパッチ1.7mg
	622505101	ワンデュロパッチ1.7mg「明治」
	622042101	ワンデュロパッチ3.4mg
	622505201	ワンデュロパッチ3.4mg「明治」
	622042201	ワンデュロパッチ5mg
	622505301	ワンデュロパッチ5mg「明治」
	622042301	ワンデュロパッチ6.7mg
	622505401	ワンデュロパッチ6.7mg「明治」
	622700801	ラフェンタテープ1.38mg
	622700901	ラフェンタテープ2.75mg
	622701001	ラフェンタテープ5.5mg
	622701101	ラフェンタテープ8.25mg
	622701201	ラフェンタテープ11mg
	621988502	フェントステープ1mg
	622643101	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ1mg「第一三共」
	622696801	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ1mg「テイコク」
	621988602	フェントステープ2mg
	622643201	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ2mg「第一三共」
	622696901	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ2mg「テイコク」
	621988702	フェントステープ4mg
	622643301	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ4mg「第一三共」
	622697001	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ4mg「テイコク」
	621988802	フェントステープ6mg
	622643401	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ6mg「第一三共」
	622697101	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ6mg「テイコク」
	621988902	フェントステープ8mg
	622643501	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ8mg「第一三共」
	622697201	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ8mg「テイコク」
	622645901	フェントステープ0.5mg
	622856201	フェンタニルケエン酸塩1日用テープ0.5mg「テイコク」
A 6 専門的な治療・処置 (5) 放射線治療	180008810	体外照射(エックス線表在治療)(1回目)
	180019410	体外照射(エックス線表在治療)(2回目)
	180020710	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(1門照射)
	180020810	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(対向2門照射)
	180020910	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(非対向2門照射)
	180021010	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(3門照射)
	180021110	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(4門以上の照射)
	180021210	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(運動照射)
	180021310	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(原体照射)
	180021410	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(1門照射)
	180021510	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(対向2門照射)
	180021610	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(非対向2門照射)
	180021710	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(3門照射)
	180021810	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(4門以上の照射)
	180021910	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(運動照射)
	180022010	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(原体照射)
	180031910	体外照射(1MRT)
	180025270	施設基準不適合減算(放射線)(100分の70)
	180043270	1回線量増加加算(全乳房照射)
	180054970	1回線量増加加算(前立腺照射)
	180009270	術中照射療法加算
	180016970	体外照射用固定器具加算
	180054870	画像誘導放射線治療加算(腫瘍の位置情報)
	180054770	画像誘導放射線治療加算(骨構造の位置情報)
	180054670	画像誘導放射線治療加算(体表面の位置情報)
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療
	180019710	直線加速器による放射線治療(定位放射線治療)
	180035310	直線加速器による放射線治療(1以外)
	180026750	直線加速器による放射線治療(定位放射線治療・体幹部に対する)
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算(動体追尾法)
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算(その他)
	180055110	粒子線治療(希少な疾病)(陽子線治療)
	180055010	粒子線治療(希少な疾病)(重粒子線治療)
	180055310	粒子線治療(1以外の特定の疾病)(陽子線治療)
	180055210	粒子線治療(1以外の特定の疾病)(重粒子線治療)
	180046970	粒子線治療適応判定加算
	180047070	粒子線治療医学管理加算
	180012710	全身照射
	180009410	密封小線源治療(外部照射)
	180017010	密封小線源治療(腔内照射)(高線量率イリジウム照射)
	180032110	密封小線源治療(腔内照射)(新型コバルト小線源治療装置)
	180009510	密封小線源治療(腔内照射)(その他)
	180027110	密封小線源治療(組織内照射)(前立腺癌に対する永久挿入療法)
	180018610	密封小線源治療(組織内照射)(高線量率イリジウム照射)
	180032310	密封小線源治療(組織内照射)(新型コバルト小線源治療装置)
	180009610	密封小線源治療(組織内照射)(その他)
	180009710	密封小線源治療(放射性粒子照射)
	180027270	線源使用加算(密封小線源治療)(前立腺癌に対する永久挿入療法)
	180018770	食道用アプリーター加算(密封小線源治療)
	180018870	気管、気管支用アプリーター加算(密封小線源治療)
	180047170	画像誘導密封小線源治療加算
A 6 専門的な治療・処置 (6) 免疫抑制剤の管理 注射剤のみ	620007335	ソル・コーテフ注射用1.00mg
	620008818	サクシゾン注射用1.00mg
	620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用1.00mg「武田テバ」
	620007332	ソル・コーテフ静注用2.50mg
	620008819	サクシゾン注射用3.00mg
	620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用3.00mg「武田テバ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620007333	ソル・コーデフ静注用500mg
	620008816	サクシゾン静注用500mg
	620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用500mg「武田テバ」
	620007334	ソル・コーデフ静注用1000mg
	620008817	サクシゾン静注用1000mg
	620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用1000mg「武田テバ」
	620004661	ケナコルトーA皮内用関節腔内用水懸注50mg/5mL
	620004660	ケナコルトーA筋注用関節腔内用水懸注40mg/1mL
	620002613	リンデロン注2mg(0.4%)
	620003829	リノサール注射液2mg(0.4%)
	620002614	リンデロン注4mg(0.4%)
	620003830	リノサール注射液4mg(0.4%)
	620002615	リンデロン注20mg(0.4%)
	620003831	リノサール注射液20mg(0.4%)
	620002616	リンデロン注20mg(2%)
	620002617	リンデロン注100mg(2%)
	620007336	ソルコート静注液100mg
	620525001	デカドロン注射液1.65mg
	620525101	デキサート注射液1.65mg
	620525201	オルガドロン注射液1.9mg
	620525301	デカドロン注射液3.3mg
	620525401	デキサート注射液3.3mg
	620525801	オルガドロン注射液3.8mg
	620525601	デカドロン注射液6.6mg
	620525701	デキサート注射液6.6mg
	620525901	オルガドロン注射液19mg
	620003832	リメタゾン静注2.5mg
	642450087	リンデロン懸濁注
	640454024	注射用ソル・メルコート40
	620007356	ソル・メドロール静注用40mg
	640454025	注射用ソル・メルコート125
	620007357	ソル・メドロール静注用125mg
	640454026	注射用ソル・メルコート500
	620007358	ソル・メドロール静注用500mg
	620001310	注射用ソル・メルコート1,000
	620007359	ソル・メドロール静注用1000mg
	620007381	デボ・メドロール水懸注20mg
	620007382	デボ・メドロール水懸注40mg
	642450115	注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450169	水溶性ブレドニン10mg
	620530402	ブレドニゾンコハク酸エステルNa注射用10mg「F」
	642450116	注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450170	水溶性ブレドニン20mg
	620530502	ブレドニゾンコハク酸エステルNa注射用20mg「F」
	642450117	注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450171	水溶性ブレドニン50mg
	620894001	サンディムン点滴静注用250mg
	643990141	プログラフ注射液5mg
	622047401	プログラフ注射液2mg
	620008850	スパニジン点滴静注用100mg
	620008829	シムレク静注用20mg
	620008445	シムレク小児用静注用10mg
	620009011	ステロネマ注腸3mg
	620009010	ステロネマ注腸1.5mg
	620008805	エホチール注10mg
	640461008	ドパミン塩酸塩100mg5mL注射液
	620002175	イノバン注100mg
	620003427	カコージン注100mg
	620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「アイロム」
	620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「タイヨー」
	620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「KN」
	620244722	ツルドパミ点滴静注100mg
	620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「NP」
	620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「ファイザー」
	620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「イセイ」
	620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「KCC」
	620002174	イノバン注50mg
	621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注50mg「タイヨー」
	621399011	ツルドパミ点滴静注50mg
	621399010	カコージン注50mg
	621399013	ドパミン塩酸塩点滴静注50mg「NP」
	620245102	ツルドパミ点滴静注200mg
	622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注200mg「タイヨー」
	620002179	塩酸ドパミン注キット200
	620003205	カコージンD注0.1%
	620002180	塩酸ドパミン注キット600
	620003207	カコージンD注0.3%
	620003194	イノバン注0.1%シリンジ
	620003195	イノバン注0.3%シリンジ
	620004105	イノバン注0.6%シリンジ
	642110084	ドブトレックス注射液100mg
	620005187	ドブタミン点滴静注100mg「アイロム」
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注100mg「サワイ」
	621365306	ドブタミン点滴静注100mg「AFP」
	621365316	ドブタミン点滴静注100mg「F」
	621365321	ドブタミン点滴静注100mg「ファイザー」
	620005188	ドブトレックス点滴静注200mg
	620005189	ドブトレックス点滴静注600mg
	620003225	ドブボン注0.1%シリンジ
	620003226	ドブボン注0.3%シリンジ
	620004161	ドブボン注0.6%シリンジ
	620002593	ネオシネジンコーワ注1mg
	620002594	ネオシネジンコーワ注5mg
	642450005	アドレナリン注射液
	620517902	ボスミン注1mg
	642450071	ノルアドレナリン注射液
	620008384	ノルアドレナリン注1mg
	621371901	アドレナリン注0.1%シリンジ「テルモ」
	628704702	エピベン注射液0.15mg
	628704802	エピベン注射液0.3mg
	620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注200mgキット「ファイザー」
	620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注200mgバッグ「武田テバ」
	620246201	ドパミン塩酸塩点滴200mgバッグニチヤク
	621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注200mgキット「KCC」
	620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注600mgキット「ファイザー」
	620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注600mgバッグ「武田テバ」
	620247903	ドブタミン点滴静注200mgキット「ファイザー」
	620248003	ドブタミン点滴静注600mgキット「ファイザー」
	620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注600mgバッグ「ニチヤク」
	621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注600mgキット「KCC」
	641210020	リドカイン注射液
	641210093	キシロカイン注射液0.5%
	641210094	リドカイン注「NM」0.5%
	641210021	リドカイン注射液
	641210096	キシロカイン0.5%筋注用溶解液
	641210022	リドカイン注射液
	641210099	キシロカイン注射液1%
	641210100	リドカイン注「NM」1%
	641210023	リドカイン注射液
	641210102	キシロカイン注射液2%
	641210103	リドカイン注「NM」2%
	641210024	リドカイン注射液
	641210105	静注用キシロカイン2%
	620166503	リドカイン静注液2%「タカタ」
	641210025	リドカイン注射液
	621670602	リドカイン点滴静注液1%「タカタ」
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008355	アミサリン注100mg
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008356	アミサリン注200mg
	642120006	インデラル注射液2mg
	621494801	オノアクト点滴静注用50mg
	622094701	コアペータ静注用12.5mg
	622422801	オノアクト点滴静注用150mg
	640462042	フレビプロック注100mg
	620004782	リスモダンP静注50mg
	620005243	ワソラン静注5mg
	620009200	ベラパミル塩酸塩静注5mg「タイヨー」
A 6 専門的な治療・処置 (㉞) 昇圧剤の使用 注射剤のみ)		
A 6 専門的な治療・処置 (㉟) 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ)		

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620008940	メキシチール点滴静注125mg
	620004636	アスベノン静注用100
	620262301	シバノール静注70mg
	620007361	タンボコール静注50mg
	620002584	シンビット静注用50mg
	640443003	サンリズム注射液50
	620002610	リドカイン静注用2%シリンジ「テルモ」
	620004876	アンカロン注150
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注150mg「TE」
	620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用10mg「日医工」
	620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用50mg「日医工」
	640407031	ヘルベッサー注射用250
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用250mg「サワイ」
	621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用250mg「日医工」
	621958501	ヘルベッサー注射用10
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用10mg「サワイ」
	621958601	ヘルベッサー注射用50
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用50mg「サワイ」
A 6 専門的な治療・処置 (㉑) 抗血栓薬の持続点滴の使用)	621406001	アルガトロバン注射液10mg「サワイ」
	621267001	アルガトロバン注射液10mg「日医工」
	621405904	アルガトロバン注射液10mg「SN」
	620002948	スロノンHI注10mg/2mL
	620002974	ノバスタンHI注10mg/2mL
	620003192	アルガトロバンシリンジ10mg「NP」
	621734701	アルガトロバン注10mgシリンジ「SN」
	620002252	チトラミン液「フソー」-4%
	620812203	ヘパリンCa皮下注2万単位/0.8mL「サワイ」
	621824702	ヘパリンカルシウム注1万単位/10mL「AY」
	621824802	ヘパリンCa注射液2万単位/20mL「サワイ」
	621825002	ヘパリンカルシウム注5万単位/50mL「AY」
	621824902	ヘパリンCa注射液5万単位/50mL「サワイ」
	621825102	ヘパリンCa注射液10万単位/100mL「サワイ」
	622458001	ヘパリンCa皮下注1万単位/0.4mL「サワイ」
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注5千単位/0.2mLシリンジ「モチダ」
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液
	620812504	ヘパリンナトリウム注N5千単位/5mL「AY」
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液
	621825302	ヘパリンNa注5千単位/5mL「モチダ」
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液
	621825802	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「AY」
	621825602	ヘパリンナトリウム注N1万単位/10mL「AY」
	621825704	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「ニプロ」
	621825502	ヘパリンNa注1万単位/10mL「モチダ」
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液
	621826102	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「AY」
	621826004	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「ニプロ」
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液
	621826402	ヘパリンナトリウム注10万単位/100mL「AY」
	620006312	ヘパリンNa透折用2500単位/mL「フソー」20mL
	621832801	ヘパリンNa透折用2500単位/mL「NS」20mL
	621701902	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日新」
	621699702	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「KCC」
	620006328	リザルミン静注5000単位/5mL
	621757301	ダルテパリンNa静注5千単位/5mL「HK」
	621673901	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日医工」
	621757401	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日本臓器」
	620812701	フラグミン静注5000単位/5mL
	621702702	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「サワイ」
	621673102	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「AFP」
	620007360	ダルテパリンNa静注5千単位/5mLシリンジ「HK」
	621994801	ダルテパリンNa静注2500単位/10mLシリンジ「ニプロ」
	621994901	ダルテパリンNa静注3000単位/12mLシリンジ「ニプロ」
	621995001	ダルテパリンNa静注4000単位/16mLシリンジ「ニプロ」
	621995101	ダルテパリンNa静注5000単位/20mLシリンジ「ニプロ」
	620006789	リコモジュリン点滴静注用12800
	621373901	オルガラン静注1250単位
	620006203	ウロナーゼ静注用6万単位
	620006202	ウロナーゼ冠動注用12万単位
	620006204	ウロナーゼ静注用24万単位
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注液10単位
	643950056	アクチバシン注600万
	643950059	グルトバ注600万
	643950057	アクチバシン注1200万
	643950060	グルトバ注1200万
	643950058	アクチバシン注2400万
	643950061	グルトバ注2400万
	620007270	クリアクター静注用40万
	620007271	クリアクター静注用80万
	620006213	オザグレルNa点滴静注20mg「MEEK」
	621645001	オザグレルNa静注液20mg「日医工」
	621536405	オザグレルNa点滴静注20mg「FY」
	620006214	オザグレルNa点滴静注80mg「MEEK」
	621645201	オザグレルNa静注液80mg「日医工」
	621536201	オザグレルNa点滴静注液20mg「ケミファ」
	621536902	オザグレルNa点滴静注20mg「IP」
	621696901	オザグレルNa点滴静注液20mg「トーワ」
	620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液80mg「ID」
	621754402	オザグレルNa点滴静注液80mg「ケミファ」
	621537002	オザグレルNa点滴静注80mg「IP」
	621697101	オザグレルNa点滴静注液80mg「トーワ」
	620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液40mg「ID」
	621536301	オザグレルNa点滴静注液40mg「ケミファ」
	621645402	オザグレルNa点滴静注40mg「IP」
	621697001	オザグレルNa点滴静注液40mg「トーワ」
	621536505	オザグレルNa点滴静注40mg「FY」
	621536605	オザグレルNa点滴静注80mg「FY」
	621947801	オザグレルNa点滴静注40mg「MEEK」
	621645101	オザグレルNa静注液40mg「日医工」
	640463085	注射用カタクロット20mg
	640463048	キサンボン注射液20mg
	620002253	注射用オザグレルナトリウム20mg「F」
	621484101	オザグレルNa注射用20mg「SW」
	621484201	オザグレルNa静注用20mg「日医工」
	640463086	注射用カタクロット40mg
	640463049	キサンボン注射液40mg
	620002254	注射用オザグレルナトリウム40mg「F」
	621484501	オザグレルNa注射用40mg「SW」
	640470007	オキリコン注シリンジ20mg
	621519104	オザグレルNa点滴静注20mgシリンジ「武田テバ」
	640470008	オキリコン注シリンジ40mg
	621519204	オザグレルNa点滴静注40mgシリンジ「武田テバ」
	640470009	オキリコン注シリンジ80mg
	621519304	オザグレルNa点滴静注80mgシリンジ「武田テバ」
	620008180	オザグレルNa注射液80mgシリンジ「サワイ」
	621645502	オザグレルNa注80mgシリンジ「IP」
	620005647	オザグレルNa注射液80mgバッグ「サワイ」
	622082501	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「DK」
	622093801	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「タカタ」
	622263401	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「テルモ」
	621660005	オザグレルNa点滴静注80mg/200mLバッグ「FY」
	620008178	オザグレルNa注射液20mgシリンジ「サワイ」
	620008179	オザグレルNa注射液40mgシリンジ「サワイ」
	622462201	オザグレルNa点滴静注80mg/100mLバッグ「IP」
	621643701	オザグレルNa点滴静注80mg「タカタ」
	620002925	カタクロット注射液20mg
	620002933	キサンボンS注射液20mg
	620002926	カタクロット注射液40mg
	620002934	キサンボンS注射液40mg
	621808401	オザグレルNa点滴静注20mg「タカタ」
	621808501	オザグレルNa点滴静注40mg「タカタ」
A 6 専門的な治療・処置 (㉒) ドレナージの管理)	140032310	ドレージ法(ドレナージ)(持続的吸引)
	140032410	ドレージ法(ドレナージ)(その他)
	140051810	局所陰圧閉鎖処置(入院)(100cm2未満)
	140051910	局所陰圧閉鎖処置(入院)(100cm2以上)
	140052010	局所陰圧閉鎖処置(入院)(200cm2以上)
	140052170	初回加算(局所陰圧閉鎖処置)(入院)(100cm2未満)
	140052270	初回加算(局所陰圧閉鎖処置)(入院)(100cm2以上)
	140052370	初回加算(局所陰圧閉鎖処置)(入院)(200cm2以上)

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	140004110	持続的胸腔ドレナージ
	140004310	胃持続ドレナージ
	140004510	持続的腹腔ドレナージ
	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法
A 6 専門的な治療・処置 (⑩ 無菌治療室での治療)	190106570	無菌治療室管理加算 1
	190146510	無菌治療室管理加算 2
A 7 緊急に入院を必要とする状態	190171910	救急医療管理加算 1
	190172010	救急医療管理加算 2
	190237950	救急医療管理加算 (診療報酬上臨時的取扱)
	190238050	救急医療管理加算 (診療報酬上臨時的取扱・呼吸不全管理)
	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料
C 16 開頭手術 (13日間)	150067010	頭蓋開溝術
	150067210	試験開頭術
	150335610	減圧開頭術 (キアリ奇形、脊髄空洞症)
	150067410	減圧開頭術 (その他)
	150397510	後頭蓋蓋減圧術
	150067510	脳膿瘍排膿術
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
	150068010	機能的定位脳手術 (片側)
	150314910	機能的定位脳手術 (両側)
	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術 (焦点切除術)
	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術 (側頭葉切除術)
	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術 (脳梁離断術)
	150068310	脳切除術 (開頭)
	150068910	脳神経手術 (開頭)
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術
	150069410	頭蓋骨膜下血腫摘出術
	150069510	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜外)
	150069610	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜下)
	150069710	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (脳内)
	150069850	脳血管塞栓摘出術
	150069950	脳血管血栓摘出術
	150070010	脳内異物摘出術
	150070110	脳膿瘍全摘術
	150070210	頭蓋内腫瘍摘出術
	150070310	脳切除術
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術 (松果体部腫瘍)
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術 (その他)
	150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
	150412010	脳動静脈奇形摘出術 (単純)
	150412110	脳動静脈奇形摘出術 (複雑)
	150071310	脳・脳膜脱手術
	150243410	脳動脈瘤被包術 (1箇所)
	150243510	脳動脈瘤被包術 (2箇所以上)
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭) (1箇所)
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭) (2箇所以上)
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング (1箇所)
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング (2箇所以上)
	150344370	ローフローバイパス術併用加算
	150397670	ハイフローバイパス術併用加算
	150072010	髄液漏閉鎖術
	150072210	頭蓋骨形成手術 (硬膜形成を伴う)
	150335810	頭蓋骨形成手術 (骨移動を伴う)
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
	150067850	耳科的硬膜外膿瘍切開術
	150068410	延髄における脊髄視床路切離術
	150068510	三叉神経節後線維切離術
	150068610	視神経管開放術
	150068710	顔面神経減圧手術 (乳様突起経由)
	150068850	顔面神経管開放術
	150150310	動脈形成術、吻合術 (頭蓋内動脈)
	150299250	脳新生血管造成術
	150152510	血管移植術、バイパス移植術 (頭、頸部動脈)
C 17 開胸手術 (12日間)	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術 (胸壁形成手術を併施)
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術 (その他)
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術 (胸壁形成手術を併施)
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術 (その他)
	150124410	胸壁瘻手術
	150124510	漏斗胸手術 (胸骨牽上法)
	150124610	漏斗胸手術 (胸骨翻転法)
	150124710	試験開胸術
	150127350	試験的開胸開腹術
	150125910	胸腔内 (胸膜内) 血腫除去術
	150126610	膿瘍胸膜、胸膜肺切除術 (1肺葉に相当する範囲以内)
	150126710	膿瘍胸膜、胸膜肺切除術 (1肺葉に相当する範囲を超える)
	150316810	胸膜外肺剥皮術 (1肺葉に相当する範囲以内)
	150316910	胸膜外肺剥皮術 (1肺葉に相当する範囲を超える)
	150127210	膿瘍胸腔有蓋肉弁充填術
	150357110	膿瘍胸腔有蓋肉弁充填術
	150127510	胸郭形成手術 (膿胸手術) (肋骨切除を主とする)
	150127610	胸郭形成手術 (膿胸手術) (胸膜肺切除を併施する)
	150127810	胸郭形成手術 (肺切除後遺腔を含む)
	150128210	乳糜胸手術
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術
	150128310	縦隔腫瘍、胸膜摘出術
	150292710	縦隔切開術 (経胸腔)
	150294710	縦隔切開術 (経腹)
	150374110	拡大胸膜摘出術
	150128510	縦隔郭清術
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術 (単純摘出)
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術 (広汎摘出)
	150129010	肺膿瘍切開排膿術
	150129310	気管支異物除去術 (開胸手術)
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術
	150129710	肺切除術 (楔状部分切除)
	150129810	肺切除術 (区域切除 (1肺葉に満たない))
	150129910	肺切除術 (肺葉切除)
	150130010	肺切除術 (複合切除 (1肺葉を超える))
	150130110	肺切除術 (1側肺全摘)
	150317110	肺切除術 (気管支形成を伴う肺切除)
	150357810	肺悪性腫瘍手術 (部分切除)
	150357910	肺悪性腫瘍手術 (区域切除)
	150358010	肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は1肺葉を超える)
	150358110	肺悪性腫瘍手術 (肺全摘)
	150358210	肺悪性腫瘍手術 (隣接臓器合併切除を伴う肺切除)
	150358310	肺悪性腫瘍手術 (気管支形成を伴う肺切除)
	150358410	肺悪性腫瘍手術 (気管支部分切除を伴う肺切除)
	150358510	肺悪性腫瘍手術 (気管支部分再建を伴う肺切除)
	150374510	肺悪性腫瘍手術 (胸膜肺全摘)
	150386610	肺悪性腫瘍手術 (壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う)
	150317510	同種死体肺移植術
	150399270	両側肺移植加算 (生体部分肺移植術)
	150336510	移植用部分肺採取術 (生体)
	150336610	生体部分肺移植術
	150336710	生体部分肺移植術 (提供者の療養上の費用) 加算
	150131210	肺剥皮術
	150131310	気管支瘻閉鎖術
	150131610	肺縮小術
	150131710	気管支形成手術 (楔状切除術)
	150131810	気管支形成手術 (輪状切除術)
	150253410	先天性気管狭窄症手術
	150132210	食道縫合術 (穿孔、損傷) (開胸手術)
	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術 (開胸手術)
	150132510	食道周囲膿瘍切開誘導術 (胸骨切開)
	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術 (その他 (頸部手術を含む))
	150346310	食道空置バイパス作成術
	150133110	食道異物摘出術 (開胸手術)
	150133710	食道憩室切除術 (開胸)
	150133810	食道切除再建術 (頸部、胸部、腹部の操作)
	150133910	食道切除再建術 (胸部、腹部の操作)
	150253610	食道腫瘍摘出術 (開胸又は開腹手術)
	150134110	食道悪性腫瘍手術 (単に切除のみ) (頸部食道)
	150134210	食道悪性腫瘍手術 (単に切除のみ) (胸部食道)
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頭部、胸部、腹部の操作）
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
	150136610	横隔膜縫合術（経胸）
	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）
	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）
	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150138210	心膜縫合術
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
	150138410	心膜切開術
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
	150138710	収縮性心膜炎手術
	150140510	試験開心術
	150140610	心腔内異物除去術
	150140710	心房内血栓除去術
	150140810	心臓摘出術（単独）
	150318010	心腔内粘液腫摘出術（単独）
	150317810	心臓摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150317910	心臓摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））
	150140010	開胸心臓マッサージ
	150145710	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（1箇所）
	150145810	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（2箇所以上）
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）
	150302770	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）併施加算
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（1吻合）
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（2吻合以上）
	150143010	心室瘻切除術（単独）
	150143110	心室瘻切除術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318610	心室瘻切除術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150318710	左室形成術（単独）
	150319010	心室中隔穿孔閉鎖術（単独）
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319110	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319210	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150141010	弁形成術（1弁）
	150279510	弁形成術（2弁）
	150279610	弁形成術（3弁）
	150141410	弁置換術（1弁）
	150141610	弁置換術（2弁）
	150141710	弁置換術（3弁）
	150359470	心臓弁置換術加算（弁置換術）
	150387210	経カテーテル大動脈弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術
	150143710	大動脈弁上狭窄手術
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む）
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	150375570	心臓弁置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（1弁）
	150375670	心臓弁置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（2弁）
	150375770	心臓弁置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（3弁）
	150319610	D K S吻合を伴う大動脈狭窄症手術
	150292910	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）
	150150010	大動脈瘤切除術（弓部）
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）
	150264810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）
	150375870	心臓弁置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（1弁）
	150375970	心臓弁置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（2弁）
	150376070	心臓弁置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（3弁）
	150381550	オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）
	150381650	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）
	150381750	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）
	150381850	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）
	150381950	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）
	150382050	オープン型ステントグラフト内挿術（下行）
	150151810	動脈管閉存症手術（動脈管閉存閉鎖術（直視下））
	150139110	肺動脈絞扼術
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（フロロック手術、ウォーターストン手術）
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）
	150320310	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウォール氏病手術）
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150145110	肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）
	150144910	肺静脈形成術
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）
	150142050	三心房心手術
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）
	150144010	バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）
	150320710	バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）
	150144550	右室二腔症手術
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）
	150146910	両大血管右室起始症手術（単独）
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシヒ・ピング奇形手術）
	150142510	大血管転位症手術（マスタートド・セニング手術）
	150145310	大血管転位症手術（ジャテーン手術）
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150321510	修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）
	150147310	総動脈幹症手術
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）
	150145510	冠動脈瘻閉鎖術
	150145410	冠動脈起始異常症手術
	150322010	心室憩室切除術
	150322110	心臓脱手術
	150144310	肺動脈血栓除去術
	150346610	肺動脈血栓内膜摘除術
	150144810	肺静脈血栓除去術
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）
	150253910	不整脈手術（心室顫拍症手術）
	150275610	不整脈手術（メイズ手術）
	150322310	移植用心臓取術
	150322410	同種心臓移植術
	150322510	移植用心臓採取術
	150322610	同種心臓移植術
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
	150175810	肝膿瘍切開術（開胸）
	150107210	気管異物除去術（開胸手術）
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）
	150287750	肺縫縮術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）
	150147610	人工心臓（初日）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）
	150149010	動脈血栓除去術（開胸を伴う）
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
	150154610	胸管内頸静脈吻合術
	150400510	肺静脈隔離術
C 18 開腹手術（7日間）	150158010	腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）
	150158410	腹壁瘻痕ヘルニア手術
	150158510	半月状線ヘルニア手術
	150158610	白線ヘルニア手術
	150158810	臍ヘルニア手術
	150158910	臍帯ヘルニア手術
	150159010	鼠径ヘルニア手術
	150159110	大腿ヘルニア手術
	150159210	腰ヘルニア手術
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術
	150251110	坐骨ヘルニア手術
	150251210	会陰ヘルニア手術
	150159410	内ヘルニア手術
	150160010	試験開腹術
	150347410	ダメージコントロール手術
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（横隔膜下膿瘍）
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）
	150160610	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
	150160950	結核性腹膜炎手術
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）
	150161410	大網切除術
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）
	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術
	150162610	腸腸管瘻手術（腸管切除を伴わない）
	150162710	腸腸管瘻手術（腸管切除を伴う）
	150245310	骨盤内臓全摘術
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）
	150163010	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）
	150163110	胃切開術
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150164110	胃捻転症手術
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ホリーブ切除術（開腹）
	150323210	胃局所切除術
	150165210	胃切除術（単純切除術）
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150347770	右茎腸管移植加算
	150165650	十二指腸窓（内方）憩室摘出術
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150165910	胃縮小術
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術
	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
	150171510	十二指腸空腸吻合術
	150171810	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）
	150171910	噴門形成術
	150172010	胃横断術（静脈瘤手術）
	150172110	胆管切開術
	150172210	胆嚢切開結石摘出術
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）
	150172410	胆嚢摘出術
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
	150173210	総胆管拡張症手術
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除を伴う）
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150174110	胆管悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術
	150174110	胆嚢外瘻造設術
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術
	150175610	肝縫合術
	150175710	肝膿瘍切開術（開腹）
	150175910	肝膿瘍切開又は縫縮術
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
	150176210	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150362710	肝切除術（亜区域切除）
	150362810	肝切除術（外側区域切除）
	150362910	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150363010	肝切除術（2区域切除）
	150363110	肝切除術（3区域切除以上）
	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）
	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
	150284410	移植用部分肝採取術（生体）
	150284810	生体部分肝移植術
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150324410	同種死体肝移植術
	150348210	急性肝炎手術（感染性壊死部切除を伴う）
	150277310	急性肝炎手術（その他）
	150177810	膽結石手術（腔切開）
	150177910	膽結石手術（経十二指腸乳頭）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150348310	膝中央切除術
	150389110	膝腫瘍摘出術
	150296810	膝破裂縫合術
	150178110	膝体尾部腫瘍切除術（膝尾部切除術）（脾同時切除）
	150348410	膝体尾部腫瘍切除術（膝尾部切除術）（脾温存）
	150178210	膝体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150277410	膝体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150277510	膝体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178410	膝頭部腫瘍切除術（膝頭十二指腸切除術）
	150296910	膝頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150297010	膝頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膝頭切除術）
	150297110	膝頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150297210	膝頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178710	膝全摘術
	150409950	膝嚢胞胃（腸）バイパス術（内視鏡）
	150418910	膝嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）
	150179110	膝管空腸吻合術
	150179310	膝嚢胞外瘻造設術（開腹）
	150179410	膝管外瘻造設術
	150179550	膝管誘導手術
	150179610	膝瘻閉鎖術
	150324610	同種死体腎移植術
	150324810	同種死体腎移植術
	150179710	脾縫合術（部分切除を含む）
	150179810	脾摘出術
	150180010	破裂腸管縫合術
	150180110	腸切開術
	150180210	腸管癒着症手術
	150181110	腸重積症整復術（観血的）
	150181210	小腸切除術（その他）
	150297310	小腸切除術（複雑）
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150181710	結腸切除術（小範囲切除）
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150363810	全結腸・直腸切除術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150297410	結腸憩室摘出術
	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）
	150184110	腸吻合術
	150184310	腸瘻造設術
	150184410	虫垂瘻造設術
	150184510	人工肛門造設術
	150184610	腹壁外腸管前置術
	150184710	腸狭窄部切開縫合術
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）
	150185810	盲腸縫縮術
	150185910	腸回転異常症手術
	150186010	先天性巨大結腸症手術
	150402310	腸管延長術
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）
	150186710	直腸異物除去術（開腹）
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）
	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）
	150420610	直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）
	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
	150187510	直腸狭窄形成手術
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）
	150187910	直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））
	150264010	肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）
	150191610	鎖肛手術（腹会陰式）
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））
	150192810	副腎悪性腫瘍手術
	150193010	腎破裂縫合術
	150193150	腎破裂手術
	150193210	腎周囲膿瘍切開術
	150193410	腎切半術
	150193510	癒合腎離断術
	150193610	腎被膜剝離術（除神経術を含む）
	150193710	腎固定術
	150193810	腎切石術
	150194410	腎盂切石術
	150194610	腎部分切除術
	150194810	腎嚢胞切除縮小術
	150195010	腎摘出術
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）
	150196110	腎盂形成手術
	150196210	移植用腎採取術（生体）
	150196310	同種死体腎移植術
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）
	150338610	生体腎移植術
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150196810	尿管切石術（上部及び中部）
	150196910	尿管切石術（膀胱近接部）
	150197110	残存尿管摘出術
	150248950	尿管剝離術
	150197210	尿管膀胱吻合術
	150197310	尿管尿管吻合術
	150197410	尿管腸吻合術
	150197510	尿管腸膀胱吻合術
	150197810	尿管皮膚瘻造設術
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）
	150198110	尿管瘻閉鎖術
	150198310	尿管口形成手術
	150198410	膀胱破裂閉鎖術
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）
	150199210	膀胱壁切除術
	150199310	膀胱憩室切除術
	150199510	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）
	150245810	膀胱腫瘍摘出術
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）
	150162150	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴わない）
	150162250	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴う）
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管S状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
	150201010	尿管摘出術
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術
	150404010	導尿管造設術
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術
	150201610	膀胱瘻閉鎖術
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術
	150201950	膀胱尿管逆流手術
	150202010	ポアリー氏手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150202110	腸管利用膀胱拡大術
	150264310	回腸（結腸）導管造設術
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術）
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）
	150206010	尿失禁手術（恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの）
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術
	150214810	子宮位置矯正術（アレキサンダー手術）
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）
	150215010	子宮位置矯正術（癒着剥離矯正術）
	150215410	子宮脱手術（陰壁形成手術及び子宮全摘術）（腔式、腹式）
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）
	150217410	子宮膣上部切開術
	150217510	子宮全摘術
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）
	150217610	広靱帯内腫瘍摘出術
	150217710	子宮悪性腫瘍手術
	150218210	腹壁子宮瘻手術
	150219410	子宮付属器癒着剥離術（両側）（開腹）
	150219710	卵巣部分切除術（腔式を含む）（開腹）
	150219850	卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（開腹）
	150219650	卵管口切開術（開腹）
	150220010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
	150409410	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）
	150421910	子宮付属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
	150220250	卵管腫瘍全摘除術（両側）（開腹）
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
	150220710	子宮付属器悪性腫瘍手術（両側）
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
	150222910	子宮破裂手術（子宮膣上部切開を行う）
	150223010	子宮破裂手術（その他）
	150223110	妊娠子宮摘出術（ボロー手術）
	150223310	子宮内反症修復手術（腹式）（観血的）
	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
	150271050	胸壁外皮膚管形成吻合術（腹部操作）
	150267550	胸壁外皮膚管形成吻合術（バイパスのみ作成）
	150374610	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
	150328650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）
	150135510	食道アカシヤ形成手術
	150135710	食道切除後2次的再建術（皮弁形成）
	150135810	食道切除後2次的再建術（消化管利用）
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150137810	後胸骨ヘルニア手術
	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）
	150148910	動脈血栓除去術（開腹を伴う）
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）
	150156910	リンパ節群部清術（後腹膜）
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施
	150180350	腸閉塞症手術（腸癒着症手術）
	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症修復術）（観血的）
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）
	150401710	生体部分小腸移植術
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）
	150208810	前立腺腫瘍切開術
	150209010	前立腺被膜下摘出術
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
	150326910	腔断端挙上術（腔式、腹式）
	150218310	重複子宮手術
	150218410	双角子宮手術
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
	150349310	性腺摘出術（開腹）
	150019410	骨折観血的手術（下腿）
	150019610	骨折観血的手術（膝蓋骨）
	150019810	骨折観血的手術（足）
	150352210	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
	150352410	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
	150352610	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨）
	150021610	骨部分切除術（大腿）
	150021810	骨部分切除術（下腿）
	150021910	骨部分切除術（鎖骨）
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
	150022210	骨部分切除術（足）
	150022510	腐骨摘出術（肩甲骨）
	150022610	腐骨摘出術（上腕）
	150022710	腐骨摘出術（大腿）
	150022810	腐骨摘出術（前腕）
	150022910	腐骨摘出術（下腿）
	150023010	腐骨摘出術（鎖骨）
	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨）
	150023410	骨全摘術（肩甲骨）
	150023510	骨全摘術（上腕）
	150023610	骨全摘術（大腿）
	150023710	骨全摘術（前腕）
	150023810	骨全摘術（下腿）
	150023910	骨全摘術（鎖骨）
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨）
	150024110	骨全摘術（手）
	150024210	骨全摘術（足その他）
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨）
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕）
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕）
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨）
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨）
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨）
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕）
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕）
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨）
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨）
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手）
	150027310	骨悪性腫瘍手術（足その他）
	150027510	骨切り術（肩甲骨）
	150027610	骨切り術（上腕）
	150027710	骨切り術（大腿）
	150027810	骨切り術（前腕）
	150027910	骨切り術（下腿）
C 19 骨の手術（11日間）		

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150028010	骨切り術（鎖骨）
	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
	150028210	骨切り術（手）
	150028310	骨切り術（足）
	150289710	骨切り術（その他）
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
	150028610	偽関節手術（肩甲骨）
	150028710	偽関節手術（上腕）
	150028810	偽関節手術（大腿）
	150028910	偽関節手術（前腕）
	150029010	偽関節手術（下腿）
	150309010	偽関節手術（手舟状骨）
	150029110	偽関節手術（鎖骨）
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
	150029310	偽関節手術（手（舟状骨を除く））
	150029410	偽関節手術（足）
	150289810	偽関節手術（その他）
	150029810	変形治療骨折矯正手術（大腿）
	150030010	変形治療骨折矯正手術（下腿）
	150030210	変形治療骨折矯正手術（膝蓋骨）
	150030410	変形治療骨折矯正手術（足）
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）
	150031610	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）
	150353110	関節鏡下自家軟骨移植術
	150041710	関節切除術（肩）
	150041810	関節切除術（股）
	150041910	関節切除術（膝）
	150042010	関節切除術（胸鎖）
	150042110	関節切除術（肘）
	150042310	関節切除術（足）
	150042410	関節切除術（肩鎖）
	150042710	関節内骨折観血の手術（股）
	150042810	関節内骨折観血の手術（膝）
	150043210	関節内骨折観血の手術（足）
	150048210	関節形成手術（肩）
	150048310	関節形成手術（股）
	150048410	関節形成手術（膝）
	150048510	関節形成手術（胸鎖）
	150048610	関節形成手術（肘）
	150048710	関節形成手術（手）
	150048810	関節形成手術（足）
	150048910	関節形成手術（肩鎖）
	150049410	人工骨頭挿入術（肩）
	150049510	人工骨頭挿入術（股）
	150049810	人工骨頭挿入術（肘）
	150049910	人工骨頭挿入術（手）
	150050010	人工骨頭挿入術（足）
	150050210	人工骨頭挿入術（指）
	150050310	人工関節置換術（肩）
	150050410	人工関節置換術（股）
	150050510	人工関節置換術（膝）
	150050610	人工関節置換術（胸鎖）
	150050710	人工関節置換術（肘）
	150050810	人工関節置換術（手）
	150050910	人工関節置換術（足）
	150051010	人工関節置換術（肩鎖）
	150051110	人工関節置換術（指）
	150300210	人工関節除去術（肩）
	150300310	人工関節除去術（股）
	150300410	人工関節除去術（膝）
	150300510	人工関節除去術（胸鎖）
	150300610	人工関節除去術（肘）
	150300710	人工関節除去術（手）
	150300810	人工関節除去術（足）
	150300910	人工関節除去術（肩鎖）
	150301010	人工関節除去術（指）
	150255910	人工関節再置換術（肩）
	150256010	人工関節再置換術（股）
	150256110	人工関節再置換術（膝）
	150256210	人工関節再置換術（胸鎖）
	150256310	人工関節再置換術（肘）
	150256410	人工関節再置換術（手）
	150256510	人工関節再置換術（足）
	150256610	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256710	人工関節再置換術（指）
	150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
	150051310	四肢切断術（上腕）
	150051410	四肢切断術（前腕）
	150051510	四肢切断術（手）
	150051610	四肢切断術（大腿）
	150051710	四肢切断術（下腿）
	150051810	四肢切断術（足）
	150052110	四肢関節離断術（肩）
	150052210	四肢関節離断術（股）
	150052310	四肢関節離断術（膝）
	150052410	四肢関節離断術（肘）
	150052510	四肢関節離断術（手）
	150052610	四肢関節離断術（足）
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他）
	150053910	切断四肢再接合術（四肢）
	150059310	脊椎骨揺爬術
	150059410	骨盤骨揺爬術
	150059810	脊椎、骨盤脱臼観血の手術
	150060210	仙腸関節脱臼観血の手術
	150060310	恥骨結合離開観血の手術
	150060810	腸骨翼骨折観血の手術
	150384510	寛骨臼骨折観血の手術
	150060910	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血の手術を除く）
	150314210	内視鏡下椎弓切除術
	150063710	脊椎腫瘍切除術
	150063810	骨盤腫瘍切除術
	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
	150064210	骨盤切断術
	150064610	脊椎骨切り術
	150064710	骨盤骨切り術
	150064810	白蓋形成手術
	150314510	寛骨臼移動術
	150354910	脊椎制動術
	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算（前方椎体固定）
	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算（後方又は後側方固定）
	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算（後方椎体固定）
	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算（前方後方同時固定）
	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓切除）
	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓形成）
	150282750	脊椎側彎症手術（固定術）
	150343910	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）
	150344010	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）
	150344110	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）
	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
	150397210	内視鏡下椎弓形成術
	150397310	歯突起骨折再接合術
	150397410	腰椎分離部修復術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150066110	仙腸関節固定術
	150095010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術
	150095210	中耳悪性腫瘍手術（切除）
	150095310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）
	150096210	アブミ骨摘出術
	150096350	アブミ骨可動化手術
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150111510	頬粘膜悪性腫瘍手術
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径3cm未満）
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径3cm以上）
	150115610	下顎骨部分切除術
	150115710	下顎骨離断術
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）
	150116110	上顎骨切除術
	150116210	上顎骨全摘術
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	150123610	胸骨切除術
	150019210	骨折観血的手術（大腿）
	310006710	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	310008010	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	310036610	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含むもの）
	310008410	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他のもの）
	310008310	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	310007910	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	310034710	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（非生体）（特殊なもの）
	310008210	下顎骨離断術
	310012610	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（生体）
	310007110	頬粘膜悪性腫瘍手術
	310008110	下顎骨部分切除術
	310034810	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植）（非生体）（その他の場合）
	310012510	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）（困難なもの）
	310008610	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）（長径3センチメートル以上）
	310007710	上顎骨切除術
	310008510	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）（長径3センチメートル未満）
	310007810	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）
	310012410	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）（簡単なもの）
C 20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（5日間）	150356910	胸腔鏡下試験開胸術
	150357010	胸腔鏡下試験切除術
	150292410	胸腔鏡下縦膈胸膜又は胸膜肺根切除術
	150317010	胸腔鏡下縦膈胸膜切開術
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）
	150357310	胸腔鏡下縦膈切開術
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150374310	胸腔鏡下縦膈悪性腫瘍手術
	150405910	胸腔鏡下縦膈悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉超）
	150270750	胸腔鏡下良性縦膈腫瘍手術
	150406010	胸腔鏡下良性縦膈腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術
	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用）
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150399510	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）
	150387070	右茅腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）
	150399610	縦膈鏡下食道悪性腫瘍手術
	150414810	縦膈鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150296310	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術
	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）
	150359110	腹腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横膈膜縫合術
	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術
	150359210	腹腔鏡下心臓閉塞術
	150399710	腹腔鏡下弁形成術（1弁）
	150406410	腹腔鏡下弁形成術（1弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399810	腹腔鏡下弁形成術（2弁）
	150406510	腹腔鏡下弁形成術（2弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399910	腹腔鏡下弁置換術（1弁）
	150400010	腹腔鏡下弁置換術（2弁）
	150376110	腹腔鏡下動脈管閉鎖術
	150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
	150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）
	150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
	150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
	150361210	腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁癒着ヘルニア）
	150361310	腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）
	150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）
	150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術（膈ヘルニア）
	150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）
	150263610	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
	150361410	腹腔鏡下試験開腹術
	150361510	腹腔鏡下試験切除術
	150361710	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
	150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
	150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
	150271650	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術
	150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）
	150401510	腹腔鏡下腎腫瘍摘出術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150389210	腹腔鏡下脛体尾部腫瘍切除術（腫同時切除）
	150418310	腹腔鏡下脛体尾部腫瘍切除術（腫同時切除）（通則18）
	150389310	腹腔鏡下脛体尾部腫瘍切除術（腫温存）
	150418410	腹腔鏡下脛体尾部腫瘍切除術（腫温存）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	150364010	腹腔鏡下腸癒、虫垂瘻造設術
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除糞肛門吻合術
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術
	150420510	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のもの）
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	150378910	腹腔鏡下副腎腫瘍腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
	150325810	腹腔鏡下腎囊摘出術
	150364810	腹腔鏡下腎囊摘出術
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150389910	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術
	150379310	腹腔鏡下膀胱摘出術
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則18）
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用し尿路変更あり・通則18）
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則18）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用し尿路変更あり）
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150379510	腹腔鏡下尿管摘出術
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
	150390410	腹腔鏡下仙骨固定術
	150421210	腹腔鏡下仙骨固定術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	150366010	腹腔鏡下子宮膣上部切断術
	150272250	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
	150327210	腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣摘出術
	150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）
	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
	150418510	腹腔鏡下膝頭部腫瘍切除術（膝頭十二指腸切除術）
	150418610	腹腔鏡下膝頭部腫瘍切除術（膝頭十二指腸切除術）（通則18）
	150418710	腹腔鏡下膝頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢等併発腫瘍切除術）
	150418810	腹腔鏡下膝頭部腫瘍切除術（リンパ節等併発腫瘍切除術）（通則18）
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
	150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術
	150264610	子宮付属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）
	150264710	卵巣部分切除術（腔式を含む）（腹腔鏡）
	150267650	卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（腹腔鏡）
	150270010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）
	150409510	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）
	150422010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150268250	子宮卵管留置手術（両側）（腹腔鏡）
	150268150	卵管腫瘍全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150268050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）
	150365810	腹腔鏡下造脛術
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）
	150326410	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
	150264910	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）
C 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	150232910	脊椎麻酔
	150332510	閉鎖循環式全身麻酔1（麻酔困難な患者）
	150332610	閉鎖循環式全身麻酔1
	150332710	閉鎖循環式全身麻酔2（麻酔困難な患者）
	150332810	閉鎖循環式全身麻酔2
	150332910	閉鎖循環式全身麻酔3（麻酔困難な患者）
	150333010	閉鎖循環式全身麻酔3
	150333110	閉鎖循環式全身麻酔4（麻酔困難な患者）
	150333210	閉鎖循環式全身麻酔4
	150328210	閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）
	150233410	閉鎖循環式全身麻酔5
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頸・胸部）
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）
	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）
	150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的な心臓手術）
	150350670	臓器移植術加算
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）
	150391170	非侵襲的血管動態モニタリング加算
C 22 救命等に係る内科的治療（5日間）(①経皮的血管内治療)	190126810	超急性期脳卒中加算
	150254910	脳血管内手術（1箇所）
	150344410	脳血管内手術（2箇所以上）
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）
	150273510	経皮的脳血管形成術
	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）
	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭部脳血管）（内頸、椎骨動脈）
	150372510	経皮的脳血栓回収術
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術
	150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）
	150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）
	150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）
	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術
	150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）
	150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）
	150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）
	150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）
	150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）
	160107550	冠動脈内血栓溶解療法
	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術
	150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）
	150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）
	150301410	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）
	150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）
	150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）
	150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 22 救命等に係る内科的治療（5日間）（②経皮的心筋焼灼術等の治療）	150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）
	150387310	経カテーテル大動脈弁置換術（経皮的動脈弁置換術）
	150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）
	150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）
	150346870	三次元カラーマッピング加算
	150370050	磁気ナビゲーション加算
	150303310	経皮的中隔心筋焼灼術
	150267310	体外ペースメーカーキック術
	150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150141510	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）
	150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）
	150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）
	150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）
	150347210	経皮的大動脈遮断術
	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）
	150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）
	150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）
150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	
150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴う）	
150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）	
150175310	内視鏡的胆道拡張術	
150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）	
150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴う）	
150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）	
150254410	内視鏡的胆道ステント留置術	
150363610	内視鏡的膵管ステント留置術	
150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	
150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	
150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	
150164850	内視鏡的消化管止血術	
150341450	内視鏡的乳頭拡張術	
150098010	経皮的針生検法	
160219410	経皮的腎生検法	
160188210	EUS-FNA	
160093150	経膈鏡検査	
160095010	腹腔鏡検査	
160093010	胸腔鏡検査	
160092110	関節鏡検査（片）	
160160830	関節鏡検査（両）	
160064510	心カテ（右心）	
160064610	心カテ（左心）	
C 24 別に定める手術（6日間）	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（複雑）（骨性閉鎖）
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎盂造設術を含む）
	150345710	下顎関節突起骨折観血の手術（両側）
	150326710	腔壁裂創縫合術（分娩時を除く）（直腸裂傷を伴う）
	150394850	人工中耳植込術
	150109710	縦隔気管口形成手術
	150262410	顎関節授動術（開放授動術）
	150108810	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）
	150047110	観血的関節固定術（股）
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術
	150093910	上鼓室乳突洞開放術
	150285910	造脛術（脛断端挙上）
	150149410	動脈血栓内摘出術（大動脈に及ぶ）
	150020450	象皮病根治手術（下腿）
	150114910	顎関節脱臼観血の手術
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術
	150104610	上咽頭悪性腫瘍手術
	150116810	上顎骨形成術（複雑な場合及び2次の再建の場合）
	150072610	減圧脊髄切開術
	150046210	観血的関節制動術（股）
	150047010	観血的関節固定術（肩）
	150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）
	150268710	下顎骨形成術（再建）
	150344910	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）
	150070810	経耳的聴神経腫瘍摘出術
	150274310	短骨変形治癒骨折矯正術
	150344250	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用）
	150326310	膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術
	150156710	リンパ節群摘出術（胸骨旁）
	150133610	食道憩室切除術（頸部手術）
	150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
	150020350	象皮病根治手術（大腿）
	150058210	母指化手術
	150119910	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
	150314310	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）
	150058110	裂足手術
	150290910	デュブイトレン拘縮手術（4指以上）
	150353610	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肘）
	150047210	観血的関節固定術（膝）
	150036110	先天性股関節脱臼観血の整復術
	150277910	仙尾部奇形腫手術
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）
	150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150268610	下顎骨形成術（伸長）
	150114450	鼻咽腔閉鎖術
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150108710	喉頭狭窄症手術（前方開大術）
	150058010	裂手手術
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）
	150095910	中耳根治手術
	150102510	経上顎洞的翼突管神経切除術
	150292110	経上顎洞的頸動脈結紮術
	150386210	内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150211110	女子外性悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））
	150072950	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術
	150109010	気管狭窄症手術
	150315210	神経交差縫合術（その他）
	150345610	下顎関節突起骨折観血の手術（片側）
	150072510	脊髄硬膜切開術
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術
	150392050	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150352110	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕）
	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
	150073410	脊髄血管腫摘出術
	150206810	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）
	150213210	腔壁悪性腫瘍手術
	150274410	下顎骨折観血の手術（両側）
	150045310	観血的関節授動術（股）
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）
	150373110	網膜再建術
	150387610	経静脈電極除去術（レーザーシースを用いない）
	150404110	膀胱腸癒閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150029710	変形治癒骨折矯正手術（上腕）
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150246910	後部尿道形成手術
	150096610	内リンパ嚢開放術
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）
	150011510	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩）
	150055410	足三関節固定（ランブリヌディ）手術
	150011710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（前腕）
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	150113110	口唇悪性腫瘍手術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150120610	頸部悪性腫瘍手術
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）
	150404510	腔腸癒閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150404610	腔腸癒閉鎖術（その他のもの）
	150346410	経皮の大動脈形成術
	150045710	観血的関節授動術（手）
	150345410	嚥下機能手術（喉頭全摘術）
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	150355510	迷走神経刺激装置植込術
	150295410	眼窩骨折整復術
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頭部）
	150011610	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）
	150047910	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150204950	陰茎形成術
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150011910	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	150315310	重症痲痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術
	150262610	頸部郭清術（両）
	150064410	脊椎拔除手術（神経処置を伴う）
	150255110	脳刺激装置植込術（片側）
	150348610	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝）
	150206710	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）
	150045810	観血的関節授動術（足）
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）
	150353210	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩）
	150117810	顎下腺悪性腫瘍手術
	150313310	関節鏡下靭帯断裂縫合術（十字靭帯）
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術5型（拡大副鼻腔手術）
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術
	150116710	上顎骨形成術（単純な場合）
	150211010	女子外性器悪性腫瘍手術（切除）
	150076010	神経移植術
	150316710	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（二次的）
	150334010	全層植皮術（200cm ² 以上）
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150268510	下顎骨形成術（短縮）
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術
	150119810	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋肉移植）
	150322810	リンパ節群郭清術（骨盤）
	150049250	内反足手術
	150115210	顔面多発骨折観血的手術
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））
	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
	150387510	経静脈電極除去術（レーザーシースを用いる）
	150274210	鼻骨変形治療骨折矯正術
	150046310	観血的関節授動術（膝）
	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）
	150054010	切断四肢再接合術（指）
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩）
	150364910	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	150255010	内耳窓閉鎖術
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（髄内）
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股）
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	150315010	脳刺激装置植込術（両側）
	150052850	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩）
	150109310	喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）
	150029910	変形治療骨折矯正手術（前腕）
	150156410	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）
	150384410	関節鏡下股関節唇形成術
	150345310	嚥下機能手術（喉頭気管分離術）
	150046110	観血的関節授動術（肩）
	150354110	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靭帯）
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）
	150301610	水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150316610	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	150045610	観血的関節授動術（肘）
	150260050	経皮の大動脈弁拡張術
	150045410	観血的関節授動術（膝）
	150062910	黄色靭帯骨化症手術
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）
	150308710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（軀幹）
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）
	150052950	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（股）
	150204810	尿道下裂形成手術
	150011810	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
	150372210	定位脳腫瘍生検術
	150384210	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）
	150333910	全層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）
	150353410	関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）
	150266510	人工内耳植込術
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術
	150243210	体外式脊椎固定術
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	150008010	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（100cm ² 以上）
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150149510	動脈血拴内膜摘出術（その他）
	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内腫瘍）
	150372310	内視鏡下脳内血腫除去術
	150009010	筋（皮）弁術
	150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）
	150053050	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝）
	150354310	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）
	150042610	関節内骨折観血的手術（肩）
	150045210	観血的関節授動術（肩）
	150285610	尿失禁手術（その他）
	150119310	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術
	150120410	頸部郭清術（片）
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）
	150346510	経皮的肺動脈形成術
	150194010	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎鏡造設術を含む）
	150008810	動脈（皮）弁術
	150006710	分層植皮術（200cm ² 以上）
	150086210	角膜移植術
	150384310	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わない）
	150322710	動脈血拴内膜摘出術（内頸動脈）
	150089410	網膜復位術
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
		甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）
	150413610	乳突削開術
	150094110	関節内骨折観血的手術（肘）
	150043010	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）
	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）
	150301710	水頭症手術（シャント手術）
	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）
	150343810	関節鏡下肩腱板断裂手術（単単）
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）
	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）
	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）
	150313710	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150392150	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）
	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150373510	内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）
	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	310021710	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）
	310004210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	310021510	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）
	310031810	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合）
	310023810	顔面神経麻痺形成手術（動的なもの）
	310031910	下顎骨形成術（骨移動を伴う場合）
	310022310	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
	310014210	上顎骨形成術（複雑な場合及び2次的再建の場合）
	310011310	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	310016110	顔面多発骨折観血的手術
	310014410	頬骨変形治療骨折矯正術
	310011110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	310006610	口唇悪性腫瘍手術
	310010910	顎下腺悪性腫瘍手術
	310011210	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	310015910	下顎骨形成術（再建の場合）
	310021410	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術
	310020810	全層植皮術（200平方センチメートル以上）
	310003810	口腔底悪性腫瘍手術
	310014110	上顎骨形成術（単純な場合）
	310014810	下顎骨折観血的手術（両側）
	310011010	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	310005810	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う場合）
	310030510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴うもの）（両側）
	310015810	下顎骨形成術（短縮又は伸長の場合）
	310022410	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）
	310004110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	310020710	全層植皮術（100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満）
	310016310	顎関節脱臼観血的手術
	310016710	顎関節授動術（開放授動術）
	310020410	分層植皮術（200平方センチメートル以上）
	310005010	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴うもの）（片側）
	310005510	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う場合）
	310006010	鼻咽腔閉鎖術
	310022710	神経移植術
	310004910	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶもの）
	310005710	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う場合）
	310021310	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（100平方センチメートル以上）
	310022110	動脈形成術、吻合術

(別表)

レセプト電算処理システム用コード	医薬品名称
620000225	グルアセト35注 500mL
620000226	グルアセト35注 250mL
620000237	生理食塩液 1.3L
620000238	生理食塩液 1.5L
620000239	生理食塩液 2L
620001325	生理食塩液SN 20mL
620001328	カーミバック生理食塩液L 1.3L
620001893	大塚食塩注10% 20mL
620002215	生食注シリンジ「NP」 10mL
620002216	生食注シリンジ「NP」 20mL
620002471	カーミバック生理食塩液L 1.5L
620002569	塩化ナトリウム注1モルシリンジ「テルモ」 1モル20mL
620002570	塩化ナトリウム注10%シリンジ「テルモ」 20mL
620002893	アクメイン注 500mL
620002947	10%食塩注シリンジ「タイヨー」 20mL
620004100	アセトキープ3G注 500mL
620004101	アセトキープ3G注 200mL
620004136	生食注シリンジ「オーツカ」 5mL
620004137	生理食塩液「ヒカリ」 250mL
620004322	10%食塩注「小林」 20mL
620004658	KCL注10mEqキット「テルモ」 1モル10mL
620004659	KCL注20mEqキット「テルモ」 1モル20mL
620005681	ニソリM注 250mL
620005682	ニソリM注 500mL
620005702	ペロール注 300mL
620005703	ペロール注 500mL
620005704	ペンライブ注 200mL
620005705	ペンライブ注 300mL
620005706	ペンライブ注 500mL
620005818	塩化ナトリウム注10%「日新」 20mL
620006186	アステマリン3号MG輸液 500mL
620006236	生理食塩液バッグ「フソー」 250mL
620006237	生理食塩液バッグ「フソー」 500mL
620006238	生理食塩液バッグ「フソー」 1L
620006246	ソルアセトF輸液 500mL
620006247	ソルアセトF輸液 1L
620006248	ソルアセトD輸液 250mL
620006249	ソルアセトD輸液 500mL
620006250	ソルマルト輸液 200mL
620006251	ソルマルト輸液 500mL
620006252	ソルラクトS輸液 250mL
620006253	ソルラクトS輸液 500mL
620006254	ソルラクトTMR輸液 250mL
620006255	ソルラクトTMR輸液 500mL
620006256	ソルラクトD輸液 250mL
620006257	ソルラクトD輸液 500mL
620006258	ソルラクト輸液 250mL
620006259	ソルラクト輸液 500mL
620006260	ソルラクト輸液 1L
620006274	ニソリ輸液 500mL
620006285	ヒシナルク3号輸液 200mL
620006286	ヒシナルク3号輸液 500mL
620006330	リプラス1号輸液 200mL
620006331	リプラス1号輸液 500mL
620006333	リプラス1号輸液 200mL
620006334	リプラス1号輸液 500mL
620006335	リプラス3号輸液 200mL
620006336	リプラス3号輸液 500mL
620006337	リプラス3号輸液 200mL
620006338	リプラス3号輸液 500mL
620006347	リン酸2カリウム注20mEqキット「テルモ」 0.5モル20mL
620006610	塩化ナトリウム注10%「フソー」 20mL
620006622	生食液500mL「CMX」
620006623	生食注20mL「CMX」
620006624	生理食塩液バッグ「フソー」 1.5L
620006625	生理食塩液PL「フソー」 20mL
620006626	生理食塩液PL「フソー」 50mL
620006627	生理食塩液PL「フソー」 100mL
620006628	生理食塩液PL「フソー」 200mL
620006629	生理食塩液PL「フソー」 500mL
620006630	生理食塩液PL「フソー」 1L
620006631	生理食塩液PL「フソー」 2L
620006632	生理食塩液「フソー」 5mL
620006766	リンゲル液「オーツカ」 500mL
620007164	アクマルト輸液 500mL
620007192	EL-3号輸液 500mL
620007230	塩化Na補正液1mEq/mL 1モル20mL
620007245	大塚生食注2ポート100mL
620007277	クリニザルツ輸液 500mL
620007282	KNMG3号輸液 500mL
620007284	KN1号輸液 200mL
620007285	KN1号輸液 500mL
620007286	KN2号輸液 500mL
620007288	KN3号輸液 200mL
620007289	KN3号輸液 500mL
620007290	KN4号輸液 500mL
620007291	KCL補正液1mEq/mL 1モル20mL

620007315	10%EL-3号輸液 500mL
620007337	ソルデム1輸液 200mL
620007338	ソルデム1輸液 500mL
620007339	ソルデム2輸液 200mL
620007340	ソルデム2輸液 500mL
620007341	ソルデム3AG輸液 200mL
620007342	ソルデム3AG輸液 500mL
620007343	ソルデム3A輸液 200mL
620007344	ソルデム3A輸液 500mL
620007345	ソルデム3A輸液 1L
620007346	ソルデム3PG輸液 200mL
620007347	ソルデム3PG輸液 500mL
620007348	ソルデム3輸液 200mL
620007349	ソルデム3輸液 500mL
620007354	ソルデム6輸液 200mL
620007355	ソルデム6輸液 500mL
620007378	デノサリン1輸液 200mL
620007379	デノサリン1輸液 500mL
620007396	トリフリード輸液 500mL
620007397	トリフリード輸液 1L
620007403	乳酸Na補正液1mEq/mL 1モル20mL
620007434	ハルトマン-G3号輸液 500mL
620007435	ハルトマン-G3号輸液 200mL
620007444	ピカーボン輸液 500mL
620007494	ポタコールR輸液 250mL
620007495	ポタコールR輸液 500mL
620007531	ラクテックG輸液 250mL
620007532	ラクテックG輸液 500mL
620007533	ラクテックG輸液 1L
620007535	ラクテックD輸液 500mL
620008176	大塚生食注2ポート50mL
620008404	リンゲル液「フソー」 500mL
620008529	生食注シリンジ「オーツカ」10mL
620008530	生食注シリンジ「オーツカ」20mL
620008857	生食注シリンジ「SN」5mL
620008858	生食注シリンジ「SN」10mL
620008859	生食注シリンジ「SN」20mL
620009265	生食液NS 5mL
620009562	生食注シリンジ「NP」5mL
620765806	塩化ナトリウム注10%「HK」 20mL
620765904	生理食塩液「NP」5mL
620766006	生理食塩液「NP」20mL
620766024	生理食塩液「ヒカリ」20mL
620766032	生理食塩液「マイラン」20mL
620766034	生食注20mL「Hp」
620766727	生理食塩液「マイラン」100mL
620766728	生食液100mL「CHM」
620766904	生理食塩液「マイラン」250mL
620767118	生理食塩液「マイラン」500mL
620767302	生理食塩液「NP」500mL
620767310	生理食塩液「AY」500mL
620767506	エボプロステノール静注ACT専用溶解液(生理食塩液) 50mL
620767507	エボプロステノール静注ヤンセン専用溶解液(生理食塩液) 50mL
620767704	生食液バッグ100mL「CMX」
620767902	生理食塩液「NP」250mL
620768401	生食注キット「フソー」100mL
620769401	サリンヘス輸液6% 500mL
620791601	ヘスバンダー輸液 500mL
620793801	アクメインD輸液 500mL
620794204	リナセートD輸液 500mL
620795601	サヴィオゾール輸液 500mL
620797301	フィジオ70輸液 500mL
620797401	フィジオ35輸液 250mL
620797501	フィジオ35輸液 500mL
621311001	フィジオ140輸液 250mL
621311101	フィジオ140輸液 500mL
621514701	ハルトマン輸液「NP」500mL
621514801	ハルトマン輸液pH8「NP」500mL
621514901	ハルトマン輸液pH8「NP」1L
621554802	ユエキンキープ3号輸液 200mL
621554902	ユエキンキープ3号輸液 500mL
621560603	テルモ生食 1.3L
621572001	KCL補正液キット20mEq 0.4モル50mL
621621301	フィジオブール3号輸液 500mL
621672103	生食注シリンジ「テバ」20mL
621672202	生食注シリンジ「テバ」10mL
621672303	生食注シリンジ「テバ」5mL
621695101	アクメインD輸液 500mL
621753501	アセテート維持液3G「HK」200mL
621753601	アセテート維持液3G「HK」500mL
621956601	生食注キット「フソー」50mL
621969101	塩化Na補正液2.5mEq/mL 2.5モル20mL
621969501	塩化アンモニウム補正液5mEq/mL 5モル20mL
622016601	ピカネイト輸液 500mL
622016701	ピカネイト輸液 1L
622046601	リン酸Na補正液0.5mmol/mL 0.5モル20mL
622100901	ソリュージェンG注 200mL
622121101	アクマルト輸液 200mL
622121201	アクメイン注 200mL
622121202	アクメインD輸液 200mL
622130601	生食注シリンジ「テルモ」5mL

622130701	生食注シリンジ「テルモ」10mL
622132801	生食注シリンジ「テルモ」20mL
622132901	ソルアセトD輸液 200mL
622133001	テルモ生食TK 50mL
622250401	ボルベン輸液6% 500mL
622344502	リナセトD輸液 200mL
622344601	ソリタックス-H輸液 500mL
622344701	ソリター-T1号輸液 200mL
622344801	ソリター-T1号輸液 500mL
622344901	ソリター-T2号輸液 200mL
622345001	ソリター-T2号輸液 500mL
622345101	ソリター-T3号輸液 200mL
622345201	ソリター-T3号輸液 500mL
622345301	ソリター-T3号G輸液 200mL
622345401	ソリター-T3号G輸液 500mL
622345501	ソリター-T4号輸液 200mL
622345601	ソリター-T4号輸液 500mL
622445901	YDソリター-T1号輸液 200mL
622446001	YDソリター-T1号輸液 500mL
622446101	YDソリター-T3号輸液 200mL
622446201	YDソリター-T3号輸液 500mL
622446301	YDソリター-T3号G輸液 200mL
622446401	YDソリター-T3号G輸液 500mL
622507501	生食注シリンジ50mL「ニプロ」
622572001	アクチット輸液 200mL
622572101	アクチット輸液 500mL
622572201	ヴィーンF輸液 500mL
622572301	ヴィーンD輸液 200mL
622572401	ヴィーンD輸液 500mL
622572501	ヴィーン3G輸液 200mL
622572601	ヴィーン3G輸液 500mL
622574501	リナセトF輸液 500mL
622693200	ブドウ糖加酢酸リンゲル200mL液
622693300	ブドウ糖加酢酸リンゲル500mL液
622702401	アルトフェッド注射液 200mL
622702501	ラクトリンゲル液「フソー」 200mL
622757600	ブドウ糖加酢酸リンゲル500mL液
622757700	ブドウ糖加酢酸リンゲル250mL液
622791701	ソリューゲンF注 500mL
622804301	アセトキープ3G注 500mL
622804401	エスロンB注 500mL
622804601	ソリューゲンG注 500mL
622829801	クリニザルツ輸液 500mL
622829901	グルアセト35注 500mL
622830001	ハルトマンD液「小林」 500mL
622830101	ハルトマン-G3号輸液 500mL
622830201	ハルトマン液「コバヤシ」 500mL
622842200	生理食塩液 200mL
622842201	生理食塩液バッグ「フソー」 200mL
640406034	大塚生食注TN 50mL
640406207	ラクトリンゲルM注「フソー」 200mL
640407051	生食溶解液キットH 50mL
640407056	テルモ生食 250mL
640407166	ソリューゲンF注 500mL
640412008	エスロンB注 200mL
640412033	ソリューゲンG注 300mL
640412045	低分子デキストランL注 250mL
640412105	生理食塩液 100mL
640412107	生理食塩液 250mL
640412109	テルモ生食TK 100mL
640421007	生食液NS 20mL
640421008	大塚生食注 500mL
640421009	大塚生食注 500mL
640421010	大塚生食注 1L
640421011	大塚生食注 1L
640441013	生食注「トロー」 20mL
640441019	テルモ生食 100mL
640460009	生理食塩液「ヒカリ」 500mL
640463101	ハルトマンD液「小林」 500mL
643310004	10%塩化ナトリウム注射液 20mL
643310086	ニソリ・S注 500mL
643310102	ハルトマン液「コバヤシ」 500mL
643310155	ラクトリンゲルS注「フソー」 200mL
643310156	ラクトリンゲルS注「フソー」 500mL
643310157	ラクトリンゲル液「フソー」 500mL
643310170	リンゲル液 500mL
643310181	生理食塩液 5mL
643310182	生理食塩液 20mL
643310183	生理食塩液 100mL
643310184	生理食塩液 200mL
643310185	生理食塩液 250mL
643310187	生理食塩液 500mL
643310188	生理食塩液 1L
643310190	大塚生食注 20mL
643310209	テルモ生食 500mL
643310210	テルモ生食 1L
643310213	ニソリM注 500mL
643310214	ニソリM注 250mL
643310223	ラクトリンゲル液「フソー」 200mL
643310225	大塚生食注 100mL
643310226	大塚生食注 250mL

643310284	ラクトリンゲルS注「フソー」	500mL
643310286	生理食塩液	500mL
643310287	生理食塩液	1L
643310328	ラクトリンゲル液 ^g 「フソー」	500mL
643310329	ラクトリンゲル液 ^g 「フソー」	1L
643310330	ラクトリンゲルM注「フソー」	500mL
643310332	エスロンB注	500mL
643310335	生理食塩液	50mL
643310336	低分子デキストランL注	500mL
643310337	低分子デキストラン糖注(大塚製薬工場)	500mL
643310343	ペンライブ注	500mL
643310347	ラクテック注	500mL
643310348	ラクテック注	1L
643310356	大塚生食注	50mL
643310384	ラクトリンゲルS注「フソー」	200mL
643310391	ラクトリンゲルM注「フソー」	500mL
643310394	ラクトリンゲルM注「フソー」	200mL
643310397	リンゲル液	500mL
643310402	ペンライブ注	200mL
643310403	ペンライブ注	300mL
643310405	アクメイン注	500mL
643310406	アルトフェッド注射液	200mL
643310407	アルトフェッド注射液	500mL
643310408	アルトフェッド注射液	500mL
643310415	生食液「小林」	5mL
643310421	生食液「小林」	20mL
643310429	生理食塩液「ヒカリ」	50mL
643310434	生理食塩液「ヒカリ」	100mL
643310445	生理食塩液「ヒカリ」	500mL
643310450	カーミバック生理食塩液	500mL
643310452	生理食塩液「ヒカリ」	1L
643310454	カーミバック生理食塩液	1L
643310473	大塚生食注TN	100mL
643310476	大塚生食注	250mL
643310486	ソリューゲンG注	500mL
643310491	フルクトラクト注	200mL
643310492	フルクトラクト注	500mL
643310493	ペロール注	300mL
643310494	ペロール注	500mL
643310497	ラクテック注	250mL
643310508	生食溶解液キットH	100mL
620001315	大塚糖液50%	200mL
620001316	大塚糖液50%	500mL
620001317	光糖液10%	500mL
620001892	キシリトール注20%(大塚製薬工場)	20mL
620001947	キシリトール注射液	5%200mL
620001948	キシリトール注射液	5%500mL
620002399	キシリトール注「ヒカリ」5%	500mL
620002599	ブドウ糖注50%シリンジ「テルモ」	20mL
620002935	キシリトール注射液	5%300mL
620003059	キリット注5%	300mL
620003091	キリット注5%	500mL
620004172	光糖液5%	250mL
620004173	光糖液20%	500mL
620004174	光糖液30%	500mL
620004396	果糖注20%「フソー」	20mL
620004397	キシリトール注5%「フソー」	200mL
620004398	キシリトール注5%「フソー」	500mL
620004399	キシリトール注5%「フソー」	500mL
620004400	キシリトール注10%「フソー」	20mL
620004401	キシリトール注20%「フソー」	20mL
620006218	カロナリーH輸液	700mL
620006219	カロナリーM輸液	700mL
620006220	カロナリーL輸液	700mL
620006268	テルモ糖注5%	250mL
620006269	テルモ糖注5%	500mL
620006292	ブドウ糖注5%バッグ「フソー」	250mL
620006293	ブドウ糖注5%バッグ「フソー」	500mL
620006294	ブドウ糖注5%PL「フソー」	200mL
620006318	マドロス輸液10%	200mL
620006634	テルモ糖注5%	100mL
620006635	テルモ糖注10%	500mL
620006636	テルモ糖注50%	200mL
620006637	テルモ糖注50%	500mL
620006641	ブドウ糖注5%PL「フソー」	20mL
620006642	ブドウ糖注5%PL「フソー」	100mL
620006643	ブドウ糖注5%PL「フソー」	500mL
620006645	ブドウ糖注10%バッグ「フソー」	500mL
620006646	ブドウ糖注10%PL「フソー」	500mL
620006647	ブドウ糖注20%PL「フソー」	20mL
620006648	ブドウ糖注40%PL「フソー」	20mL
620006649	ブドウ糖注50%PL「フソー」	20mL
620007246	大塚糖液5%2ポート	100mL
620007416	ハイカリックRF輸液	250mL
620007417	ハイカリックRF輸液	500mL
620007419	ハイカリックNC-H輸液	700mL
620007421	ハイカリックNC-N輸液	700mL
620007423	ハイカリックNC-L輸液	700mL
620007507	マルトス輸液10%	250mL
620007508	マルトス輸液10%	500mL
620008177	大塚糖液5%2ポート	50mL

620155611	ブドウ糖注20%「NP」 20mL
620155634	光糖液20% 20mL
620155640	ブドウ糖注射液20%「マイラン」 20mL
620155641	ブドウ糖注20%PL「Hp」 20mL
620155645	糖液注20%「AFP」 20mL
620155714	光糖液50% 20mL
620155716	糖液注50%「AFP」 20mL
620735116	光糖液5% 20mL
620735118	ブドウ糖注射液5%「マイラン」 20mL
620735119	ブドウ糖注5%「CMX」 20mL
620735121	糖液注5%「AFP」 20mL
620735907	ブドウ糖注射液5%「マイラン」 250mL
620736117	ブドウ糖注射液5%「マイラン」 500mL
620737702	ブドウ糖注5%「NP」 250mL
620738002	ブドウ糖注5%「NP」 500mL
620738010	ブドウ糖注射液「AY」5% 500mL
620738011	小林糖液5% 500mL
620740001	マルトース輸液10%「フソー」 500mL
620740601	マルトース輸液10%「フソー」 200mL
620741309	キシリトール注20%「NP」 20mL
620745601	リハビックス-K1号輸液 500mL
620745701	リハビックス-K2号輸液 500mL
621626501	キシリトール注20%シリンジ「NP」 20mL
621646001	ブドウ糖注5%シリンジ「NP」 20mL
621651401	ブドウ糖注20%シリンジ「NP」 20mL
622133101	テルモ糖注TK 5%50mL
622688901	マンニトールS注射液 300mL
622757300	マルトース10%500mL注射液
622757400	マルトース10%200mL注射液
622757500	マルトース10%200mL注射液
622842300	ブドウ糖注射液 5%200mL
622842301	ブドウ糖注5%バッグ「フソー」 200mL
640406035	大塚糖液5%TN 50mL
640407023	5%糖液キットH 50mL
640407024	5%糖液キットH 100mL
640408013	20%ブドウ糖注射液「ニッシン」 20mL
640412067	ブドウ糖注射液 5%100mL
640412069	ブドウ糖注射液 5%200mL
640412070	ブドウ糖注射液 5%500mL
640412071	ブドウ糖注射液 70%350mL
640412102	果糖注射液 5%200mL
640412103	果糖注射液 5%500mL
640412110	テルモ糖注TK 5%100mL
640412111	ブドウ糖注射液 5%250mL
640412112	ブドウ糖注射液 10%20mL
640421002	20%ブドウ糖注「日医工」 20mL
640431008	20%ブドウ糖注射液SN 20mL
640431047	ブドウ糖注20%「CMX」 20mL
640450010	5%ブドウ糖注射液「ニッシン」 20mL
640460006	50%ブドウ糖注射液「ニッシン」 20mL
640460011	光糖液5% 500mL
643230011	キシリトール注射液 5%300mL
643230012	キシリトール注射液 5%500mL
643230013	キシリトール注射液 10%20mL
643230018	キシリトール20%20mL注射液
643230026	ハイカリック液-1号 700mL
643230027	ハイカリック液-2号 700mL
643230032	ブドウ糖注射液 5%20mL
643230034	ブドウ糖注射液 5%100mL
643230035	ブドウ糖注射液 5%200mL
643230036	ブドウ糖注射液 5%250mL
643230038	ブドウ糖注射液 5%500mL
643230039	ブドウ糖注射液 5%1L
643230042	ブドウ糖注射液 20%20mL
643230047	ブドウ糖注射液 40%20mL
643230048	ブドウ糖注射液 50%20mL
643230050	ブドウ糖注射液 50%300mL
643230052	ブドウ糖注射液 50%500mL
643230068	マンニトールS注射液 300mL
643230076	果糖注射液 5%500mL
643230077	果糖注射液 5%1L
643230081	果糖注射液 20%20mL
643230089	大塚糖液10% 20mL
643230090	大塚糖液5% 20mL
643230176	ハイカリック液-3号 700mL
643230212	大塚糖液5% 100mL
643230230	ブドウ糖注射液 5%500mL
643230251	大塚糖液5% 50mL
643230252	ブドウ糖注射液 50%100mL
643230253	ブドウ糖注射液 10%500mL
643230254	ブドウ糖注射液 5%50mL
643230267	光糖液5% 50mL
643230270	光糖液5% 100mL
643230274	大塚糖液5% 250mL
643230282	小林糖液5% 500mL
643230283	光糖液5% 500mL
643230287	大塚糖液5% 500mL
643230297	大塚糖液10% 500mL
643230298	大塚糖液20% 20mL
643230314	大塚糖液40% 20mL
643230317	大塚糖液50% 20mL

643230346	20%フルクトン注 20mL
643230390	キシリトール注射液20%「トローワ」 20mL
643230406	大塚糖液5%TN 100mL
643230411	大塚糖液5% 250mL
643230412	大塚糖液70% 350mL
620003682	イオパミロン注150 30.62%50mL
620003683	イオパミロン注150 30.62%200mL
620003684	イオパミロン注300 61.24%20mL
620003685	イオパミロン注300 61.24%50mL
620003686	イオパミロン注300 61.24%100mL
620003687	イオパミロン注300シリンジ 61.24%50mL
620003688	イオパミロン注300シリンジ 61.24%80mL
620003689	イオパミロン注300シリンジ 61.24%100mL
620003690	イオパミロン注370 75.52%20mL
620003691	イオパミロン注370 75.52%50mL
620003692	イオパミロン注370 75.52%100mL
620003693	イオパミロン注370シリンジ 75.52%50mL
620003694	イオパミロン注370シリンジ 75.52%80mL
620003695	イオパミロン注370シリンジ 75.52%100mL
620003697	イソピスト注240 51.26%10mL
620003698	イソピスト注300 64.08%10mL
620004304	ウログラフィン注60% 20mL
620004305	ウログラフィン注60% 100mL
620004306	ウログラフィン注76% 20mL
620005214	プロスコープ300注シリンジ100mL 62.34%
620005215	プロスコープ300注20mL 62.34%
620005216	プロスコープ300注50mL 62.34%
620005217	プロスコープ300注100mL 62.34%
620005218	プロスコープ370注20mL 76.89%
620005219	プロスコープ370注50mL 76.89%
620005220	プロスコープ370注100mL 76.89%
620005697	プロスコープ300注シリンジ50mL 62.34%
620005698	プロスコープ300注シリンジ80mL 62.34%
620007193	イオパーク240注シリンジ100mL 51.77%
620007194	イオパーク300注シリンジ50mL 64.71%
620007195	イオパーク300注シリンジ80mL 64.71%
620007196	イオパーク300注シリンジ100mL 64.71%
620007197	イオパーク300注20mL 64.71%
620007198	イオパーク300注50mL 64.71%
620007199	イオパーク300注100mL 64.71%
620007200	イオパーク350注シリンジ100mL 75.49%
620007201	イオパーク350注20mL 75.49%
620007202	イオパーク350注50mL 75.49%
620007203	イオパーク350注100mL 75.49%
620007232	オイバロミン150注50mL 30.62%
620007233	オイバロミン150注200mL 30.62%
620007234	オイバロミン300注シリンジ50mL 61.24%
620007235	オイバロミン300注シリンジ80mL 61.24%
620007236	オイバロミン300注シリンジ100mL 61.24%
620007237	オイバロミン300注20mL 61.24%
620007238	オイバロミン300注50mL 61.24%
620007239	オイバロミン300注100mL 61.24%
620007240	オイバロミン370注シリンジ80mL 75.52%
620007241	オイバロミン370注シリンジ100mL 75.52%
620007242	オイバロミン370注20mL 75.52%
620007243	オイバロミン370注50mL 75.52%
620007244	オイバロミン370注100mL 75.52%
620007447	ビジパーク270注20mL 54.97%
620007448	ビジパーク270注50mL 54.97%
620007449	ビジパーク270注100mL 54.97%
620007450	ビジパーク320注50mL 65.15%
620007451	ビジパーク320注100mL 65.15%
620008221	バイステージ注300シリンジ50mL 61.24%
620008222	バイステージ注300シリンジ80mL 61.24%
620008223	バイステージ注370シリンジ50mL 75.52%
620008224	バイステージ注370シリンジ80mL 75.52%
620009142	オムニパーク240注シリンジ100mL 51.77%
620009143	オムニパーク300注シリンジ50mL 64.71%
620009144	オムニパーク300注シリンジ80mL 64.71%
620009145	オムニパーク300注シリンジ100mL 64.71%
620009146	オムニパーク300注シリンジ125mL 64.71%
620009147	オムニパーク300注シリンジ150mL 64.71%
620009148	オムニパーク350注シリンジ70mL 75.49%
620009149	オムニパーク350注シリンジ100mL 75.49%
621176405	リビオドール480注10mL
621183101	ピリスコピン点滴静注50 10.55%100mL
621183301	イオパミドール300注50mL「F」 61.24%
621183401	バイステージ300注50mL 61.24%
621183402	イオパミドール300注50mL「FF」 61.24%
621183701	イオパミドール300注100mL「F」 61.24%
621183801	バイステージ300注100mL 61.24%
621183802	イオパミドール300注100mL「FF」 61.24%
621184101	イオパミドール370注50mL「F」 75.52%
621184201	バイステージ370注50mL 75.52%
621184202	イオパミドール370注50mL「FF」 75.52%
621184501	イオパミドール370注100mL「F」 75.52%
621184601	バイステージ370注100mL 75.52%
621184602	イオパミドール370注100mL「FF」 75.52%
621184901	イオパミドール150注50mL「F」 30.62%
621185101	イオパミドール150注200mL「F」 30.62%
621185301	イオパミドール300注20mL「F」 61.24%

621185603	イオパミドール300注シリンジ50mL「HK」	61.24%
621185703	イオパミドール300注シリンジ100mL「HK」	61.24%
621185801	バイステージ注300シリンジ100mL	61.24%
621185802	イオパミドール300注シリンジ100mL「FF」	61.24%
621185901	イオパミドール300注シリンジ100mL「F」	61.24%
621186003	イオパミドール370注シリンジ50mL「HK」	75.52%
621186103	イオパミドール370注シリンジ100mL「HK」	75.52%
621186501	イオパミドール370注20mL「F」	75.52%
621187201	オムニパーク140注50mL	30.20%
621187301	オムニパーク140注220mL	30.20%
621187401	オムニパーク180注10mL	38.82%
621187501	オムニパーク240注10mL	51.77%
621187601	オムニパーク240注20mL	51.77%
621187701	オムニパーク240注50mL	51.77%
621187801	オムニパーク240注100mL	51.77%
621187901	オムニパーク300注10mL	64.71%
621188001	オムニパーク300注20mL	64.71%
621188601	オムニパーク300注50mL	64.71%
621188701	オムニパーク300注100mL	64.71%
621188801	オムニパーク350注20mL	75.49%
621188901	オムニパーク350注50mL	75.49%
621189001	オムニパーク350注100mL	75.49%
621189701	オブチレイ320注20mL	67.8%
621189801	オブチレイ320注50mL	67.8%
621189901	オブチレイ240注シリンジ100mL	50.9%
621190001	オブチレイ320注シリンジ75mL	67.8%
621190101	オブチレイ320注シリンジ100mL	67.8%
621190201	オブチレイ320注100mL	67.8%
621190301	オブチレイ350注20mL	74.1%
621190401	オブチレイ350注50mL	74.1%
621190501	オブチレイ350注100mL	74.1%
621190701	イオメロン300注20mL	61.24%
621190801	イオメロン300注50mL	61.24%
621190901	イオメロン300注100mL	61.24%
621191001	イオメロン350注20mL	71.44%
621191101	イオメロン350注50mL	71.44%
621191201	イオメロン350注100mL	71.44%
621191401	イオメロン400注50mL	81.65%
621191501	イオメロン400注100mL	81.65%
621191601	イオメロン300注シリンジ50mL	61.24%
621191701	イオメロン300注シリンジ100mL	61.24%
621191801	イオメロン350注シリンジ50mL	71.44%
621191901	イオメロン350注シリンジ100mL	71.44%
621451301	イオパミドール300注シリンジ50mL「F」	61.24%
621451401	イオパミドール370注シリンジ100mL「F」	75.52%
621451501	イオパミドール300注シリンジ80mL「F」	61.24%
621452002	イオヘキソール300注20mL「F」	64.71%
621452102	イオヘキソール300注シリンジ50mL「F」	64.71%
621452201	イオペリン300注シリンジ100mL	64.71%
621452202	イオヘキソール300注シリンジ100mL「FF」	64.71%
621452302	イオヘキソール300注シリンジ100mL「F」	64.71%
621452702	イオヘキソール300注50mL「F」	64.71%
621452901	イオペリン300注100mL	64.71%
621452902	イオヘキソール300注100mL「FF」	64.71%
621453002	イオヘキソール300注100mL「F」	64.71%
621453102	イオヘキソール350注20mL「F」	75.49%
621453202	イオヘキソール350注50mL「F」	75.49%
621453301	イオペリン350注100mL	75.49%
621453302	イオヘキソール350注100mL「FF」	75.49%
621453402	イオヘキソール350注100mL「F」	75.49%
621453501	オムニパーク300注150mL	64.71%
621490401	イオペリン300注シリンジ50mL	64.71%
621490402	イオヘキソール300注シリンジ50mL「FF」	64.71%
621490501	イオペリン300注50mL	64.71%
621490502	イオヘキソール300注50mL「FF」	64.71%
621490601	イオメロン300注シリンジ75mL	61.24%
621490701	イオメロン350注シリンジ75mL	71.44%
621493001	イオヘキソール300注シリンジ80mL「F」	64.71%
621534901	イオヘキソール350注シリンジ100mL「F」	75.49%
621535101	イオペリン300注シリンジ80mL	64.71%
621535102	イオヘキソール300注シリンジ80mL「FF」	64.71%
621535201	イオペリン350注シリンジ100mL	75.49%
621535202	イオヘキソール350注シリンジ100mL「FF」	75.49%
621535301	イオペリン300注10mL	64.71%
621535302	イオヘキソール300注10mL「FF」	64.71%
621535401	イオペリン300注20mL	64.71%
621535402	イオヘキソール300注20mL「FF」	64.71%
621535501	イオペリン350注20mL	75.49%
621535502	イオヘキソール350注20mL「FF」	75.49%
621535601	イオペリン350注50mL	75.49%
621535602	イオヘキソール350注50mL「FF」	75.49%
621695401	イオヘキソール300注シリンジ100mL「HK」	64.71%
621695502	イオヘキソール300注バッグ100mL「HK」	64.71%
621728802	イオヘキソール240注シリンジ100mL「F」	51.77%
621728902	イオパミドール370注シリンジ80mL「F」	75.52%
621758301	バイステージ150注50mL	30.62%
621758501	バイステージ300注20mL	61.24%
621758502	イオパミドール300注20mL「FF」	61.24%
621758601	バイステージ370注20mL	75.52%
621758602	イオパミドール370注20mL「FF」	75.52%
621782301	イオパミドール370注シリンジ100mL「FF」	75.52%

621834101	イオパミドール300注シリンジ50mL「FF」	61.24%
621834201	イオパミドール300注シリンジ80mL「FF」	61.24%
621834301	イオパミドール370注シリンジ50mL「FF」	75.52%
621834401	イオパミドール370注シリンジ80mL「FF」	75.52%
621892301	イオメロン350注シリンジ135mL	71.44%
621922401	オブチレイ350注シリンジ100mL	74.1%
621928001	イオプロミド300注20mL「FRI」	62.34%
621928003	イオプロミド300注20mL「BYL」	62.34%
621928101	イオプロミド300注50mL「FRI」	62.34%
621928103	イオプロミド300注50mL「BYL」	62.34%
621928201	イオプロミド300注100mL「FRI」	62.34%
621928203	イオプロミド300注100mL「BYL」	62.34%
621928301	イオプロミド300注シリンジ50mL「FRI」	62.34%
621928303	イオプロミド300注シリンジ50mL「BYL」	62.34%
621928401	イオプロミド300注シリンジ80mL「FRI」	62.34%
621928403	イオプロミド300注シリンジ80mL「BYL」	62.34%
621928501	イオプロミド300注シリンジ100mL「FRI」	62.34%
621928503	イオプロミド300注シリンジ100mL「BYL」	62.34%
621928601	イオプロミド370注20mL「FRI」	76.89%
621928603	イオプロミド370注20mL「BYL」	76.89%
621928701	イオプロミド370注50mL「FRI」	76.89%
621928703	イオプロミド370注50mL「BYL」	76.89%
621928801	イオプロミド370注100mL「FRI」	76.89%
621928803	イオプロミド370注100mL「BYL」	76.89%
621928901	イオプロミド370注シリンジ50mL「FRI」	76.89%
621928903	イオプロミド370注シリンジ50mL「BYL」	76.89%
621929001	イオプロミド370注シリンジ80mL「FRI」	76.89%
621929003	イオプロミド370注シリンジ80mL「BYL」	76.89%
621929101	イオプロミド370注シリンジ100mL「FRI」	76.89%
621929103	イオプロミド370注シリンジ100mL「BYL」	76.89%
622027101	イオヘキソール300注10mL「HK」	64.71%
622027201	イオヘキソール300注20mL「HK」	64.71%
622027301	イオヘキソール300注50mL「HK」	64.71%
622027402	イオパミドール300注シリンジ80mL「HK」	61.24%
622027502	イオパミドール370注シリンジ80mL「HK」	75.52%
622027602	イオパミドール300注20mL「HK」	61.24%
622027702	イオパミドール300注50mL「HK」	61.24%
622027802	イオパミドール300注100mL「HK」	61.24%
622027902	イオパミドール370注20mL「HK」	75.52%
622028002	イオパミドール370注50mL「HK」	75.52%
622028102	イオパミドール370注100mL「HK」	75.52%
622030801	イオパーク350注シリンジ70mL	75.49%
622030802	イオヘキソール350注シリンジ70mL「F」	75.49%
622059901	イオペリン300注シリンジ150mL	64.71%
622059902	イオヘキソール300注シリンジ150mL「FF」	64.71%
622067602	イオパーク300注10mL	64.71%
622067702	イオパーク300注シリンジ125mL	64.71%
622067703	イオヘキソール300注シリンジ125mL「F」	64.71%
622067802	イオパーク300注シリンジ150mL	64.71%
622067803	イオヘキソール300注シリンジ150mL「F」	64.71%
622067901	オムニパーク300注シリンジ110mL	64.71%
622074101	イオヘキソール300注シリンジ50mL「HK」	64.71%
622074201	イオヘキソール300注シリンジ80mL「HK」	64.71%
622074301	イオヘキソール300注シリンジ125mL「HK」	64.71%
622074401	イオヘキソール300注シリンジ150mL「HK」	64.71%
622090602	オイパロミン370注シリンジ50mL	75.52%
622090603	イオパミドール370注シリンジ50mL「F」	75.52%
622104701	イオペリン300注シリンジ125mL	64.71%
622104702	イオヘキソール300注シリンジ125mL「FF」	64.71%
622104801	イオペリン350注シリンジ70mL	75.49%
622104802	イオヘキソール350注シリンジ70mL「FF」	75.49%
622154401	イオヘキソール300注100mL「HK」	64.71%
622157901	イオペリン240注シリンジ100mL	51.77%
622157902	イオヘキソール240注シリンジ100mL「FF」	51.77%
622177401	イオパミドール370注シリンジ	75.52%65mL
622179201	ブロスコープ370注シリンジ50mL	76.89%
622179301	ブロスコープ370注シリンジ80mL	76.89%
622179401	ブロスコープ370注シリンジ100mL	76.89%
622213601	オイパロミン300注シリンジ150mL	61.24%
622213602	イオパミドール300注シリンジ150mL「F」	61.24%
622267501	オムニパーク350注シリンジ45mL	75.49%
622286601	イオパーク300注シリンジ110mL	64.71%
622286602	イオヘキソール300注シリンジ110mL「F」	64.71%
622347001	イオヘキソール300注シリンジ110mL「HK」	64.71%
622347101	イオヘキソール350注シリンジ70mL「HK」	75.49%
622347201	イオヘキソール350注シリンジ100mL「HK」	75.49%
622376901	オイパロミン370注シリンジ65mL	75.52%
622376902	イオパミドール370注シリンジ65mL「F」	75.52%
622432201	イオペリン300注シリンジ110mL	64.71%
622432202	イオヘキソール300注シリンジ110mL「FF」	64.71%
622432301	バイステージ注370シリンジ65mL	75.52%
622432302	イオパミドール370注シリンジ65mL「FF」	75.52%
622450501	イオパミドール370注シリンジ65mL「HK」	75.52%
622547001	オブチレイ350注シリンジ135mL	74.1%
622765700	イオパミドール(300)50mL注射液	61.24%
622765800	イオパミドール(300)100mL注射液	61.24%
622765900	イオパミドール(370)50mL注射液	75.52%
622766000	イオパミドール(370)100mL注射液	75.52%
622766100	イオパミドール(150)50mL注射液	30.62%
622766300	イオパミドール(300)20mL注射液	61.24%
622766400	イオパミドール(300)100mLキット	61.24%

622766500	イオバミドール(300)50mLキット	61.24%
622766600	イオバミドール(300)80mLキット	61.24%
622766700	イオバミドール(370)80mLキット	75.52%
622766800	イオバミドール(370)20mL注射液	75.52%
622766900	イオバミドール(370)50mLキット	75.52%
622767000	イオバミドール(300)150mLキット	61.24%
622767100	イオバミドール(370)65mLキット	75.52%
622768000	イオヘキソール(300)20mL注射液	64.71%
622768400	イオヘキソール(350)100mLキット	75.49%
622768600	イオヘキソール(300)125mLキット	64.71%
622768700	イオヘキソール(350)70mLキット	75.49%
622769000	イオヘキソール(300)100mL注射液	64.71%
622769400	イオヘキソール(300)100mL注射液	64.71%
622849000	イオバミドール(370)100mLキット	75.52%
622853201	イオバミロン注300シリンジ	61.24%130mL
622853301	イオバミロン注300シリンジ	61.24%150mL
647210004	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液	60%100mL
647210005	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液	60%20mL
647210006	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液	76%20mL
647210013	イオタラム酸ナトリウム注射液	66.8%20mL
647210015	イオタラム酸メグルミン注射液	30%220mL
647210016	イオタラム酸メグルミン注射液	60%20mL
647210017	イオタラム酸メグルミン注射液	60%50mL
647210018	イオタラム酸メグルミン注射液	60%100mL
620003833	レボピスト注射用	2.5g(溶解液付)
620005210	フルオレサイト静注	500mg 10%5mL
620005898	EOB・プリモピスト注シリンジ	18.143%5mL
620005899	EOB・プリモピスト注シリンジ	18.143%10mL
620007248	オムニスキャン静注	32% 32.3%20mL
620007249	オムニスキャン静注	32%シリンジ5mL 32.3%
620007250	オムニスキャン静注	32%シリンジ10mL 32.3%
620007251	オムニスキャン静注	32%シリンジ15mL 32.3%
620007252	オムニスキャン静注	32%シリンジ20mL 32.3%
620007319	ソナゾイド注射用	16μL(溶解液付)
621198901	プロハンス静注	5mL
621199001	プロハンス静注	15mL
621199101	プロハンス静注	20mL
621199201	プロハンス静注	10mL
621453902	マグネスコープ静注	38%シリンジ10mL 37.695%
621454002	マグネスコープ静注	38%シリンジ15mL 37.695%
621454102	マグネスコープ静注	38%シリンジ20mL 37.695%
621464301	プロハンス静注シリンジ	13mL
621464401	プロハンス静注シリンジ	17mL
622396901	マグネスコープ静注	38%シリンジ11mL 37.695%
622397001	マグネスコープ静注	38%シリンジ13mL 37.695%
622404301	スクラッチダニアレゲルゲンエキストライ	10万JAU/mL 1mL
622410801	ガドピスト静注	1.0mO1/Lシリンジ5mL 60.47%
622411101	ガドピスト静注	1.0mO1/Lシリンジ7.5mL 60.47%
622411201	ガドピスト静注	1.0mO1/Lシリンジ10mL 60.47%
622455401	アレゲルゲンスクラッチエキスイ	陽性液トリイヒスタミン二塩酸塩 2mL
622624101	ガドテリドール静注シリンジ	13mL「HK」
622624201	ガドテリドール静注シリンジ	17mL「HK」
622639501	レギチーン注射液	5mg 0.5%1mL
622639601	ガドピスト静注	1.0mO1/L 2mL 60.47%
622818101	ガドテル酸メグルミン静注	38%シリンジ10mLGE37.695%
622818201	ガドテル酸メグルミン静注	38%シリンジ11mLGE37.695%
622818301	ガドテル酸メグルミン静注	38%シリンジ13mLGE37.695%
622818401	ガドテル酸メグルミン静注	38%シリンジ15mLGE37.695%
622818501	ガドテル酸メグルミン静注	38%シリンジ20mLGE37.695%
628000001	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」アサ布1:1,000 2mL
628000201	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」アジ1:1,000 2mL
628000401	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」アスペルギルス1:1万 2mL
628000701	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」アルテルナリア1:1万 2mL
628000901	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」イーストパン種1:1千 2mL
628001001	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」イカ1:1,000 2mL
628001401	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」イネワラ1:1千 2mL
628001501	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」イワシ1:1,000 2mL
628002601	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」エダマメ1:1千 2mL
628002701	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」エビ1:1,000 2mL
628002801	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」大麦1:1,000 2mL
628003101	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カツオ1:1,000 2mL
628003201	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カナムグラ花粉1:1千 2mL
628003301	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カニ1:1,000 2mL
628003401	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カボック1:1千 2mL
628003701	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カモガヤ花粉1:1千 2mL
628003901	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」カンジタ1:1万 2mL
628004101	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」キヌ1:1,000 2mL
628004901	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	トリイクラドスポリウム1:1万 2mL
628005001	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」クリ1:1,000 2mL
628005501	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」小麦粉1:1,000 2mL
628005601	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」米1:1,000 2mL
628006601	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」サバ1:1,000 2mL
628007701	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」スギ花粉1:1千 2mL
628007801	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」ススキ花粉1:1千 2mL
628008301	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」ソバガラ1:1千 2mL
628008401	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」ソバ粉1:1,000 2mL
628008801	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」タタミ1:1,000 2mL
628010101	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」トウフ1:1,000 2mL
628010201	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」トウモロコシ1:1千 2mL
628010801	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」ナイロン1:1千 2mL
628010901	診断用アレゲルゲン皮内エキスイ	「トリイ」ナンシ1:1,000 2mL

628012601	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」バナナ1:1,000 2mL
628012901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ヒメガマ花粉1:1千 2mL
628013101	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ビール1:1,000 2mL
628013401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ブタクサ花粉1:1千 2mL
628014001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」ペニシリウム1:1万 2mL
628014401	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マクロ1:1,000 2mL
628014501	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」マユ1:1,000 2mL
628015001	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿布1:1,000 2mL
628015201	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」モミガラ1:1千 2mL
628015901	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」リンゴ1:1,000 2mL
628016301	診断用アレルゲン皮内エキス「トリイ」綿1:1,000 2mL
640462008	オプサグリン静注用25mg (溶解液付)
640462043	リゾピスト注 44.6mg/1.6mL
647250002	診断用アレルゲンスクラッチエキス「トリイ」 1mL
620002496	アデノスキャン注 60mg 20mL
620007509	ミオテクター冠血管注 1瓶1管
620008566	タイロゲン筋注用0.9mg
621954101	ミリプラ用懸濁用液4mL
622364701	アデノシン負荷用静注60mgシリンジ「FRI」 20mL
620002282	ヘパフラッシュ10単位/mLシリンジ5mL 50単位
620002283	ヘパフラッシュ10単位/mLシリンジ10mL 100単位
620002284	ヘパフラッシュ100単位/mLシリンジ5mL 500単位
620002285	ヘパフラッシュ100単位/mLシリンジ10mL 1,000単位
620004183	ヘパフィルド透析用250単位/mLシリンジ20mL 5千単位
620004184	ヘパリンNa透析150U/mLシリンジ20mL「AT」 3千U
620004185	ヘパリンNa透析200U/mLシリンジ20mL「AT」 4千U
620004186	ヘパリンNa透析200U/mLシリンジ20mL「フソー」 4千U
620004187	ヘパリンNa透析250U/mLシリンジ20mL「AT」 5千U
620004188	ヘパリンNa透析250U/mLシリンジ20mL「フソー」 5千U
620004192	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジオートツカ5mL 50U
620004193	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジオートツカ10mL 100U
620004194	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジオートツカ5mL 500U
620004195	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジオートツカ10mL 1千U
620004874	アリクストラ皮下注1.5mg 0.3mL
620004875	アリクストラ皮下注2.5mg 0.5mL
620005699	ヘパリンNa透析用150単位/mLシリンジ20mLフソー 3千U
620005700	ヘパリンNa透析用150単位/mLフソー20mL 3千U
620005701	ヘパリンNa透析用200単位/mLフソー20mL 4千U
620006786	クレキサン皮下注キット2000IU 2千低ヘパ国際単位0.2mL
621463103	ヘパリンNaロック用10U/mLシリンジ5mLニプロ 50U
621463203	ヘパリンNaロック用10U/mLシリンジ10mLニプロ 100U
621463403	ヘパリンNaロック用100U/mLシリンジ10mLニプロ 1千U
621497403	ヘパリンNaロック用100U/mLシリンジ5mLニプロ 500U
621544001	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジ5mL「テバ」 50U
621544101	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジ10mL「テバ」 100U
621544201	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジ5mL「テバ」 500U
621544301	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジ10mL「テバ」 1千U
621653101	ヘパリンNa透析用500U/mLシリンジ10mL「NP」 5千U
621653201	ヘパリンNa透析用500U/mLシリンジ20mL「NP」 1万U
621700002	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジ「SN」5mL 50U
621700102	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジ「SN」10mL 100U
621700202	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジ「SN」10mL 1千U
621700302	ヘパリンNaロック100U/mLシリンジ「SN」5mL 500U
621728001	ローヘパ透析用100単位/mLシリンジ20mL 2千低ヘパ単位
621728101	ローヘパ透析用150単位/mLシリンジ20mL 3千低ヘパ単位
621728201	ローヘパ透析用200単位/mLシリンジ20mL 4千低ヘパ単位
621956701	ヘパリンNa透析350U/mLシリンジ20mL「フソー」 7千U
621989202	パルナバリンNa透析100U/mLシリンジ20mLフソー 2千U
621989302	パルナバリンNa透析150U/mLシリンジ20mLフソー 3千U
621989402	パルナバリンNa透析200U/mLシリンジ20mLフソー 4千U
622044501	アリクストラ皮下注5mg 0.4mL
622044601	アリクストラ皮下注7.5mg 0.6mL
622083701	ヘパリンNa透析用250U/mLシリンジ12mLニプロ 3千U
622083801	ヘパリンNa透析用250U/mLシリンジ16mLニプロ 4千U
622083901	ヘパリンNa透析用250U/mLシリンジ20mLニプロ 5千U
622131301	ヘパフィルド透析用150単位/mLシリンジ20mL 3千単位
622131401	ヘパフィルド透析用200単位/mLシリンジ20mL 4千単位
622757800	ダルテバリンナトリウム5,000低分子ヘパリン国際単位注射液
622811101	ヘパリンNa透析ロック用1千U/mLシリンジ5mLニプロ 5千U
643330016	輸血用クエン酸ナトリウム注射液 10% 5mL
643330019	輸血用チトラミン「フソー」 10% 5mL
621480901	ミニヘパ透析用500U/mLバイアル10mL 5千低ヘパU
621480902	パルナバリンNa透析500U/mLバイアル10mL ILS 5千U
621515201	ローヘパ透析用500単位/mLバイアル10mL 5千低ヘパ単位
622757900	ダルテバリンナトリウム5,000低分子ヘパリン国際単位注射液
620000197	1%塩酸メビパカイン注PB 5mL
620000198	1%塩酸メビパカイン注PB 10mL
620000263	2%塩酸メビパカイン注PB 5mL
620000264	2%塩酸メビパカイン注PB 10mL
620000343	0.5%塩酸メビパカイン注PB 5mL
620000344	0.5%塩酸メビパカイン注PB 10mL
620002936	キシロカイン注シリンジ0.5% 10mL
620002937	キシロカイン注シリンジ1% 10mL
620003201	塩酸メビパカイン注シリンジ0.5%「NP」 10mL
620003202	塩酸メビパカイン注シリンジ1%「NP」 10mL
620003203	塩酸メビパカイン注シリンジ2%「NP」 10mL
620004312	カルボカインアンブル注0.5% 5mL
620004313	カルボカインアンブル注0.5% 10mL
620004314	カルボカインアンブル注1% 2mL
620004315	カルボカインアンブル注1% 5mL
620004316	カルボカインアンブル注1% 10mL

620004317	カルボカインアンブル注2% 2mL
620004318	カルボカインアンブル注2% 5mL
620004319	カルボカインアンブル注2% 10mL
620005863	ロカイン注1% 1mL
620005864	ロカイン注1% 2mL
620005865	ロカイン注1% 5mL
620005866	ロカイン注2% 1mL
620005867	ロカイン注2% 2mL
620005868	ロカイン注2% 5mL
620006809	ボブスカイン0.25%注シリンジ25mg/10mL
620006810	ボブスカイン0.25%注バッグ250mg/100mL
620006811	ボブスカイン0.25%注25mg/10mL
620006812	ボブスカイン0.75%注シリンジ75mg/10mL
620006813	ボブスカイン0.75%注75mg/10mL
620006814	ボブスカイン0.75%注150mg/20mL
620007260	キシロカイン注ボリアンプ0.5% 5mL
620007261	キシロカイン注ボリアンプ0.5% 10mL
620007262	キシロカイン注ボリアンプ1% 5mL
620007263	キシロカイン注ボリアンプ1% 10mL
620007264	キシロカイン注ボリアンプ2% 5mL
620007265	キシロカイン注ボリアンプ2% 10mL
620008387	プロカニン注0.5% 5mL
620008389	プロカニン注1% 5mL
620008888	テトカイン注用20mg「杏林」
620163902	プロカイン塩酸塩注0.5%「トーワ」1mL
620164001	プロカイン塩酸塩注0.5%「トーワ」2mL
620164104	プロカイン塩酸塩注射液0.5%「日医工」 5mL
620164903	プロカイン塩酸塩注射液0.5%「日医工」 10mL
620166503	リドカイン静注液2%「タカタ」 5mL
621537102	リドカイン塩酸塩注射液1%「ファイザー」 5mL
621537202	リドカイン塩酸塩注射液1%「ファイザー」 10mL
621537302	リドカイン塩酸塩注射液2%「ファイザー」 5mL
621537402	リドカイン塩酸塩注射液2%「ファイザー」 10mL
621644201	リドカイン塩酸塩注1%「日新」 5mL
621644301	リドカイン塩酸塩注1%「日新」 10mL
621651601	リドカイン塩酸塩注2%「日新」 5mL
621651701	リドカイン塩酸塩注2%「日新」 10mL
621653501	リドカイン塩酸塩注0.5%「日新」 5mL
621653601	リドカイン塩酸塩注0.5%「日新」 10mL
621670602	リドカイン点滴静注液1%「タカタ」 200mL
621698402	リドカイン塩酸塩注射液0.5%「ファイザー」 10mL
621698502	リドカイン塩酸塩注射液0.5%「ファイザー」 5mL
622086301	ボブスカイン0.5%注シリンジ50mg/10mL
622086401	ボブスカイン0.5%注50mg/10mL
640422006	メビバカイン塩酸塩注射液 2% 2mL
640422007	メビバカイン塩酸塩注射液 0.5% 5mL
640422008	メビバカイン塩酸塩注射液 0.5% 10mL
640422010	メビバカイン塩酸塩注射液 1% 2mL
640422011	メビバカイン塩酸塩注射液 1% 5mL
640422014	メビバカイン塩酸塩注射液 2% 5mL
640422015	メビバカイン塩酸塩注射液 2% 10mL
640422017	メビバカイン塩酸塩注射液 1% 10mL
640431026	0.5%塩酸メビバカイン注「NM」
640431027	1%塩酸メビバカイン注「NM」
640431028	2%塩酸メビバカイン注「NM」
640443005	マーカイン注脊麻用0.5%高比重 4mL
640443006	マーカイン注脊麻用0.5%等比重 4mL
640451000	アナベイン注2mg/mL 0.2% 10mL
640451001	アナベイン注2mg/mL 0.2% 100mL
640451002	アナベイン注7.5mg/mL 0.75% 10mL
640451003	アナベイン注7.5mg/mL 0.75% 20mL
640451004	アナベイン注10mg/mL 1% 10mL
640451005	アナベイン注10mg/mL 1% 20mL
641210003	キシロカイン注射液「0.5%」エビレナミン1:100,000含有
641210004	キシロカイン注射液「1%」エビレナミン(1:100,000)含有
641210005	キシロカイン注射液「2%」エビレナミン(1:80,000)含有
641210017	マーカイン注0.125%
641210018	マーカイン注0.25%
641210019	マーカイン注0.5%
641210020	リドカイン注射液 0.5%
641210021	リドカイン注射液 0.5% 3mL
641210022	リドカイン注射液 1%
641210023	リドカイン注射液 2%
641210024	リドカイン注射液 2% 5mL
641210025	リドカイン注射液 10% 10mL
641210026	プロカイン塩酸塩注射液 0.5% 1mL
641210027	プロカイン塩酸塩注射液 0.5% 2mL
641210028	プロカイン塩酸塩注射液 0.5% 5mL
641210029	プロカイン塩酸塩注射液 1% 1mL
641210030	プロカイン塩酸塩注射液 1% 2mL
641210031	プロカイン塩酸塩注射液 1% 5mL
641210032	プロカイン塩酸塩注射液 1% 10mL
641210034	プロカイン塩酸塩注射液 2% 1mL
641210035	プロカイン塩酸塩注射液 2% 2mL
641210036	プロカイン塩酸塩注射液 2% 5mL
641210039	メビバカイン塩酸塩注射液 0.5%
641210040	メビバカイン塩酸塩注射液 1%
641210041	メビバカイン塩酸塩注射液 2%
641210042	プロカイン塩酸塩注射液 0.5% 10mL
641210058	塩プロ1%注「小林」 1mL
641210063	塩プロ1%注「小林」 2mL

641210065	1%塩酸プロカイン注射液「ニッシン」 5mL
641210067	塩プロ1%注「小林」 5mL
641210078	2%塩酸プロカイン注射液「ニッシン」 2mL
641210090	0.5%カルボカイン注
641210091	1%カルボカイン注
641210092	2%カルボカイン注
641210093	キシロカイン注射液0.5%
641210094	リドカイン注「NM」0.5%
641210096	キシロカイン0.5%筋注用溶解液 3mL
641210099	キシロカイン注射液1%
641210100	リドカイン注「NM」1%
641210102	キシロカイン注射液2%
641210103	リドカイン注「NM」2%
641210105	静注用キシロカイン2% 5mL
620005154	カーボスター透析剤・M 10L (炭酸水素ナトリウム付)
620005155	カーボスター透析剤・L 6L (炭酸水素ナトリウム液付)
620005156	カーボスター透析剤・L 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620005157	カーボスター透析剤・P 2袋
620007210	AK-ソリタ透析剤・FL 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620007211	AK-ソリタ透析剤・FP 9L (炭酸水素ナトリウム付)
620007212	AK-ソリタ透析剤・DL 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620007213	AK-ソリタ透析剤・DP 9L (炭酸水素ナトリウム付)
620007307	サブバック血液ろ過用補充液-Bi 1010mL
620007308	サブバック血液ろ過用補充液-Bi 2020mL
620007429	バイフィル専用炭酸水素ナトリウム補充液1.39% 2L
620007430	バイフィル透析剤 6L
620007543	リンバック透析剤TA1 2袋
620007544	リンバック透析剤TA3 2袋
620008806	キンダリー透析剤2E 2袋
620008808	キンダリー透析剤3E 2袋
620008809	キンダリー透析剤3D 3袋
620009543	サブラッド血液ろ過用補充液BSG 1010mL
620009544	サブラッド血液ろ過用補充液BSG 2020mL
620820901	キンダリー透析剤AF1号 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620821001	キンダリー透析剤AF1P号 10L (炭酸水素ナトリウム付)
620822001	キンダリー透析剤AF2号 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620822101	キンダリー透析剤AF2P号 10L (炭酸水素ナトリウム付)
620822301	キンダリー透析剤AF2号 6L (炭酸水素ナトリウム液付)
620822901	キンダリー透析剤AF3号 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
620823001	キンダリー透析剤AF3P号 10L (炭酸水素ナトリウム付)
620823201	キンダリー透析剤AF3号 6L (炭酸水素ナトリウム液付)
621315901	キドライム 透析剤 T-30 2袋
621561701	Dドライ透析剤2.5S 2瓶
621561801	Dドライ透析剤3.0S 2瓶
622054501	キンダリー透析剤AF4P号 10L (炭酸水素ナトリウム付)
622054601	キンダリー透析剤4D 3袋
622054701	キンダリー透析剤4E 2袋
622181701	キンダリー透析剤AF4号 6L (炭酸水素ナトリウム液付)
622420401	キンダリー透析剤AF4号 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
622530601	Dドライ透析剤2.75S 2瓶
622836101	キンダリー透析剤5E 2袋
622836201	キンダリー透析剤AF5P号 10L (炭酸水素ナトリウム付)
622836301	キンダリー透析剤AF5号 6L (炭酸水素ナトリウム液付)
622836401	キンダリー透析剤AF5号 9L (炭酸水素ナトリウム液付)
62008830	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008831	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液 2L排液用バッグ付
62008832	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液 2.5L
62008833	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液 2.5L排液バッグ
62008834	ステイセーフバランス 1/2.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008835	ステイセーフバランス 1/2.5 腹膜透析液 2L排液用バッグ付
62008836	ステイセーフバランス 1/2.5 腹膜透析液 2.5L
62008837	ステイセーフバランス 1/2.5 腹膜透析液 2.5L排液バッグ
62008838	ステイセーフバランス 1/4.25 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008839	ステイセーフバランス 1/4.25 腹膜透析液 2L排液用バッグ
62008840	ステイセーフバランス 2/1.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008841	ステイセーフバランス 2/1.5 腹膜透析液 2L排液用バッグ付
62008842	ステイセーフバランス 2/1.5 腹膜透析液 2.5L
62008843	ステイセーフバランス 2/1.5 腹膜透析液 2.5L排液バッグ
62008844	ステイセーフバランス 2/2.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008845	ステイセーフバランス 2/2.5 腹膜透析液 2L排液用バッグ付
62008846	ステイセーフバランス 2/2.5 腹膜透析液 2.5L
62008847	ステイセーフバランス 2/2.5 腹膜透析液 2.5L排液バッグ
62008848	ステイセーフバランス 2/4.25 腹膜透析液 1.5L排液バッグ
62008849	ステイセーフバランス 2/4.25 腹膜透析液 2L排液用バッグ
620009138	エクストラニール腹膜透析液 1.5L
620009139	エクストラニール腹膜透析液 1.5L (排液用バッグ付)
620009140	エクストラニール腹膜透析液 2L
620009141	エクストラニール腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
620009154	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 1L
620009155	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 1L排液用バッグ付
620009156	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 1.5L
620009157	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ付
620009158	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 2L
620009159	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 2L排液用バッグ付
620009160	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 2.5L
620009161	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 2.5L排液バッグ付
620009162	ダイアニール-N PD-2 1.5 腹膜透析液 5L
620009163	ダイアニール-N PD-2 2.5 腹膜透析液 1L
620009164	ダイアニール-N PD-2 2.5 腹膜透析液 1L排液用バッグ付
620009165	ダイアニール-N PD-2 2.5 腹膜透析液 1.5L
620009166	ダイアニール-N PD-2 2.5 腹膜透析液 1.5L排液バッグ付

620009167	ダイアニール-N PD-2 2. 5 腹膜透析液 2 L
620009168	ダイアニール-N PD-2 2. 5 腹膜透析液 2 L 排液用バッグ付
620009169	ダイアニール-N PD-2 2. 5 腹膜透析液 2. 5 L
620009170	ダイアニール-N PD-2 2. 5 腹膜透析液 2. 5 L 排液用バッグ付
620009171	ダイアニール-N PD-2 2. 5 腹膜透析液 5 L
620009172	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 1 L
620009173	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 1 L 排液用バッグ付
620009174	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 1. 5 L
620009175	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 1. 5 L 排液用バッグ付
620009176	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 2 L
620009177	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 2 L 排液用バッグ付
620009178	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 2. 5 L
620009179	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 2. 5 L 排液用バッグ付
620009180	ダイアニール-N PD-4 1. 5 腹膜透析液 5 L
620009181	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 1 L
620009182	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 1 L 排液用バッグ付
620009183	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 1. 5 L
620009184	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 1. 5 L 排液用バッグ付
620009185	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 2 L
620009186	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 2 L 排液用バッグ付
620009187	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 2. 5 L
620009188	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 2. 5 L 排液用バッグ付
620009189	ダイアニール-N PD-4 2. 5 腹膜透析液 5 L
620009190	ダイアニール PD-2 4. 2 5 腹膜透析液 1. 5 L 排液用バッグ付
620009191	ダイアニール PD-2 4. 2 5 腹膜透析液 2 L
620009192	ダイアニール PD-2 4. 2 5 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
620009193	ダイアニール PD-4 4. 2 5 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
620009194	ダイアニール PD-4 4. 2 5 腹膜透析液 2 L
620009195	ダイアニール PD-4 4. 2 5 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
620829801	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 1. 5 L
620829901	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 2 L
620830101	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 1 L
620830201	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
620830301	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
620830401	ミッドベリック 1 3 5 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
620830801	ミッドベリック 2 5 0 腹膜透析液 1. 5 L
620830901	ミッドベリック 2 5 0 腹膜透析液 2 L
620831201	ミッドベリック 2 5 0 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
620831301	ミッドベリック 2 5 0 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
620831401	ミッドベリック 2 5 0 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
620831901	ミッドベリック 4 0 0 腹膜透析液 2 L
620832401	ミッドベリック 4 0 0 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621317201	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 1 L
621317301	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621317401	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 1. 5 L
621317501	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621317601	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 2 L
621317701	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621318001	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 1 L
621318101	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621318201	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 1. 5 L
621318301	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621318401	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 2 L
621318501	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621318901	ミッドベリック L 4 0 0 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621319201	ミッドベリック L 4 0 0 腹膜透析液 2 L
621319301	ミッドベリック L 4 0 0 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621492801	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 2. 5 L (排液用バッグ付)
621492901	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 2. 5 L (排液用バッグ付)
621501501	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 1. 5 L
621501601	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621501701	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 2 L
621501801	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621501901	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 1. 5 L
621502001	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621502101	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 1 L
621502201	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621502301	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 2 L
621502401	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621502501	ペリセート 3 6 0 N L 腹膜透析液 3 L
621502601	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 1. 5 L
621502701	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621502801	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 2 L
621502901	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621503001	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 1. 5 L
621503101	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 1. 5 L (排液用バッグ付)
621503201	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 1 L
621503301	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621503401	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 2 L
621503501	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 2 L (排液用バッグ付)
621503601	ペリセート 4 0 0 N L 腹膜透析液 3 L
621503701	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 1 L
621503801	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621503901	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 3 L
621505201	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 1 L
621505301	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 1 L (排液用バッグ付)
621505401	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 3 L
621563301	ペリセート 4 0 0 N 腹膜透析液 2. 5 L (排液用バッグ付)
621564101	ペリセート 3 6 0 N 腹膜透析液 2. 5 L (排液用バッグ付)
621628201	ミッドベリック L 1 3 5 腹膜透析液 2. 5 L
621633401	ミッドベリック L 2 5 0 腹膜透析液 2. 5 L

621633501	ミッドペリックL135	腹膜透析液 2.5L (排液用バッグ付)
621633601	ミッドペリックL250	腹膜透析液 2.5L (排液用バッグ付)
622132501	ステイセーフバランス 1/4.25	腹膜透析液 1L 排液用バッグ
622132601	ステイセーフバランス 1/4.25	腹膜透析液 2L
622132701	ステイセーフバランス 2/4.25	腹膜透析液 2L
622299401	レギュニール HCa	1.5腹膜透析液 1L (排液用バッグ付)
622299501	レギュニール HCa	1.5腹膜透析液 1.5L 排液用バッグ付
622299601	レギュニール HCa	1.5腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
622299701	レギュニール HCa	1.5腹膜透析液 2.5L
622299801	レギュニール HCa	1.5腹膜透析液 5L
622299901	レギュニール HCa	2.5腹膜透析液 1L (排液用バッグ付)
622300001	レギュニール HCa	2.5腹膜透析液 1.5L 排液用バッグ付
622300101	レギュニール HCa	2.5腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
622300201	レギュニール HCa	2.5腹膜透析液 2.5L
622300301	レギュニール HCa	2.5腹膜透析液 5L
622300401	レギュニール LCa	1.5腹膜透析液 1L (排液用バッグ付)
622300501	レギュニール LCa	1.5腹膜透析液 1.5L 排液用バッグ付
622300601	レギュニール LCa	1.5腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
622300701	レギュニール LCa	1.5腹膜透析液 2.5L
622300801	レギュニール LCa	1.5腹膜透析液 5L
622300901	レギュニール LCa	2.5腹膜透析液 1L (排液用バッグ付)
622301001	レギュニール LCa	2.5腹膜透析液 1.5L 排液用バッグ付
622301101	レギュニール LCa	2.5腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
622301201	レギュニール LCa	2.5腹膜透析液 2.5L
622301301	レギュニール LCa	2.5腹膜透析液 5L
622301401	レギュニール HCa	4.25腹膜透析液 2L
622301501	レギュニール LCa	4.25腹膜透析液 2L
622396501	ニコペリック	腹膜透析液 1.5L
622396601	ニコペリック	腹膜透析液 1.5L (排液用バッグ付)
622396701	ニコペリック	腹膜透析液 2L
622396801	ニコペリック	腹膜透析液 2L (排液用バッグ付)
620002416	注射用GHRP	科研100 100μg (溶解液付)
620003705	LH-RH	注0.1mg 「タナベ」
620003755	TRH	注0.5mg 「タナベ」
620006228	グルカゴン	注射用1単位「イトウ」 1U. S. P. 単位 (溶解液付)
620007191	アンチレクス	静注10mg 1% 1mL
620007279	グルカゴン	注射用1単位「F」 1U. S. P. 単位 (溶解液付)
620007311	ジアグノグリン	注射用25mg (溶解液付)
620007383	テリバラチド	酢酸塩静注用100旭化成 100酢酸テリバラチド単位
621194401	プロチレリン	酒石酸塩注射液0.5mg 「サワイ」
621194701	プロチレリン	酒石酸塩注0.5mg 「NP」
621194803	プロチレリン	酒石酸塩注射液0.5mg 「日医工」
621195201	プロチレリン	酒石酸塩注射液2mg 「サワイ」 1mL
621195401	プロチレリン	酒石酸塩注2mg 「NP」 1mL
621196001	ヒトCRH	静注用100μg 「タナベ」 (溶解液付)
621196304	インジゴカルミン	注20mg 「AFP」 0.4% 5mL
621196404	パラアミノ	馬尿酸ソーダ注射液10% (AFP) 20mL
621196604	フェノールスルホン	フタレイン注0.6% 「AFP」 1.3mL
621197401	グルカゴン	Gノボ注射用1mg (溶解液付)
621515302	グルカゴン	注射用1単位「ILS」 1U. S. P. 単位 (溶解液付)
621792802	プロチレリン	酒石酸塩注射液1mg 「日医工」 1mL
621792902	プロチレリン	酒石酸塩注射液2mg 「日医工」 1mL
621921002	アルギニン	点滴静注30g 「AY」 10% 300mL
621967502	プロチレリン	酒石酸塩注射液1mg 「サワイ」 1mL
622080102	プロチレリン	酒石酸塩注1mg 「NP」 1mL
622256801	イヌリード	注4g 40mL
622769600	プロチレリン	酒石酸塩0.5mg 注射液
622769700	プロチレリン	酒石酸塩1mg 1mL 注射液
622769800	プロチレリン	酒石酸塩2mg 1mL 注射液
640454036	ヒルトニン	0.5mg 注射液
641190002	ヒルトニン	1mg 注射液 1mL
641190003	ヒルトニン	2mg 注射液 1mL
647280004	インジゴカルミン	注射液 0.4% 5mL
647280017	フェノールスルホン	フタレイン注射液 0.6% 1.3mL
621894701	ゾレア	皮下注用150mg
622217001	ゾレア	皮下注用75mg
622489001	ヌーカラ	皮下注用100mg
622586701	ファセンラ	皮下注30mg シリンジ 1mL
622680501	ゾレア	皮下注75mg シリンジ 0.5mL
622680601	ゾレア	皮下注150mg シリンジ 1mL
629906501	ヌーカラ	皮下注100mg ペン 1mL
629906601	ヌーカラ	皮下注100mg シリンジ 1mL
620004411	ニューモ	バックスNP 0.5mL
621150308	ビーム	ゲン注0.25mL
621150408	ビーム	ゲン注0.5mL
622405001	メナク	トラ筋注 0.5mL
622629101	ヘプタ	ボックスー2水性懸濁注シリンジ0.25mL
622629201	ヘプタ	ボックスー2水性懸濁注シリンジ0.5mL
622683901	ラビピュール	筋注用 (溶解液付)
622833101	ニューモ	バックスNPシリンジ 0.5mL
646310001	乾燥組織	培養不活化狂犬病ワクチン (溶解液付)
646310009	組換え	沈降B型肝炎ワクチン (酵母由来) 0.25mL
646310010	組換え	沈降B型肝炎ワクチン (酵母由来) 0.5mL
646310011	組織	培養不活化狂犬病ワクチン (溶解液付)
646310024	肺炎	球菌ワクチン 0.5mL
646310025	組換え	沈降B型肝炎ワクチン (チャイニーズハムスター) 0.25mL
646310026	組換え	沈降B型肝炎ワクチン (チャイニーズハムスター) 0.5mL
620005861	破トキ	「ビケンF」 0.5mL
621150812	沈降	破傷風トキソイド「KMB」 0.5mL
640451044	沈降	破傷風トキソイドキット「タケダ」 0.5mL
646320001	沈降	破傷風トキソイド 10mL

646320003	沈降破傷風トキソイド 0.5mL
646320005	沈降破傷風トキソイド「生研」 0.5mL
620004744	人全血液-LR「日赤」
620004745	人全血液-LR「日赤」
620004679	照射人全血液-LR「日赤」
620004680	照射人全血液-LR「日赤」
621609201	濃厚血小板-LR「日赤」
621609301	濃厚血小板-LR「日赤」
621609401	濃厚血小板-LR「日赤」
621609501	濃厚血小板-LR「日赤」
621609601	濃厚血小板-LR「日赤」
621609701	濃厚血小板-LR「日赤」
622191301	合成血液-LR「日赤」
622191401	合成血液-LR「日赤」
622191101	解凍赤血球液-LR「日赤」
622191201	解凍赤血球液-LR「日赤」
621772801	赤血球液-LR「日赤」
621772901	赤血球液-LR「日赤」
621772601	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120
621772701	新鮮凍結血漿-LR「日赤」240
622192101	新鮮凍結血漿-LR「日赤」480
622190901	洗浄赤血球液-LR「日赤」
622191001	洗浄赤血球液-LR「日赤」
621609801	濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621609901	濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621610001	濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621772001	照射赤血球液-LR「日赤」
621772101	照射赤血球液-LR「日赤」
621602201	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602301	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602401	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602501	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602601	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602701	照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602801	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621602901	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621603001	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
622191701	照射解凍赤血球液-LR「日赤」
622191801	照射解凍赤血球液-LR「日赤」
622191901	照射合成血液-LR「日赤」
622192001	照射合成血液-LR「日赤」
622191501	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」
622191601	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」
622487001	照射洗浄血小板-LR「日赤」
622487101	照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」
621151301	献血ベニロン-I 静注用500mg
621151601	献血ベニロン-I 静注用1000mg
621151701	献血ベニロン-I 静注用2500mg
621449901	献血ベニロン-I 静注用5000mg
621152901	献血グロベニン-I 静注用500mg
621153301	献血グロベニン-I 静注用2500mg
621450001	献血グロベニン-I 静注用5000mg
646340035	抗HBs人免疫グロブリン
621153508	抗HBs人免疫グロブリン筋注1000単位/5mL「JB」
646340065	抗HBs人免疫グロブリン
621153607	抗HBs人免疫グロブリン筋注200単位/1mL「JB」
646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621153804	コンファクトF注射用250
621153808	クロスエイトMC静注用250単位
646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
640431015	コンコエイト-HT
621153904	コンファクトF注射用500
621153909	クロスエイトMC静注用500単位
646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621154003	コンファクトF注射用1000
621154006	クロスエイトMC静注用1000単位
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622454901	クロスエイトMC静注用2000単位
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
622865100	クロスエイトMC静注用3000単位
646340510	乾燥抗D(Rho)人免疫グロブリン
621154101	抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチャク」
621154105	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「JB」
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
621154207	テタノブリン筋注用250単位
621154201	破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチャク」
646340500	乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位(溶解液付)
621154301	PPSB-HT静注用200単位「ニチャク」200国際単位溶解液付
646340501	乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位(溶解液付)
646340502	乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位(溶解液付)
621154501	PPSB-HT静注用500単位「ニチャク」500国際単位溶解液付
646340503	乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位(溶解液付)
621356303	献血アルブミン5%静注5g/100mL「JB」
620009135	アルブミン5%静注12.5g/250mL
621755301	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「ニチャク」
621755403	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「JB」
621155501	献血アルブミン20%静注4g/20mL「ニチャク」
621155202	献血アルブミン20%静注4g/20mL「JB」
621155307	献血アルブミン20「KMB」
620008814	献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」

620008815	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」
620009136	アルブミンナー25%静注12.5g/50mL
621450201	赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL
621645901	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ニチヤク」
621156608	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「KMB」
621156607	献血アルブミン25「KMB」
620009137	アルブミンペーキング20%静注10.0g/50mL
621157401	献血アルブミン20%静注10g/50mL「ニチヤク」
621157302	献血アルブミン20%静注10g/50mL「JB」
621155408	献血アルブミン20%静注10g/50mL「KMB」
621155407	献血アルブミン20「KMB」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンHT静注用1g「JB」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注450mg/3mL「JB」
621157604	グロブリン筋注1500mg/10mL「JB」
621384801	ファイバ静注用500
621384901	ファイバ静注用1000
620007377	テタガムP筋注シリンジ250
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注2000単位「JB」
622607401	ガンマガード静注用5g
621158701	献血アルブミンネート4.4%静注4.4g/100mL
621560801	献血アルブミンネート4.4%静注11g/250mL
646340261	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
621159004	ヘプスブリン筋注用200単位
621159001	乾燥HBグロブリン筋注用200単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
621159104	ヘプスブリン筋注用1000単位
621159101	乾燥HBグロブリン筋注用1000単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロピンIII
620001350	献血ノンスロン500注射用
621159206	アンスロビンP500注射用
621159207	ノイアート静注用500単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロピンIII
620001351	献血ノンスロン1500注射用
620003071	ノイアート静注用1500単位
620003432	アンスロビンP1500注射用
620009201	ベリナートP静注用500
621758002	献血ボリグロビンN5%静注0.5g/10mL
621758102	献血ボリグロビンN5%静注2.5g/50mL
621758202	献血ボリグロビンN5%静注5g/100mL
622192202	献血ボリグロビンN10%静注5g/50mL
622192302	献血ボリグロビンN10%静注10g/100mL
622523501	献血ボリグロビンN10%静注2.5g/25mL
622821601	ピリヴィジェン10%静注2.5g/25mL
622683601	ピリヴィジェン10%点滴静注5g/50mL
622683602	ピリヴィジェン10%静注5g/50mL
622683701	ピリヴィジェン10%点滴静注10g/100mL
622683702	ピリヴィジェン10%静注10g/100mL
622683801	ピリヴィジェン10%点滴静注20g/200mL
622683802	ピリヴィジェン10%静注20g/200mL
621159901	献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL
621160201	献血ヴェノグロブリンIH5%静注2.5g/50mL
621160501	献血ヴェノグロブリンIH5%静注1g/20mL
621490001	献血ヴェノグロブリンIH5%静注5g/100mL
622235601	献血ヴェノグロブリンIH5%静注10g/200mL
622534401	献血ヴェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL
622534501	献血ヴェノグロブリンIH10%静注2.5g/25mL
622534601	献血ヴェノグロブリンIH10%静注5g/50mL
622534701	献血ヴェノグロブリンIH10%静注10g/100mL
622534801	献血ヴェノグロブリンIH10%静注20g/200mL
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
620009263	クリスマシンM静注用400単位
622408201	ノバクトM静注用500単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
620009264	クリスマシンM静注用1000単位
622408301	ノバクトM静注用1000単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
622408401	ノバクトM静注用2000単位
620009198	フィプロガミンP静注用
629903301	アドベイト静注用キット250
629903401	アドベイト静注用キット500
629903501	アドベイト静注用キット1000
629903601	アドベイト静注用キット1500
629903701	アドベイト静注用キット2000
629903801	アドベイト静注用キット3000
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンIH静注250単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンIH静注1500単位
622366301	ノボセピンHI静注用1mg シリンジ
622366401	ノボセピンHI静注用2mg シリンジ
622366501	ノボセピンHI静注用5mg シリンジ
622366601	ノボセピンHI静注用8mg シリンジ
640443038	注射用アナクトC2,500単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗HBs人免疫グロブリン

621450602	ヘブスブリン I H 静注 1000 単位
620006788	メドウェイ注 25%
621971601	ベネフィクス 静注用 500
621971701	ベネフィクス 静注用 1000
621971801	ベネフィクス 静注用 2000
622273601	ベネフィクス 静注用 3000
622288001	ハイゼントラ 20%皮下注 1g/5mL
622288101	ハイゼントラ 20%皮下注 2g/10mL
622288201	ハイゼントラ 20%皮下注 4g/20mL
622333001	ノボエイト 静注用 250
622333101	ノボエイト 静注用 500
622333201	ノボエイト 静注用 1000
622333301	ノボエイト 静注用 1500
622333401	ノボエイト 静注用 2000
622333501	ノボエイト 静注用 3000
622364101	オルプロリクス 静注用 500
622364201	オルプロリクス 静注用 1000
622364301	オルプロリクス 静注用 2000
622364401	オルプロリクス 静注用 3000
622426501	オルプロリクス 静注用 250
622608701	オルプロリクス 静注用 4000
622402801	イロクテイト 静注用 250
622402901	イロクテイト 静注用 500
622403001	イロクテイト 静注用 750
622403101	イロクテイト 静注用 1000
622403201	イロクテイト 静注用 1500
622403301	イロクテイト 静注用 2000
622403401	イロクテイト 静注用 3000
622682501	イロクテイト 静注用 4000
622424901	ノボサーティーン 静注用 2500
622442001	アコアラン 静注用 600
622583901	アコアラン 静注用 1800
622473101	リクスビス 静注用 1000
622473201	リクスビス 静注用 2000
622473301	リクスビス 静注用 3000
622623201	アデキノベイト 静注用キット 250
622623501	アデキノベイト 静注用キット 500
622623601	アデキノベイト 静注用キット 1000
622623701	アデキノベイト 静注用キット 2000
622646001	アデキノベイト 静注用キット 1500
622646101	アデキノベイト 静注用キット 3000
622489301	コパールトリー 静注用 250
622489401	コパールトリー 静注用 500
622489501	コパールトリー 静注用 1000
622489601	コパールトリー 静注用 2000
622489701	コパールトリー 静注用 3000
622526101	イデルピオン 静注用 250
622526201	イデルピオン 静注用 500
622526301	イデルピオン 静注用 1000
622526401	イデルピオン 静注用 2000
629900101	イデルピオン 静注用 3500
622595901	エイフスチラ 静注用 250
622596001	エイフスチラ 静注用 500
622596101	エイフスチラ 静注用 1000
622596201	エイフスチラ 静注用 1500
622596301	エイフスチラ 静注用 2000
622596401	エイフスチラ 静注用 2500
622596501	エイフスチラ 静注用 3000
622608201	ヘムライブラ皮 下注 30mg
622608301	ヘムライブラ皮 下注 60mg
622608401	ヘムライブラ皮 下注 90mg
622608501	ヘムライブラ皮 下注 105mg
622608601	ヘムライブラ皮 下注 150mg
622647001	レフィキシア 静注用 500
622647101	レフィキシア 静注用 1000
622647201	レフィキシア 静注用 2000
622658001	ジビイ 静注用 500
622658101	ジビイ 静注用 1000
622658201	ジビイ 静注用 2000
622658301	ジビイ 静注用 3000
629905101	イスバロクト 静注用 500
629905201	イスバロクト 静注用 1000
629905301	イスバロクト 静注用 1500
629905401	イスバロクト 静注用 2000
629905501	イスバロクト 静注用 3000
629908001	ボンペンディ 静注用 1300
622842901	リンスパッド点滴静注用 1000mg
629912801	ヌーイック 静注用 250
629912901	ヌーイック 静注用 500
629913001	ヌーイック 静注用 1000
629913101	ヌーイック 静注用 2000
629913201	ヌーイック 静注用 2500
629913301	ヌーイック 静注用 3000
629913401	ヌーイック 静注用 4000
622367201	バイクロット配合静注用
622250701	ノモサング点滴静注 250mg
150224810	自家採血輸血 (1回目)
150286210	自家採血輸血 (2回目以降)
150224910	保存血液輸血 (1回目)
150286310	保存血液輸血 (2回目以降)
150327510	自己血貯血 (6歳以上) (液状保存)

150327610	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）
150247010	自己血輸血（6歳以上）（液状保存）
150254810	自己血輸血（6歳以上）（凍結保存）
150390610	希釈式自己血輸血（6歳以上）
150225010	交換輸血
150225210	骨髄内輸血加算（その他）
150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
150366370	血管露出術加算
150225310	血液型加算（ABO式及びRh式）
150225410	不規則抗体加算
150247110	HLA型検査クラス1加算（A、B、C）
150278910	HLA型検査クラス2加算（DR、DQ、DP）
150225510	血液交叉試験加算
150225610	間接クームス検査加算
150404970	コンピュータクロスマッチ加算
150366470	血小板洗浄術加算
150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（1回目）
150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（2回目以降）
620009152	サンドスタチン皮下注用50μg
622507301	オクトレオチド皮下注50μg「SUN」
622504701	オクトレオチド皮下注50μg「あすか」
622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注50μg「サンド」
620009153	サンドスタチン皮下注用100μg
622507401	オクトレオチド皮下注100μg「SUN」
622504801	オクトレオチド皮下注100μg「あすか」
622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注100μg「サンド」
622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg
622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg
622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg
642490105	ゾラデックス3.6mgデボ
640443027	ゾラデックス1.8mgデボ
640462004	ゾラデックスLA10.8mgデボ
620555101	リユープリン注射用3.75mg
620555201	リユープリン注射用1.88mg
622298301	リユープロリン酢酸塩注射用キット1.88mg「NP」
622266501	リユープロリン酢酸塩注射用キット1.88mg「あすか」
620555301	リユープリン注射用キット1.88mg
622298401	リユープロリン酢酸塩注射用キット3.75mg「NP」
622266601	リユープロリン酢酸塩注射用キット3.75mg「あすか」
620555401	リユープリン注射用キット3.75mg
621495301	リユープリンSR注射用キット11.25mg
622444901	リユープリンPRO注射用キット22.5mg
620005691	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「F」
620008225	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「サワイ」
620005692	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「F」
620008226	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「サワイ」
621657601	ゾメタ点滴静注4mg/5mL
622351301	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「F」
622354701	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「NK」
622356301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「サワイ」
622355401	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「サンド」
622360401	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「日医工」
622358301	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「ニプロ」
622344201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ファイザー」
622337201	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「ヤクルト」
622342601	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「テバ」
622216901	ゾメタ点滴静注4mg/100mL
622354601	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「NK」
622338001	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「トーワ」
622360301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「日医工」
622358401	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「ニプロ」
622344301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ファイザー」
622337301	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「ヤクルト」
622391001	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「サワイ」
622342701	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「テバ」
622351402	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「KCC」
622342703	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「日医工P」
622136501	ランマーク皮下注120mg
640453101	注射用エンドキサン100mg
644210037	注射用エンドキサン500mg
644210058	注射用イホマイド1g
620009116	ブスルフェクス点滴静注用60mg
644210020	ニドラン注射用25mg
644210021	ニドラン注射用50mg
620003750	ダカルバジン注用100
644210065	注射用サイメリン50mg
644210066	注射用サイメリン100mg
640451006	アルケラン静注用50mg
621982101	テモダール点滴静注用100mg
622041101	トリアキシシン点滴静注用100mg
622819001	トリアキシシン点滴静注液100mg/4mL
622518501	トリアキシシン点滴静注用25mg
622374501	ザノサー点滴静注用1g
620007515	メソトレキセート点滴静注液200mg
622221301	メソトレキセート点滴静注液1000mg
644210049	注射用メソトレキセート5mg
644210048	注射用メソトレキセート50mg
620004748	フトラフル注400mg
644210046	注射用フトラフル400
622047901	5-FU注1000mg
622412601	フルオロウラシル注1000mg「トーワ」

622229101	5-FU注250mg
622412501	フルオロウラシル注250mg「トーワ」
620003714	キロサイド注20mg
620003715	キロサイド注40mg
620003716	キロサイド注60mg
620003717	キロサイド注100mg
620003718	キロサイド注200mg
620003713	キロサイドN注400mg
621972001	キロサイドN注1g
622283001	シタラビン点滴静注液1g「テバ」
622282901	シタラビン点滴静注液400mg「テバ」
620914301	サンラビン点滴静注用150mg
620914401	サンラビン点滴静注用200mg
620914501	サンラビン点滴静注用250mg
622202401	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5mL「サンド」
622487701	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5mL「NK」
622202501	ゲムシタビン点滴静注液1g/25mL「サンド」
622487801	ゲムシタビン点滴静注液1g/25mL「NK」
622460401	ゲムシタビン点滴静注液200mg/5.3mL「ホスピーラ」
622460501	ゲムシタビン点滴静注液1g/26.3mL「ホスピーラ」
640454013	ジェムザール注射用200mg
621970201	ゲムシタビン点滴静注用200mg「タイホウ」
621973401	ゲムシタビン点滴静注用200mg「ヤクルト」
622028601	ゲムシタビン点滴静注用200mg「NK」
622019601	ゲムシタビン点滴静注用200mg「ホスピーラ」
622098901	ゲムシタビン点滴静注用200mg「サワイ」
622062103	ゲムシタビン点滴静注用200mg「TYK」
622393001	ゲムシタビン点滴静注用200mg「日医工」
621970202	ゲムシタビン点滴静注用200mg「SUN」
640454012	ジェムザール注射用1g
621970301	ゲムシタビン点滴静注用1g「タイホウ」
621973501	ゲムシタビン点滴静注用1g「ヤクルト」
622028701	ゲムシタビン点滴静注用1g「NK」
622019701	ゲムシタビン点滴静注用1g「ホスピーラ」
622099001	ゲムシタビン点滴静注用1g「サワイ」
622062203	ゲムシタビン点滴静注用1g「TYK」
622393101	ゲムシタビン点滴静注用1g「日医工」
621970302	ゲムシタビン点滴静注用1g「SUN」
620002600	フルダラ静注用50mg
620004850	アリムタ注射用500mg
621932601	アリムタ注射用100mg
622857801	ペメトレキセド点滴静注液100mg「NK」
622860201	ペメトレキセド点滴静注液100mg「サワイ」
622853001	ペメトレキセド点滴静注液100mg「トーワ」
622857901	ペメトレキセド点滴静注液500mg「NK」
622860301	ペメトレキセド点滴静注液500mg「サワイ」
622853101	ペメトレキセド点滴静注液500mg「トーワ」
622858001	ペメトレキセド点滴静注液800mg「NK」
622860401	ペメトレキセド点滴静注液800mg「サワイ」
622869001	ペメトレキセド点滴静注用500mg「F」
622858201	ペメトレキセド点滴静注用500mg「NK」
622860001	ペメトレキセド点滴静注用500mg「サワイ」
622866901	ペメトレキセド点滴静注用500mg「ニプロ」
622855601	ペメトレキセド点滴静注用500mg「ヤクルト」
622868901	ペメトレキセド点滴静注用100mg「F」
622858101	ペメトレキセド点滴静注用100mg「NK」
622859901	ペメトレキセド点滴静注用100mg「サワイ」
622866801	ペメトレキセド点滴静注用100mg「ニプロ」
622855501	ペメトレキセド点滴静注用100mg「ヤクルト」
622869101	ペメトレキセド点滴静注用800mg「F」
622858301	ペメトレキセド点滴静注用800mg「NK」
622860101	ペメトレキセド点滴静注用800mg「サワイ」
620005897	アラノンジ一静注用250mg
622250601	エボルトラ点滴静注20mg
620000328	マイトマイシン注用2mg
620000329	マイトマイシン注用10mg
620007299	コスメゲン静注用0.5mg
620003799	ブレオ注射用5mg
620003800	ブレオ注射用15mg
620005223	ペブレオ注射用5mg
620005224	ペブレオ注射用10mg
620005148	アクラシノン注射用20mg
620005176	ダウンマイシン静注用20mg
620004851	ドキシル注20mg
621995301	ドキシソルビン塩酸塩注射液10mg「サンド」
621995401	ドキシソルビン塩酸塩注射液50mg「サンド」
620003675	アドリアシン注用10
621983201	ドキシソルビン塩酸塩注射液10mg「NK」
621983301	ドキシソルビン塩酸塩注射液50mg「NK」
622014001	アドリアシン注用50
620003762	テラルビシン注射用10mg
620005206	ピノルビン注射用10mg
620003763	テラルビシン注射用20mg
620005207	ピノルビン注射用20mg
622513101	ピノルビン注射用30mg
620003790	ファルモルビシンRTU注射液10mg
620009523	エビルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL「NK」
621966401	エビルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL「サワイ」
620003791	ファルモルビシンRTU注射液50mg
620009526	エビルビシン塩酸塩注射液50mg/25mL「NK」
621966601	エビルビシン塩酸塩注射液50mg/25mL「サワイ」

620003792	ファルモルピシン注射用10mg
620007224	エビルピシン塩酸塩注射用10mg「NK」
620008174	エビルピシン塩酸塩注射用10mg「サワイ」
620003793	ファルモルピシン注射用50mg
620007225	エビルピシン塩酸塩注射用50mg「NK」
620008175	エビルピシン塩酸塩注射用50mg「サワイ」
620008800	イタマイシン静注用5mg
640462038	カルセド注射用20mg
640462039	カルセド注射用50mg
620007499	マイロターグ点滴静注用5mg
640454006	オンコピン注射用1mg
644240002	注射用ビンブラスチン硫酸塩
620001335	エクザール注射用10mg
644210059	注射用フィルデシン1mg
644210060	注射用フィルデシン3mg
620004777	ラステット注100mg/5mL
620004760	ベブシド注100mg
620008173	エトボシド点滴静注液100mg「サンド」
622101701	エトボシド点滴静注液100mg「タイヨー」
622220501	エトボシド点滴静注液100mg「SN」
620007257	カンプト点滴静注40mg
620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NK」
620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「サワイ」
620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイホウ」
620919501	トボテシン点滴静注40mg
622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ホスピーラ」
622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイヨー」
622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NP」
622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「トーフ」
622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「日医工」
622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ハンルイ」
621900302	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「SUN」
620007258	カンプト点滴静注100mg
620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NK」
620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「サワイ」
620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイホウ」
620919701	トボテシン点滴静注100mg
622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ホスピーラ」
622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイヨー」
622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NP」
622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「トーフ」
622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「日医工」
622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ハンルイ」
621900402	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「SUN」
620919801	タキソテール点滴静注用20mg
622295501	ドセタキセル点滴静注用20mg「サワイ」
620919901	タキソテール点滴静注用80mg
622295601	ドセタキセル点滴静注用80mg「サワイ」
622068501	ワンタキソテール点滴静注20mg/1mL
622294901	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ケミファ」
622272001	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「トーフ」
622354801	ドセタキセル点滴静注液20mg/1mL「NK」
622356401	ドセタキセル点滴静注液20mg/1mL「サワイ」
622429301	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「EE」
622435002	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ニプロ」
622408501	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ヤクルト」
622068601	ワンタキソテール点滴静注80mg/4mL
622295001	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ケミファ」
622272101	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「トーフ」
622354901	ドセタキセル点滴静注液80mg/4mL「NK」
622356501	ドセタキセル点滴静注液80mg/4mL「サワイ」
622429401	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「EE」
622435102	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ニプロ」
622408601	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ヤクルト」
622215301	ドセタキセル点滴静注液20mg/2mL「サンド」
622285201	ドセタキセル点滴静注液20mg/2mL「ホスピーラ」
622215401	ドセタキセル点滴静注液80mg/8mL「サンド」
622285301	ドセタキセル点滴静注液80mg/8mL「ホスピーラ」
622285401	ドセタキセル点滴静注液120mg/12mL「ホスピーラ」
620003751	タキソール注射液30mg
620004170	バクリタキセル注30mg/5mL「NK」
620005688	バクリタキセル注射液30mg「サワイ」
622082001	バクリタキセル点滴静注液30mg「サンド」
622259101	バクリタキセル注射液30mg「NP」
622375001	バクリタキセル点滴静注液30mg/5mL「ホスピーラ」
620003752	タキソール注射液100mg
620004171	バクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」
620005689	バクリタキセル注射液100mg「サワイ」
622082101	バクリタキセル点滴静注液100mg「サンド」
622259201	バクリタキセル注射液100mg「NP」
622375101	バクリタキセル点滴静注液100mg/16.7mL「ホスピーラ」
620005690	バクリタキセル注射液150mg「サワイ」
640432004	ナベルピン注10
621954401	ロゼウス静注液10mg
640432005	ナベルピン注40
621954501	ロゼウス静注液40mg
620005197	ハイカムチン注射用1.1mg
621970101	アブラキサン点滴静注用100mg
622364601	ジェブタナ点滴静注60mg
620003247	ロイナーゼ注用5000
620003248	ロイナーゼ注用10000

620004129	シスプラチン注10mg「日医工」
620008946	ランダ注10mg/20mL
620923301	シスプラチン点滴静注10mg「マルコ」
620923202	シスプラチン点滴静注液10mg「ファイザー」
620004130	シスプラチン注25mg「日医工」
620008947	ランダ注25mg/50mL
620923701	シスプラチン点滴静注25mg「マルコ」
620923602	シスプラチン点滴静注液25mg「ファイザー」
620004131	シスプラチン注50mg「日医工」
620008948	ランダ注50mg/100mL
620924101	シスプラチン点滴静注50mg「マルコ」
620924002	シスプラチン点滴静注液50mg「ファイザー」
620001919	動注用アイエーコール100mg
620002591	動注用アイエーコール50mg
640454032	ノバントロン注20mg
644290005	ノバントロン注10mg
620004117	カルボプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
620004118	カルボプラチン点滴静注液50mg「サンド」
620004732	パラプラチン注射液50mg
620007254	カルボプラチン点滴静注液50mg「NK」
622098103	カルボプラチン点滴静注液50mg「TYK」
621754502	カルボプラチン注射液50mg「日医工」
620004119	カルボプラチン点滴静注液150mg「サワイ」
620004120	カルボプラチン点滴静注液150mg「サンド」
620004733	パラプラチン注射液150mg
620007255	カルボプラチン点滴静注液150mg「NK」
622098203	カルボプラチン点滴静注液150mg「TYK」
621754602	カルボプラチン注射液150mg「日医工」
620004121	カルボプラチン点滴静注液450mg「サワイ」
620004122	カルボプラチン点滴静注液450mg「サンド」
620004734	パラプラチン注射液450mg
620007256	カルボプラチン点滴静注液450mg「NK」
622098303	カルボプラチン点滴静注液450mg「TYK」
621754702	カルボプラチン注射液450mg「日医工」
620007300	コホリン静注用7.5mg
640407072	アクブラ静注用10mg
640407073	アクブラ静注用50mg
640407074	アクブラ静注用100mg
622069801	ハーセプチン注射用60
622069901	ハーセプチン注射用150
640462007	ロイスタチン注8mg
620002417	トリセノックス注10mg
622617800	オキサリプラチン50mg/10mL注射液
621932201	エルブラット点滴静注液50mg
622388601	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ケミファ」
622383201	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「サンド」
622374801	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ホスピーラ」
622371101	オキサリプラチン点滴静注液50mg「DSEP」
622385701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「NK」
622389801	オキサリプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
622394701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「テバ」
622371801	オキサリプラチン点滴静注50mg「トーワ」
622393201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「日医工」
622392001	オキサリプラチン点滴静注液50mg「ニプロ」
622437201	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「KCC」
622476900	オキサリプラチン100mg/20mL注射液
621932301	エルブラット点滴静注液100mg
622388701	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ケミファ」
622383301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「サンド」
622374901	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ホスピーラ」
622371201	オキサリプラチン点滴静注液100mg「DSEP」
622373301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「FFP」
622385801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「NK」
622389901	オキサリプラチン点滴静注液100mg「サワイ」
622394801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「テバ」
622371901	オキサリプラチン点滴静注100mg「トーワ」
622393301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「日医工」
622392101	オキサリプラチン点滴静注液100mg「ニプロ」
622437301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「KCC」
622617900	オキサリプラチン200mg/40mL注射液
622189401	エルブラット点滴静注液200mg
622437401	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「KCC」
622428001	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ケミファ」
622426801	オキサリプラチン点滴静注液200mg「DSEP」
622434901	オキサリプラチン点滴静注液200mg「NK」
622431101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「サワイ」
622432401	オキサリプラチン点滴静注液200mg「テバ」
622411901	オキサリプラチン点滴静注200mg「トーワ」
622437001	オキサリプラチン点滴静注液200mg「日医工」
622439101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「ニプロ」
622461701	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「サンド」
622460601	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ホスピーラ」
620004428	ベルケイド注射液3mg
620004872	アバスチン点滴静注用100mg/4mL
620004873	アバスチン点滴静注用400mg/16mL
620006806	ゼヴァリン イットリウム(90Y) 静注用セット
620008443	アービタックス注射液100mg
621954001	ミリブラ動注用70mg
621985901	ベクティビックス点滴静注100mg
622086201	ベクティビックス点滴静注400mg
622003801	トーリセル点滴静注液25mg

622045001	ビダーザ注射用 1 0 0 m g
622085201	ハラヴェン静注 1 m g
622101401	フェソロデックス筋注 2 5 0 m g
622149401	ポテリジオ点滴静注 2 0 m g
622244301	アーゼラ点滴静注液 1 0 0 m g
622244401	アーゼラ点滴静注液 1 0 0 0 m g
622255101	パージェタ点滴静注 4 2 0 m g / 1 4 m L
622335601	アドセトリス点滴静注用 5 0 m g
629908401	サークリサ点滴静注 1 0 0 m g
629908501	サークリサ点滴静注 5 0 0 m g
629912501	ボライビー点滴静注用 3 0 m g
629912601	ボライビー点滴静注用 1 4 0 m g
629914701	レミトロ点滴静注用 3 0 0 μ g
622594801	ダラザレックス点滴静注 1 0 0 m g
622594701	ダラザレックス点滴静注 4 0 0 m g
629914801	ダラキューロ配合皮下注
622264401	カドサイラ点滴静注用 1 0 0 m g
629907101	エンハーツ点滴静注用 1 0 0 m g
622264501	カドサイラ点滴静注用 1 6 0 m g
622364801	オブジーボ点滴静注 2 0 m g
622364901	オブジーボ点滴静注 1 0 0 m g
629911501	オブジーボ点滴静注 1 2 0 m g
622662201	オブジーボ点滴静注 2 4 0 m g
622388101	マブキャンパス点滴静注 3 0 m g
622417901	サイラムザ点滴静注液 1 0 0 m g
622418001	サイラムザ点滴静注液 5 0 0 m g
622440501	ヤーボイ点滴静注液 5 0 m g
622449301	ヨンデリス点滴静注用 0. 2 5 m g
622449401	ヨンデリス点滴静注用 1 m g
622489201	ゾーフィゴ静注
622509501	カイプロリス点滴静注用 1 0 m g
622509601	カイプロリス点滴静注用 4 0 m g
622514701	エムブリシテイ点滴静注用 3 0 0 m g
622514801	エムブリシテイ点滴静注用 4 0 0 m g
622515801	キイトルーダ点滴静注 1 0 0 m g
622582401	パベンチオ点滴静注 2 0 0 m g
622594601	テセントリク点滴静注 1 2 0 0 m g
629900601	テセントリク点滴静注 8 4 0 m g
622628901	トラスツズマブ B S 点滴静注用 6 0 m g 「 C T H 」
622630701	トラスツズマブ B S 点滴静注用 6 0 m g 「 N K 」
622629001	トラスツズマブ B S 点滴静注用 1 5 0 m g 「 C T H 」
622630801	トラスツズマブ B S 点滴静注用 1 5 0 m g 「 N K 」
622633201	イミフィンジ点滴静注 1 2 0 m g
622633301	イミフィンジ点滴静注 5 0 0 m g
622659701	トラスツズマブ B S 点滴静注用 6 0 m g 「 第一三共 」
622659801	トラスツズマブ B S 点滴静注用 1 5 0 m g 「 第一三共 」
622679201	トラスツズマブ B S 点滴静注用 6 0 m g 「 ファイザー 」
622679301	トラスツズマブ B S 点滴静注用 1 5 0 m g 「 ファイザー 」
629901901	ポートルーザ点滴静注液 8 0 0 m g
629905901	ベバシズマブ B S 点滴静注 1 0 0 m g 「 ファイザー 」
629906001	ベバシズマブ B S 点滴静注 4 0 0 m g 「 ファイザー 」
629904901	ベバシズマブ B S 点滴静注 1 0 0 m g 「 第一三共 」
629905001	ベバシズマブ B S 点滴静注 4 0 0 m g 「 第一三共 」
620004740	ビシバニール注射用 0. 2 K E
620004741	ビシバニール注射用 0. 5 K E
620004742	ビシバニール注射用 1 K E
620004743	ビシバニール注射用 5 K E
620001918	注射用レザフィリン 1 0 0 m g
621162801	フェロン注射用 1 0 0 万
621163001	フェロン注射用 3 0 0 万
621163701	スミフェロン注 D S 3 0 0 万 I U
621163801	スミフェロン注 D S 6 0 0 万 I U
640453025	イムノマックス γ 注 1 0 0
640453024	イムノマックス γ 注 5 0
646390065	イムネース注 3 5
621385201	ベタフェロン皮下注用 9 6 0 万国際単位
622808601	オニバイド点滴静注 4 3 m g
622797601	ステボロニン点滴静注バッグ 9 0 0 0 m g / 3 0 0 m L
622607302	ガザイバ点滴静注 1 0 0 0 m g
622622401	ベスボンサ点滴静注用 1 m g
622654901	ピーリンサイト点滴静注用 3 5 μ g
629911001	アキラルックス点滴静注 2 5 0 m g
648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
620009272	バンオピン皮下注 2 0 m g
648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
620003067	アンベック注 1 0 m g
620009277	モルヒネ塩酸塩注射液 1 0 m g 「 シオノギ 」
628504000	モルヒネ塩酸塩注射液 1 0 m g 「 第一三共 」
628504304	モルヒネ塩酸塩注射液 1 0 m g 「 タケダ 」
640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
620003068	アンベック注 5 0 m g
620009278	モルヒネ塩酸塩注射液 5 0 m g 「 シオノギ 」
628504500	モルヒネ塩酸塩注射液 5 0 m g 「 第一三共 」
628504804	モルヒネ塩酸塩注射液 5 0 m g 「 タケダ 」
640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
621454706	モルヒネ塩酸塩注 1 0 0 m g シリンジ 「 テルモ 」
620001373	アンベック注 2 0 0 m g
620009279	モルヒネ塩酸塩注射液 2 0 0 m g 「 第一三共 」
628505102	モルヒネ塩酸塩注射液 2 0 0 m g 「 シオノギ 」
628505304	モルヒネ塩酸塩注射液 2 0 0 m g 「 タケダ 」
620004181	プレペノン注 1 0 0 m g シリンジ

622135601	オキファスト注10mg
622685701	オキシコドン注射液10mg「第一三共」
622135701	オキファスト注50mg
622685801	オキシコドン注射液50mg「第一三共」
622625401	ナルベイン注2mg
622625501	ナルベイン注20mg
648110014	複方オキシコドン注射液
648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
648110002	アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
648110010	弱アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
648210005	ペチジン塩酸塩注射液
628512804	ペチジン塩酸塩注射液35mg「タケダ」
648210006	ペチジン塩酸塩注射液
628513304	ペチジン塩酸塩注射液50mg「タケダ」
621208101	フェンタニル注射液0.1mg「第一三共」
621899203	フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」
621627101	フェンタニル注射液0.25mg「第一三共」
621899303	フェンタニル注射液0.25mg「テルモ」
621899403	フェンタニル注射液0.5mg「テルモ」
620004422	アルチバ静注用2mg
622486801	レミフェンタニル静注用2mg「第一三共」
620004423	アルチバ静注用5mg
622486901	レミフェンタニル静注用5mg「第一三共」
648210004	ペチロルファン注射液
648210007	弱ペチロルファン注射液
620007335	ソル・コーテフ注射用100mg
620008818	サクシゾン注射用100mg
620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用100mg「武田テバ」
620007332	ソル・コーテフ静注用250mg
620008819	サクシゾン注射用300mg
620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用300mg「武田テバ」
620007333	ソル・コーテフ静注用500mg
620008816	サクシゾン静注用500mg
620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用500mg「武田テバ」
620007334	ソル・コーテフ静注用1000mg
620008817	サクシゾン静注用1000mg
620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用1000mg「武田テバ」
620004661	ケナコルトーA皮内用関節腔内用水懸注50mg/5mL
620004660	ケナコルトーA筋注用関節腔内用水懸注40mg/1mL
620002613	リンデロン注2mg(0.4%)
620003829	リノロサル注射液2mg(0.4%)
620002614	リンデロン注4mg(0.4%)
620003830	リノロサル注射液4mg(0.4%)
620002615	リンデロン注20mg(0.4%)
620003831	リノロサル注射液20mg(0.4%)
620002616	リンデロン注20mg(2%)
620002617	リンデロン注100mg(2%)
620007336	ソルコート静注液100mg
620525001	デカドロン注射液1.65mg
620525101	デキサート注射液1.65mg
620525201	オルガドロン注射液1.9mg
620525301	デカドロン注射液3.3mg
620525401	デキサート注射液3.3mg
620525801	オルガドロン注射液3.8mg
620525601	デカドロン注射液6.6mg
620525701	デキサート注射液6.6mg
620525901	オルガドロン注射液19mg
620003832	リメタゾン静注2.5mg
642450087	リンデロン懸濁注
640454024	注射用ソル・メルコート40
620007356	ソル・メドロール静注用40mg
640454025	注射用ソル・メルコート125
620007357	ソル・メドロール静注用125mg
640454026	注射用ソル・メルコート500
620007358	ソル・メドロール静注用500mg
620001310	注射用ソル・メルコート1,000
620007359	ソル・メドロール静注用1000mg
620007381	デボ・メドロール水懸注20mg
620007382	デボ・メドロール水懸注40mg
642450115	注射用ブレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450169	水溶性ブレドニン10mg
620530402	ブレドニゾロンコハク酸エステルNa注射用10mg「F」
642450116	注射用ブレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450170	水溶性ブレドニン20mg
620530502	ブレドニゾロンコハク酸エステルNa注射用20mg「F」
642450117	注射用ブレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム
642450171	水溶性ブレドニン50mg
620894001	サンディミュン点滴静注用250mg
643990141	プログラフ注射液5mg
622047401	プログラフ注射液2mg
620008850	スパニジン点滴静注用100mg
620008829	シムレクト静注用20mg
620008445	シムレクト小児用静注用10mg
620009011	ステロネマ注腸3mg
620009010	ステロネマ注腸1.5mg
620008805	エホチール注10mg
640461008	ドパミン塩酸塩100mg5mL注射液
620002175	イノバン注100mg
620003427	カコージン注100mg

620005804	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「アイロム」
620005858	ドパミン塩酸塩点滴静注液100mg「タイヨー」
620008381	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「KN」
620244722	ツルドパミン点滴静注100mg
620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「NP」
620244732	ドパミン塩酸塩点滴静注液100mg「ファイザー」
620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「イセイ」
620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「KCC」
620002174	イノパン注50mg
621399008	ドパミン塩酸塩点滴静注液50mg「タイヨー」
621399011	ツルドパミン点滴静注50mg
621399010	カコージン注50mg
621399013	ドパミン塩酸塩点滴静注50mg「NP」
620245102	ツルドパミン点滴静注200mg
622060501	ドパミン塩酸塩点滴静注液200mg「タイヨー」
620002179	塩酸ドパミン注キット200
620003205	カコージンD注0.1%
620002180	塩酸ドパミン注キット600
620003207	カコージンD注0.3%
620003194	イノパン注0.1%シリンジ
620003195	イノパン注0.3%シリンジ
620004105	イノパン注0.6%シリンジ
642110084	ドブトレックス注射液100mg
620005187	ドブタミン点滴静注100mg「アイロム」
621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液100mg「サワイ」
621365306	ドブタミン点滴静注100mg「AFP」
621365316	ドブタミン点滴静注液100mg「F」
621365321	ドブタミン点滴静注液100mg「ファイザー」
620005188	ドブトレックスキット点滴静注用200mg
620005189	ドブトレックスキット点滴静注用600mg
620003225	ドブボン注0.1%シリンジ
620003226	ドブボン注0.3%シリンジ
620004161	ドブボン注0.6%シリンジ
620002593	ネオシネジンコーワ注1mg
620002594	ネオシネジンコーワ注5mg
642450005	アドレナリン注射液
620517902	ボスミン注1mg
642450071	ノルアドレナリン注射液
620008384	ノルアドレナリン注1mg
621371901	アドレナリン注0.1%シリンジ「テルモ」
628704702	エビベン注射液0.15mg
628704802	エビベン注射液0.3mg
620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgキット「ファイザー」
620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgバッグ「武田テバ」
620246201	ドパミン塩酸塩点滴200mgバッグニチヤク
621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgキット「KCC」
620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgキット「ファイザー」
620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgバッグ「武田テバ」
620247903	ドブタミン点滴静注液200mgキット「ファイザー」
620248003	ドブタミン点滴静注液600mgキット「ファイザー」
620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgバッグ「ニチヤク」
621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgキット「KCC」
641210020	リドカイン注射液
641210021	リドカイン注射液
641210096	キシロカイン0.5%筋注用溶解液
641210022	リドカイン注射液
641210023	リドカイン注射液
641210024	リドカイン注射液
641210105	静注用キシロカイン2%
620166503	リドカイン静注液2%「タカタ」
641210025	リドカイン注射液
621670602	リドカイン点滴静注液1%「タカタ」
642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008355	アミサリン注100mg
642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
620008356	アミサリン注200mg
642120006	インデラル注射液2mg
621494801	オノアクト点滴静注用50mg
622094701	コアベータ静注用12.5mg
622422801	オノアクト点滴静注用150mg
640462042	プレビブロック注100mg
620004782	リスモダンP静注50mg
620005243	ワソラン静注5mg
620009200	ベラパミル塩酸塩静注5mg「タイヨー」
620008940	メキシチール点滴静注12.5mg
620004636	アスベノン静注用100
620262301	シベノール静注70mg
620007361	タンボコール静注50mg
620002584	シンビット静注用50mg
640443003	サンリズム注射液50
620002610	リドカイン静注用2%シリンジ「テルモ」
620004876	アンカロン注150
622609302	アミオダロン塩酸塩静注150mg「TE」
620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用10mg「日医工」
620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用50mg「日医工」
640407031	ヘルベッサー注射液250
620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射液250mg「サワイ」
621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用250mg「日医工」
621958501	ヘルベッサー注射液10
620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射液10mg「サワイ」
621958601	ヘルベッサー注射液50

620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射液 50mg 「サワイ」
621406001	アルガトロバン注射液 10mg 「サワイ」
621267001	アルガトロバン注射液 10mg 「日医工」
621405904	アルガトロバン注射液 10mg 「SN」
620002948	スロンノンHI注 10mg / 2mL
620002974	ノバスタンHI注 10mg / 2mL
620003192	アルガトロバンシリンジ 10mg 「NP」
621734701	アルガトロバン注 10mg シリンジ 「SN」
620002252	チトラミン液「フソー」 - 4%
620812203	ヘパリンCa皮下注 2万単位 / 0.8mL 「サワイ」
621824702	ヘパリンカルシウム注 1万単位 / 10mL 「AY」
621824802	ヘパリンCa注射液 2万単位 / 20mL 「サワイ」
621825002	ヘパリンカルシウム注 5万単位 / 50mL 「AY」
621824902	ヘパリンCa注射液 5万単位 / 50mL 「サワイ」
621825102	ヘパリンCa注射液 10万単位 / 100mL 「サワイ」
622458001	ヘパリンCa皮下注 1万単位 / 0.4mL 「サワイ」
621933401	ヘパリンカルシウム皮下注 5千単位 / 0.2mL シリンジ 「モチダ」
643330011	ヘパリンナトリウム注射液
620812504	ヘパリンナトリウム注 N 5千単位 / 5mL 「AY」
620006725	ヘパリンナトリウム注射液
621825302	ヘパリンNa注 5千単位 / 5mL 「モチダ」
620006728	ヘパリンナトリウム注射液
621825802	ヘパリンナトリウム注 1万単位 / 10mL 「AY」
621825602	ヘパリンナトリウム注 N 1万単位 / 10mL 「AY」
621825704	ヘパリンナトリウム注 1万単位 / 10mL 「ニプロ」
621825502	ヘパリンNa注 1万単位 / 10mL 「モチダ」
620006734	ヘパリンナトリウム注射液
621826102	ヘパリンナトリウム注 5万単位 / 50mL 「AY」
621826004	ヘパリンナトリウム注 5万単位 / 50mL 「ニプロ」
620006739	ヘパリンナトリウム注射液
621826402	ヘパリンナトリウム注 10万単位 / 100mL 「AY」
620006312	ヘパリンNa透析用 250単位 / mL 「フソー」 20mL
621832801	ヘパリンNa透析用 250単位 / mL 「NS」 20mL
621701902	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「日新」
621699702	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「KCC」
620006328	リザルミン静注 5000単位 / 5mL
621757301	ダルテパリンNa静注 5千単位 / 5mL 「HK」
621673901	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「日医工」
621757401	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「日本臓器」
620812701	フラグミン静注 5000単位 / 5mL
621702702	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「サワイ」
621673102	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 5mL 「AFP」
620007360	ダルテパリンNa静注 5千単位 / 5mL シリンジ 「HK」
621994801	ダルテパリンNa静注 2500単位 / 10mL シリンジ 「ニプロ」
621994901	ダルテパリンNa静注 3000単位 / 12mL シリンジ 「ニプロ」
621995001	ダルテパリンNa静注 4000単位 / 16mL シリンジ 「ニプロ」
621995101	ダルテパリンNa静注 5000単位 / 20mL シリンジ 「ニプロ」
620006789	リコモジュリン点滴静注用 12800
621373901	オルガラン静注 12500単位
620006203	ウロナーゼ静注用 6万単位
620006202	ウロナーゼ冠動注用 12万単位
620006204	ウロナーゼ静注用 24万単位
620006267	デフィブラーゼ点滴静注液 10単位
643950056	アクチバシン注 600万
643950059	グルトバ注 600万
643950057	アクチバシン注 1200万
643950060	グルトバ注 1200万
643950058	アクチバシン注 2400万
643950061	グルトバ注 2400万
620007270	クリアクター静注用 40万
620007271	クリアクター静注用 80万
620006213	オザグレルNa点滴静注 20mg 「MEEK」
621645001	オザグレルNa静注液 20mg 「日医工」
621536405	オザグレルNa点滴静注 20mg 「FY」
620006214	オザグレルNa点滴静注 80mg 「MEEK」
621645201	オザグレルNa静注液 80mg 「日医工」
621536201	オザグレルNa点滴静注液 20mg 「ケミファ」
621536902	オザグレルNa点滴静注 20mg 「IP」
621696901	オザグレルNa点滴静注液 20mg 「トーワ」
620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液 80mg 「JD」
621754402	オザグレルNa点滴静注液 80mg 「ケミファ」
621537002	オザグレルNa点滴静注 80mg 「IP」
621697101	オザグレルNa点滴静注液 80mg 「トーワ」
620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液 40mg 「JD」
621536301	オザグレルNa点滴静注液 40mg 「ケミファ」
621645402	オザグレルNa点滴静注 40mg 「IP」
621697001	オザグレルNa点滴静注液 40mg 「トーワ」
621536505	オザグレルNa点滴静注 40mg 「FY」
621536605	オザグレルNa点滴静注 80mg 「FY」
621947801	オザグレルNa点滴静注 40mg 「MEEK」
621645101	オザグレルNa静注液 40mg 「日医工」
640463085	注射用カタクロット 20mg
640463048	キサンボン注射液 20mg
620002253	注射用オザグレルナトリウム 20mg 「F」
621484101	オザグレルNa注射用 20mg 「SW」
621484201	オザグレルNa静注用 20mg 「日医工」
640463086	注射用カタクロット 40mg
640463049	キサンボン注射用 40mg
620002254	注射用オザグレルナトリウム 40mg 「F」
621484501	オザグレルNa注射用 40mg 「SW」
640470007	オキリコン注シリンジ 20mg

621519104	オザグレルNa点滴静注20mgシリンジ「武田テバ」
640470008	オキリコン注シリンジ40mg
621519204	オザグレルNa点滴静注40mgシリンジ「武田テバ」
640470009	オキリコン注シリンジ80mg
621519304	オザグレルNa点滴静注80mgシリンジ「武田テバ」
620008180	オザグレルNa注射液80mgシリンジ「サワイ」
621645502	オザグレルNa注80mgシリンジ「IP」
620005647	オザグレルNa注射液80mgバッグ「サワイ」
622082501	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「DK」
622093801	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「タカタ」
622263401	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「テルモ」
621660005	オザグレルNa点滴静注80mg/200mLバッグ「FY」
620008178	オザグレルNa注射液20mgシリンジ「サワイ」
620008179	オザグレルNa注射液40mgシリンジ「サワイ」
622462201	オザグレルNa点滴静注80mg/100mLバッグ「IP」
621643701	オザグレルNa点滴静注80mg「タカタ」
620002925	カタクロット注射液20mg
620002933	キサンボンS注射液20mg
620002926	カタクロット注射液40mg
620002934	キサンボンS注射液40mg
621808401	オザグレルNa点滴静注20mg「タカタ」
621808501	オザグレルNa点滴静注40mg「タカタ」

入院（その9）において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目の判定の集計に用いた
レセプト電算処理システム用コード一覧

中医協 総-1参考2
4 . 2 . 9

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 1 輸液ポンプの管理	130003710	点滴注射（乳幼児）
	130003810	点滴注射
	130004410	中心静脈注射
	130006110	動脈注射（内臓）
	130006210	動脈注射（その他）
	130007510	抗悪性腫瘍剤局所持続注入
	130008510	植込型カテーテルによる中心静脈注射
	A 2 動脈圧測定（動脈ライン）	160074010
160074210		観血的動脈圧測定（1時間超）
A 3 シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算
A 4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	160074310	中心静脈圧測定（4回以下）
	160074410	中心静脈圧測定（5回以上）
A 5 人工呼吸器の管理	140005910	間歇的陽圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー（15歳以上）
	140009310	人工呼吸
	140023510	人工呼吸（5時間超）
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超）
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超）
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）（5時間超）
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超）
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超）
	A 6 輸血や血液製剤の管理	620004744
620004745		人全血液-LR「日赤」
620004679		照射人全血液-LR「日赤」
620004680		照射人全血液-LR「日赤」
621609201		濃厚血小板-LR「日赤」
621609301		濃厚血小板-LR「日赤」
621609401		濃厚血小板-LR「日赤」
621609501		濃厚血小板-LR「日赤」
621609601		濃厚血小板-LR「日赤」
621609701		濃厚血小板-LR「日赤」
622191301		合成血液-LR「日赤」
622191401		合成血液-LR「日赤」
622191101		解凍赤血球液-LR「日赤」
622191201		解凍赤血球液-LR「日赤」
621772801		赤血球液-LR「日赤」
621772901		赤血球液-LR「日赤」
621772601		新鮮凍結血漿-LR「日赤」120
621772701		新鮮凍結血漿-LR「日赤」240
622192101		新鮮凍結血漿-LR「日赤」480
622190901		洗浄赤血球液-LR「日赤」
622191001		洗浄赤血球液-LR「日赤」
621609801		濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621609901		濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621610001		濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621772001		照射赤血球液-LR「日赤」
621772101		照射赤血球液-LR「日赤」
621602201		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602301		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602401		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602501		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602601		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602701		照射濃厚血小板-LR「日赤」
621602801		照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621602901		照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
621603001		照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」
622191701		照射解凍赤血球液-LR「日赤」
622191801		照射解凍赤血球液-LR「日赤」
622191901		照射合成血液-LR「日赤」
622192001		照射合成血液-LR「日赤」
622191501		照射洗浄赤血球液-LR「日赤」
622191601		照射洗浄赤血球液-LR「日赤」
622487001		照射洗浄血小板-LR「日赤」
622487101		照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」
621151301		献血ベニロン-I静注用500mg
621151601		献血ベニロン-I静注用1000mg
621151701		献血ベニロン-I静注用2500mg
621449901		献血ベニロン-I静注用5000mg
621152901		献血グロベニン-I静注用500mg
621153301		献血グロベニン-I静注用2500mg
621450001		献血グロベニン-I静注用5000mg
646340035		抗HBs人免疫グロブリン
621153508		抗HBs人免疫グロブリン筋注1000単位/5mL「JB」
646340065		抗HBs人免疫グロブリン
621153607		抗HBs人免疫グロブリン筋注200単位/1mL「JB」
646340492		乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
621153804		コンファクトF注射用250
621153808		クロスエイトMC静注用250単位
646340493		乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
640431015		コンコエイト-HT
621153904		コンファクトF注射用500
621153909		クロスエイトMC静注用500単位
646340494		乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
621154003	コンファクトF注射用1000	
621154006	クロスエイトMC静注用1000単位	
622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
622454901	クロスエイトMC静注用2000単位	
622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
622865100	クロスエイトMC静注用3000単位	
646340510	乾燥抗D（Rh0）人免疫グロブリン	
621154101	抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチャク」	
621154105	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「JB」	
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン	
621154207	テタノブリン筋注用250単位	
621154201	破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチャク」	
646340500	乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位（溶解液付）	
621154301	PPSB-HT静注用200単位「ニチャク」200国際単位溶解液付	
646340501	乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位（溶解液付）	
646340502	乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位（溶解液付）	
621154501	PPSB-HT静注用500単位「ニチャク」500国際単位溶解液付	
646340503	乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位（溶解液付）	
621356303	献血アルブミン5%静注5g/100mL「JB」	
620009135	アルブミン5%静注12.5g/250mL	
621755301	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「ニチャク」	
621755403	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「JB」	
621155501	献血アルブミン20%静注4g/20mL「ニチャク」	
621155202	献血アルブミン20%静注4g/20mL「JB」	

621155307	献血アルブミン20「KMB」
620008814	献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」
620008815	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」
620009136	アルブミン25%静注12.5g/50mL
621450201	赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL
621645901	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ニチヤク」
621156608	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「KMB」
621156607	献血アルブミン25「KMB」
620009137	アルブミンベアリング20%静注10.0g/50mL
621157401	献血アルブミン20%静注10g/50mL「ニチヤク」
621157302	献血アルブミン20%静注10g/50mL「JB」
621155408	献血アルブミン20%静注10g/50mL「KMB」
621155407	献血アルブミン20「KMB」
646340028	乾燥人フィブリノゲン
621157504	フィブリノゲンHT静注用1g「JB」
646340054	人免疫グロブリン
621157601	ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「ニチヤク」
621157602	ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「ニチヤク」
621157617	グロブリン筋注450mg/3mL「JB」
621157604	グロブリン筋注1500mg/10mL「JB」
621384801	ファイバ静注用500
621384901	ファイバ静注用1000
620007377	テタガムP筋注シリンジ250
646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
646340188	人ハプトグロビン
621158404	ハプトグロビン静注2000単位「JB」
622607401	ガンマガード静注用5g
621158701	献血アルブミンネート4.4%静注4.4g/100mL
621560801	献血アルブミンネート4.4%静注11g/250mL
646340261	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
621159004	ヘプスブリン筋注用200単位
621159001	乾燥HBグロブリン筋注用200単位「ニチヤク」
646340262	乾燥抗HBs人免疫グロブリン
621159104	ヘプスブリン筋注用1000単位
621159101	乾燥HBグロブリン筋注用1000単位「ニチヤク」
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンIII
620001350	献血ノンスロン500注射用
621159206	アンソロビンP500注射用
621159207	ノイアート静注用500単位
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンIII
620001351	献血ノンスロン1500注射用
620003071	ノイアート静注用1500単位
620003432	アンソロビンP1500注射用
620009201	ベリナートP静注用500
621758002	献血ポリグロビンN5%静注0.5g/10mL
621758102	献血ポリグロビンN5%静注2.5g/50mL
621758202	献血ポリグロビンN5%静注5g/100mL
622192202	献血ポリグロビンN10%静注5g/50mL
622192302	献血ポリグロビンN10%静注10g/100mL
622523501	献血ポリグロビンN10%静注2.5g/25mL
622821601	ピリヴィジェン10%静注2.5g/25mL
622683601	ピリヴィジェン10%点滴静注5g/50mL
622683602	ピリヴィジェン10%静注5g/50mL
622683701	ピリヴィジェン10%点滴静注10g/100mL
622683702	ピリヴィジェン10%静注10g/100mL
622683801	ピリヴィジェン10%点滴静注20g/200mL
622683802	ピリヴィジェン10%静注20g/200mL
621159901	献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL
621160201	献血ヴェノグロブリンIH5%静注2.5g/50mL
621160501	献血ヴェノグロブリンIH5%静注1g/20mL
621490001	献血ヴェノグロブリンIH5%静注5g/100mL
622235601	献血ヴェノグロブリンIH5%静注10g/200mL
622534401	献血ヴェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL
622534501	献血ヴェノグロブリンIH10%静注2.5g/25mL
622534601	献血ヴェノグロブリンIH10%静注5g/50mL
622534701	献血ヴェノグロブリンIH10%静注10g/100mL
622534801	献血ヴェノグロブリンIH10%静注20g/200mL
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
620009263	クリスマシンM静注用400単位
622408201	ノバクトM静注用500単位
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
620009264	クリスマシンM静注用1000単位
622408301	ノバクトM静注用1000単位
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子
622408401	ノバクトM静注用2000単位
620009198	フィプロガミンP静注用
629903301	アドベイト静注用キット250
629903401	アドベイト静注用キット500
629903501	アドベイト静注用キット1000
629903601	アドベイト静注用キット1500
629903701	アドベイト静注用キット2000
629903801	アドベイト静注用キット3000
640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161703	テタノブリンIH静注250単位
640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
621161803	テタノブリンIH静注1500単位
622366301	ノボセプンHI静注用1mg シリンジ
622366401	ノボセプンHI静注用2mg シリンジ
622366501	ノボセプンHI静注用5mg シリンジ
622366601	ノボセプンHI静注用8mg シリンジ
640443038	注射用アナクトC2.500単位
640453163	ポリエチレングリコール処理抗HBs人免疫グロブリン
621450602	ヘプスブリンIH静注1000単位
620006788	メドウェイ注25%
621971601	ベネフィクス静注用500
621971701	ベネフィクス静注用1000
621971801	ベネフィクス静注用2000
622273601	ベネフィクス静注用3000
622288001	ハイゼントラ20%皮下注1g/5mL
622288101	ハイゼントラ20%皮下注2g/10mL
622288201	ハイゼントラ20%皮下注4g/20mL
622333001	ノボエイト静注用250
622333101	ノボエイト静注用500
622333201	ノボエイト静注用1000
622333301	ノボエイト静注用1500
622333401	ノボエイト静注用2000
622333501	ノボエイト静注用3000
622364101	オルプロリクス静注用500
622364201	オルプロリクス静注用1000
622364301	オルプロリクス静注用2000
622364401	オルプロリクス静注用3000
622426501	オルプロリクス静注用250
622608701	オルプロリクス静注用4000
622402801	イロクテイト静注用250
622402901	イロクテイト静注用500
622403001	イロクテイト静注用750
622403101	イロクテイト静注用1000
622403201	イロクテイト静注用1500
622403301	イロクテイト静注用2000
622403401	イロクテイト静注用3000
622682501	イロクテイト静注用4000

	622424901	ノボサーティーン静注用2500
	622442001	アコアラン静注用600
	622583901	アコアラン静注用1800
	622473101	リクスビス静注用1000
	622473201	リクスビス静注用2000
	622473301	リクスビス静注用3000
	622623201	アデノベイト静注用キット250
	622623501	アデノベイト静注用キット500
	622623601	アデノベイト静注用キット1000
	622623701	アデノベイト静注用キット2000
	622646001	アデノベイト静注用キット1500
	622646101	アデノベイト静注用キット3000
	622489301	コバルトトリイ静注用250
	622489401	コバルトトリイ静注用500
	622489501	コバルトトリイ静注用1000
	622489601	コバルトトリイ静注用2000
	622489701	コバルトトリイ静注用3000
	622526101	イデルピオン静注用250
	622526201	イデルピオン静注用500
	622526301	イデルピオン静注用1000
	622526401	イデルピオン静注用2000
	6229900101	イデルピオン静注用3500
	622595901	エイフスチラ静注用250
	622596001	エイフスチラ静注用500
	622596101	エイフスチラ静注用1000
	622596201	エイフスチラ静注用1500
	622596301	エイフスチラ静注用2000
	622596401	エイフスチラ静注用2500
	622596501	エイフスチラ静注用3000
	622608201	ヘムライブラ皮下注30mg
	622608301	ヘムライブラ皮下注60mg
	622608401	ヘムライブラ皮下注90mg
	622608501	ヘムライブラ皮下注105mg
	622608601	ヘムライブラ皮下注150mg
	622647001	レフィキシア静注用500
	622647101	レフィキシア静注用1000
	622647201	レフィキシア静注用2000
	622658001	ジビイ静注用500
	622658101	ジビイ静注用1000
	622658201	ジビイ静注用2000
	622658301	ジビイ静注用3000
	6229905101	イスバロクト静注用500
	6229905201	イスバロクト静注用1000
	6229905301	イスバロクト静注用1500
	6229905401	イスバロクト静注用2000
	6229905501	イスバロクト静注用3000
	6229908001	ボンベンディ静注用1300
	622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
	622912801	ヌーイック静注用250
	622912901	ヌーイック静注用500
	622913001	ヌーイック静注用1000
	622913101	ヌーイック静注用2000
	622913201	ヌーイック静注用2500
	622913301	ヌーイック静注用3000
	622913401	ヌーイック静注用4000
	622367201	バイクロット配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注250mg
	150224810	自家採血輸血（1回目）
	150286210	自家採血輸血（2回目以降）
	150224910	保存血液輸血（1回目）
	150286310	保存血液輸血（2回目以降）
	150327510	自己血貯血（6歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（6歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（6歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（6歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ABO式及びRh式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	HLA型検査クラス1加算（A、B、C）
	150278910	HLA型検査クラス2加算（DR、DQ、DP）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（1回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（2回目以降）
A 7	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	160075010 観血的肺動脈圧測定（2時間超）
		160183910 観血的肺動脈圧測定（1時間以内又は1時間につき）
A 8	特殊な治療法等	140029850 持続緩徐式血液濾過
		140061610 エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳以上）
		140061710 エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳未満）
		150148010 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（初日）
		150148110 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（2日目以降）
		150262910 経皮的心肺補助法（初日）
		150275710 経皮的心肺補助法（2日目以降）
		150266110 補助人工心臓（初日）
		150266210 補助人工心臓（2日目以降30日目まで）
		150301810 補助人工心臓（31日目以降）
		150360110 植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
		150360210 植込型補助人工心臓（非拍動流型）（2日目以降30日目まで）
		150360310 植込型補助人工心臓（非拍動流型）（31日目以降90日目まで）
		150360410 植込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降）
		150382650 小児補助人工心臓（初日）
		150382750 小児補助人工心臓（2日目以降30日目まで）
		150382850 小児補助人工心臓（31日目以降）
		160074610 頭蓋内圧持続測定
		160103010 頭蓋内圧持続測定（3時間超）
		150147610 人工心臓（初日）
		150147910 人工心臓（2日目以降）
		150395450 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（初日）
		150395550 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（2日目以降）

令和 4 年 2 月 9 日

厚生労働大臣

後藤 茂之 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 小塩 隆士

答 申 書

(令和 4 年度診療報酬改定について)

令和 4 年 1 月 14 日付け厚生労働省発保 0114 第 27 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 - 1 から別紙 7 までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器(プログラム医療機器を含む)や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。
- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。
- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 <u>医学管理料等</u> 第2節 <u>プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 <u>特定保険医療材料料</u> 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>手術等管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。<u>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長</u></p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 (新設) (新設) (新設) 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>臓器提供管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p>

等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。

- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1 本文の規定にかかわらず、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報

- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

- 3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床

告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

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

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。

5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。

6～10 （略）

11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

12 注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

13 注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に

5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定する場合にあっては、107点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。

6～10 （略）

（新設）

（新設）

（新設）

において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

- 14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

- 注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

2 （略）

- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定

（新設）

第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

- 注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。

2 （略）

- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注14までに規定

する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

10・11 (略)

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

13・14 (略)

15 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

16 注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に

する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。

10・11 (略)

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

13・14 (略)

(新設)

(新設)

において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

17 注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が20以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）

(新設)

(新設)

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が20以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわら

に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来

ず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来

診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005 (ヘモグロビンA1c (HbA1c)、デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの

ニ～ヨ (略)

タ ネブライザ

レ 超音波ネブライザ

ソ・ツ (略)

7～9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

A003 削除

診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005 (ヘモグロビンA1c (HbA1c)、デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの

ニ～ヨ (略)

タ ネブライザー

レ 超音波ネブライザー

ソ・ツ (略)

7～9 (略)

(新設)

A003 オンライン診療料 (月1回) 71点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない

。

第2部 入院料等	
通則	
(略)	
第1節 入院基本料	
区分	
A100	一般病棟入院基本料（1日につき）
1	急性期一般入院基本料
	イ～ホ (略)
	(削る)
△	<u>急性期一般入院料6</u> 1,382点
2	(略)
注1～9 (略)	
10	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定する月は、別に算定できない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2部 入院料等	
通則	
(略)	
第1節 入院基本料	
区分	
A100	一般病棟入院基本料（1日につき）
1	急性期一般入院基本料
	イ～ホ (略)
	△ <u>急性期一般入院料6</u> 1,408点
	ト <u>急性期一般入院料7</u> 1,382点
2	(略)
注1～9 (略)	
10	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合

に算定できる。

イ (略)

ロ 急性期充実体制加算 (急性期一般入院料1を算定するものに限る。)

ハ・ニ (略)

ホ 紹介受診重点医療機関入院診療加算

ヘ～マ (略)

ケ 依存症入院医療管理加算

フ～テ (略)

ア 感染対策向上加算

サ (略)

キ 報告書管理体制加算

ユ・メ (略)

ミ ハイリスク分娩等管理加算 (ハイリスク分娩管理加算に限る。)

シ (略)

エ 術後疼痛管理チーム加算 (急性期一般入院基本料に限る。)

ヒ～イホ (略)

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料 (1日につき)

1・2 (略)

注1 病院の療養病棟 (医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床 (以下「療養病床」という。)) に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。) であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第3節の特定入院料を算定する患者

に算定できる。

イ (略)

(新設)

ロ・ハ (略)

(新設)

ニ～ク (略)

ヤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

マ～コ (略)

エ 感染防止対策加算

テ (略)

(新設)

ア・サ (略)

キ ハイリスク分娩管理加算

ユ (略)

(新設)

メ～イイ (略)

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料 (1日につき)

1・2 (略)

注1 病院の療養病棟 (医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床 (以下「療養病床」という。)) に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。) であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第3節の特定入院料を算定する患者

を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であつて、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。

2 (略)

3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。))の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～6 (略)

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算に

を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。

2 (略)

3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。))の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～6 (略)

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算に

ついて、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～タ (略)

レ 感染対策向上加算

ソ (略)

ヅ 報告書管理体制加算

ネ～ホ (略)

8～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数（入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、

ついて、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

(新設)

ハ～ヨ (略)

タ 感染防止対策加算

レ (略)

(新設)

ソ～ム (略)

8～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜

当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 夜間看護加算 50点

ロ 看護補助体制充実加算 55点

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1～6 （略）

注1～4 （略）

5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ （略）

ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～ネ （略）

ナ 感染対策向上加算

エ （略）

ム 報告書管理体制加算

ウ・キ （略）

ノ 術後疼痛管理チーム加算

オ～テ （略）

6～8 （略）

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1～5 （略）

注1～5 （略）

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ （略）

ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ～オ （略）

間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1～6 （略）

注1～4 （略）

5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ （略）

（新設）

ハ～ツ （略）

ネ 感染防止対策加算

ナ （略）

（新設）

ラ・ム （略）

（新設）

ウ～ヅ （略）

6～8 （略）

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1～5 （略）

注1～5 （略）

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ （略）

（新設）

ハ～ノ （略）

ク 依存症入院医療管理加算
ヤ～ケ (略)
フ 感染対策向上加算
ユ 患者サポート体制充実加算
エ 報告書管理体制加算
テ・ア (略)
サ ハイリスク分娩^{べん}等管理加算 (ハイリスク分
娩^{べん}管理加算に限る。)

キ～モ (略)

7～10 (略)

A104 特定機能病院入院基本料 (1日につき)

1～3 (略)

注1～7 (略)

8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヘ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算

チ～フ (略)

コ 依存症入院医療管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)

エ～サ (略)

キ 感染対策向上加算

ユ (略)

メ 報告書管理体制加算

ミ・シ (略)

エ ハイリスク分娩^{べん}等管理加算 (ハイリスク分
娩^{べん}管理加算に限る。) (一般病棟又は精神病棟に限る。)

ヒ (略)

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
ク～マ (略)

ケ 感染防止対策加算

フ 患者サポート体制充実加算
(新設)

ユ・エ (略)

テ ハイリスク分娩^{べん}管理加算

ア～エ (略)

7～10 (略)

A104 特定機能病院入院基本料 (1日につき)

1～3 (略)

注1～7 (略)

8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヘ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算1

チ～フ (略)

コ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)

エ～サ (略)

キ 感染防止対策加算

ユ (略)

(新設)

メ・ミ (略)

シ ハイリスク分娩^{べん}管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)

エ (略)

モ 術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

セ～イチ （略）

9・10 （略）

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

12 注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時1回に限り、50点を更に所定点数に加算する。

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げ

（新設）

ヒ～イヘ （略）

9・10 （略）

（新設）

（新設）

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げ

る入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～キ (略)

ノ 依存症入院医療管理加算

オ～マ (略)

ケ 感染対策向上加算

フ (略)

コ 報告書管理体制加算

エ～ア (略)

サ 術後疼痛^{とつ}管理チーム加算

キ～セ (略)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1 障害者施設等一般病棟 (児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設 (主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児 (同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)) を入所させるものに限る。)) 及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者 (重度の意識障害者を含む。))、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。)) であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者 (第3節の特定入院料を算定する患者を除

る入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～キ (略)

ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

オ～マ (略)

ケ 感染防止対策加算

フ (略)

(新設)

コ～テ (略)

(新設)

ア～ヒ (略)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1 障害者施設等一般病棟 (児童福祉法^(昭和22年法律第164号)第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設 (主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児 (同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)) を入所させるものに限る。)) 及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者 (重度の意識障害者を含む。))、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。)) であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者 (第3節の特定

く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2～4 (略)

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

6 (略)

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ (略)

ソ 栄養サポートチーム加算

ヅ (略)

ネ 感染対策向上加算

ト (略)

入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2～4 (略)

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

6 (略)

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～レ (略)

(新設)

ソ (略)

ヅ 感染防止対策加算

ネ (略)

ラ 報告書管理体制加算

ム～ク (略)

8 注6又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

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

イ 看護補助加算

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <u>(1)</u> 14日以内の期間 | <u>146点</u> |
| <u>(2)</u> 15日以上30日以内の期間 | <u>121点</u> |

ロ 看護補助体制充実加算

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <u>(1)</u> 14日以内の期間 | <u>151点</u> |
| <u>(2)</u> 15日以上30日以内の期間 | <u>126点</u> |

10・11 (略)

12 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィ

(新設)

ナ～ノ (略)

8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

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

(新設)

- | | |
|------------------------|-------------|
| <u>イ</u> 14日以内の期間 | <u>141点</u> |
| <u>ロ</u> 15日以上30日以内の期間 | <u>116点</u> |

(新設)

10・11 (略)

(新設)

一患者及び難病患者等を除く。)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの
1,345点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの
1,221点

ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの
1,207点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの
1,084点

ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの
1,118点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの
995点

A107 (略)

A108 有床診療所入院基本料(1日につき)

1~6 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診

A107 (略)

A108 有床診療所入院基本料(1日につき)

1~6 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診

療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

ハ 夜間看護配置加算 1 105点

ニ 夜間看護配置加算 2 55点

ホ・ヘ (略)

7 (略)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ネ (略)

療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

ハ 夜間看護配置加算 1 100点

ニ 夜間看護配置加算 2 50点

ホ・ヘ (略)

7 (略)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ネ (略)

ナ 感染対策向上加算

ラ (略)

ム 報告書管理体制加算

ウ (略)

キ ハイリスク分娩等管理加算(地域連携^{べん}分娩^{べん}管理加算に限る。)

ノ～ヤ (略)

9～12 (略)

A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)

1～5 (略)

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

7 (略)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場

ナ 感染防止対策加算

ラ (略)

(新設)

ム (略)

(新設)

ウ～オ (略)

9～12 (略)

A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)

1～5 (略)

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

7 (略)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場

合に算定できる。

イ～ワ (略)

カ 感染対策向上加算

ヨ (略)

タ 報告書管理体制加算

レ～ツ (略)

9～11 (略)

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

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算 (1日につき)

1～3 (略)

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200-2に掲げ

合に算定できる。

イ～ワ (略)

カ 感染防止対策加算

ヨ (略)

(新設)

タ～ソ (略)

9～11 (略)

(新設)

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算 (1日につき)

1～3 (略)

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

る急性期充実体制加算は別に算定できない。

A 2 0 0 - 2 急性期充実体制加算（1日につき）

- | | | |
|----------|----------------------|-------------|
| <u>1</u> | <u>7日以内の期間</u> | <u>460点</u> |
| <u>2</u> | <u>8日以上11日以内の期間</u> | <u>250点</u> |
| <u>3</u> | <u>12日以上14日以内の期間</u> | <u>180点</u> |

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 0 0に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

—

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

A 2 0 1 から A 2 0 3 まで （略）

A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）

1,000点

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に

（新設）

A 2 0 1 から A 2 0 3 まで （略）

A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）

1,000点

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に

加算する。この場合において、区分番号A204-3に掲げる紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

1・2 （略）

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）

800点

注 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算

加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

1・2 （略）

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（新設）

定できない。

A205	救急医療管理加算（1日につき）	
1	救急医療管理加算1	<u>1,050点</u>
2	救急医療管理加算2	<u>420点</u>
	注1～3（略）	
A205-2～A207	（略）	
A207-2	医師事務作業補助体制加算（入院初日）	
1	医師事務作業補助体制加算1	
イ	15対1補助体制加算	<u>1,050点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>835点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>705点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>610点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>510点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>430点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>350点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>300点</u>
2	医師事務作業補助体制加算2	
イ	15対1補助体制加算	<u>975点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>770点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>645点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>560点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>475点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>395点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>315点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>260点</u>
	注（略）	
A207-3	急性期看護補助体制加算（1日につき）	
1～4	（略）	
	注1（略）	
2	夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい	

A205	救急医療管理加算（1日につき）	
1	救急医療管理加算1	<u>950点</u>
2	救急医療管理加算2	<u>350点</u>
	注1～3（略）	
A205-2～A207	（略）	
A207-2	医師事務作業補助体制加算（入院初日）	
1	医師事務作業補助体制加算1	
イ	15対1補助体制加算	<u>970点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>758点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>630点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>545点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>455点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>375点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>295点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>248点</u>
2	医師事務作業補助体制加算2	
イ	15対1補助体制加算	<u>910点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>710点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>590点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>510点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>430点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>355点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>280点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>238点</u>
	注（略）	
A207-3	急性期看護補助体制加算（1日につき）	
1～4	（略）	
	注1（略）	
2	夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい	

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 125点
- ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 120点
- ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 105点

3 (略)

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

A207-4 看護職員夜間配置加算 (1日につき)

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
 - イ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点
 - ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
 - イ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点
 - ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

注 (略)

A208~A213 (略)

A214 看護補助加算 (1日につき)

1~3 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合してい

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点
- ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点
- ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点

3 (略)

(新設)

A207-4 看護職員夜間配置加算 (1日につき)

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
 - イ 看護職員夜間12対1配置加算1 105点
 - ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 85点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
 - イ 看護職員夜間16対1配置加算1 65点
 - ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 40点

注 (略)

A208~A213 (略)

A214 看護補助加算 (1日につき)

1~3 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合してい

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。

3 (略)

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

A 2 1 5 から A 2 1 7 まで～A 2 2 4 (略)

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算 (1日につき)

1 治療用放射性同位元素による治療の場合

6,370点

2 密封小線源による治療の場合

2,200点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行わ

るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

A 2 1 5 から A 2 1 7 まで～A 2 2 4 (略)

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算 (1日につき) 2,500点

(新設)

(新設)

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

(新設)

れた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 6～A 2 3 1-2 （略）

A 2 3 1-3 依存症入院医療管理加算（1日につき）

1・2 （略）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4～A 2 3 3 （略）

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養

A 2 2 6～A 2 3 1-2 （略）

A 2 3 1-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

1・2 （略）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4～A 2 3 3 （略）

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養

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

2・3 (略)

A234 (略)

A234-2 感染対策向上加算 (入院初日)

- | | | |
|---|------------------|------|
| 1 | <u>感染対策向上加算1</u> | 710点 |
| 2 | <u>感染対策向上加算2</u> | 175点 |
| 3 | <u>感染対策向上加算3</u> | 75点 |

注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り(3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回

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

2・3 (略)

A234 (略)

A234-2 感染防止対策加算 (入院初日)

- | | | |
|---|------------------|------|
| 1 | <u>感染防止対策加算1</u> | 390点 |
| 2 | <u>感染防止対策加算2</u> | 90点 |
- (新設)

注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

）それぞれ所定点数に加算する。

- 2 感染対策向上加算 1を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。
- 3 感染対策向上加算 2又は感染対策向上加算 3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。
- 4 感染対策向上加算 2又は感染対策向上加算 3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 3 (略)

A 2 3 4 - 4 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点
注 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して3日を限度とし

- 2 感染防止対策加算 1を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。
- 3 感染防止対策加算 1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。

(新設)

A 2 3 4 - 3 (略)

(新設)

て所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 5 報告書管理体制加算（退院時 1 回） 7 点

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

A 2 3 5 ~ A 2 3 6 - 2 (略)

A 2 3 7 ハイリスク分娩等管理加算（1 日につき）

1 ハイリスク分娩管理加算 3,200 点

2 地域連携分娩管理加算 3,200 点

注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1 入院に限り 8 日を限度として所定点数に加算する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管

(新設)

A 2 3 5 ~ A 2 3 6 - 2 (略)

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算（1 日につき） 3,200 点

(新設)

(新設)

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1 入院に限り 8 日を限度として所定点数に加算する。

(新設)

理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

- 3 ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、1又は2に含まれるものとする。

A 2 3 8からA 2 3 8-5まで～A 2 4 2 (略)

A 2 4 2-2 術後疼痛管理チーム加算(1日につき) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

A 2 4 3～A 2 4 5 (略)

A 2 4 6 入退院支援加算(退院時1回)

- 1 入退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

2・3 (略)

注1～3 (略)

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

- 2 ハイリスク分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

A 2 3 8からA 2 3 8-5まで～A 2 4 2 (略)
(新設)

A 2 4 3～A 2 4 5 (略)

A 2 4 6 入退院支援加算(退院時1回)

- 1 入退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

2・3 (略)

注1～3 (略)

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料は別に算定できない。

イ・ロ (略)

5～8 (略)

A247～A248 (略)

A249 精神科急性期医師配置加算 (1日につき)

1 (略)

2 精神科急性期医師配置加算2

イ (略)

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点

3 精神科急性期医師配置加算3 400点

注 (略)

A250・A251 (略)

A252 地域医療体制確保加算 (入院初日) 620点

注 (略)

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料 (1日につき)

1 救命救急入院料1

イ・ロ (略)

ハ 8日以上^{の期間} 7,897点

2 救命救急入院料2

イ・ロ (略)

険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲは別に算定できない。

イ・ロ (略)

5～8 (略)

A247～A248 (略)

A249 精神科急性期医師配置加算 (1日につき)

1 (略)

2 精神科急性期医師配置加算2

イ (略)

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点

3 精神科急性期医師配置加算3 450点

注 (略)

A250・A251 (略)

A252 地域医療体制確保加算 (入院初日) 520点

注 (略)

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料 (1日につき)

1 救命救急入院料1

イ・ロ (略)

ハ 8日以上^{14日以内}の期間 7,897点

2 救命救急入院料2

イ・ロ (略)

ハ	8日以上の期間	9,371点
3	救命救急入院料3	
イ	救命救急入院料	
	(1)・(2) (略)	
	(3) 8日以上の期間	7,897点
	ロ (略)	
4	救命救急入院料4	
イ	救命救急入院料	
	(1)・(2) (略)	
	(3) 8日以上の期間	9,371点
	ロ (略)	

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又

ハ	8日以上14日以内の期間	9,371点
3	救命救急入院料3	
イ	救命救急入院料	
	(1)・(2) (略)	
	(3) 8日以上14日以内の期間	7,897点
	ロ (略)	
4	救命救急入院料4	
イ	救命救急入院料	
	(1)・(2) (略)	
	(3) 8日以上14日以内の期間	9,371点
	ロ (略)	

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又

はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。

イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合

7,000点

ロ イ以外の場合

3,000点

3～6 (略)

7 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制

はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

(新設)

(新設)

3～6 (略)

7 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。））、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加

加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

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

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点(入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続

算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

(新設)

(新設)

(新設)

上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号I002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。

11 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

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

A301	特定集中治療室管理料（1日につき）	
1	特定集中治療室管理料1	
イ	（略）	
ロ	8日以上 <u>の期間</u>	12,633点
2	特定集中治療室管理料2	
イ	特定集中治療室管理料	
(1)	（略）	
(2)	8日以上 <u>の期間</u>	12,633点
ロ	（略）	
3	特定集中治療室管理料3	
イ	（略）	
ロ	8日以上 <u>の期間</u>	8,118点
4	特定集中治療室管理料4	
イ	特定集中治療室管理料	

（新設）

A301	特定集中治療室管理料（1日につき）	
1	特定集中治療室管理料1	
イ	（略）	
ロ	8日以上 <u>14日以内</u> の期間	12,633点
2	特定集中治療室管理料2	
イ	特定集中治療室管理料	
(1)	（略）	
(2)	8日以上 <u>14日以内</u> の期間	12,633点
ロ	（略）	
3	特定集中治療室管理料3	
イ	（略）	
ロ	8日以上 <u>14日以内</u> の期間	8,118点
4	特定集中治療室管理料4	
イ	特定集中治療室管理料	

- (1) (略)
- (2) 8日以上の期間 8,118点

ロ (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 (略)

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感

- (1) (略)
- (2) 8日以上14日以内の期間 8,118点

ロ (略)

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

2 (略)

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感

染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

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

イ 3日以内の期間 750点

ロ 4日以上7日以内の期間 500点

ハ 8日以上14日以内の期間 300点

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

（新設）

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

(新設)

等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 6,013点

注1 （略）

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援

（新設）

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 6,013点

注1 （略）

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク

充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそつ}ハイ
リスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算
2、データ提出加算、入退院支援加算（1の
イ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん
妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体
制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制
確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た病
室に入院している患者に対して、入室後早期か
ら離床等に必要な治療を行った場合に、早期離
床・リハビリテーション加算として、入室した
日から起算して14日を限度として500点を所定
点数に加算する。この場合において、同一日に
区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビ
リテーション料、H001に掲げる脳血管疾患
等リハビリテーション料、H001-2に掲げ
る廃用症候群リハビリテーション料、H002
に掲げる運動器リハビリテーション料、H00
3に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H0
07に掲げる障害児（者）リハビリテーション
料及びH007-2に掲げるがん患者リハビ
リテーション料は、算定できない。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た病
室に入院している患者に対して、入室後早期か
ら必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介
入管理加算として、入室した日から起算して7
日を限度として250点（入室後早期から経腸栄
養を開始した場合は、当該開始日以降は400点

患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、デ
ータ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び
3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイ
リスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算
、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加
算を除く。）

ハ～チ （略）

（新設）

（新設）

)を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。

剤業務実施加算 2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

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

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

(新設)

(新設)

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3－2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3－2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加

ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ（略）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2（略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理^{とう}チーム加

算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ（略）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2（略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管

算及びトにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあつては新生児集中治療室管理料に限る。)に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～リ (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)
5,697点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療

理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。)に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～リ (略)

(新設)

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)
5,697点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療

回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140日））、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

A304 (略)

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

A304 (略)

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者^{じよくそう}ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点

注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者^{じよくそう}ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点

注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3①のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3②のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,717点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,569点

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 （略）

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜^{ほう}する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2～4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

（新設）

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 （略）

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜^{ほう}する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2～4 （略）

（新設）

険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

イ 無菌治療管理加算1 2,000点

ロ 無菌治療管理加算2 1,500点

6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等 (新設)

に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

7 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして (新設)

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につ (新設)

き別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 時間外受入体制強化加算1 300点

ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

（新設）

（新設）

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養

6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養

環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）
1～4 （略）
（削る）

5 回復期リハビリテーション病棟入院料5

1,678点

（生活療養を受ける場合にあつては、1,664点）

注1 （略）

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加

環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）
1～4 （略）

5 回復期リハビリテーション病棟入院料5

1,736点

（生活療養を受ける場合にあつては、1,721点）

6 回復期リハビリテーション病棟入院料6

1,678点

（生活療養を受ける場合にあつては、1,664点）

注1 （略）

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加

算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

4 （略）

5 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあつては、1年）を限度として算定する。

A308-2 （略）

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

1～8 （略）

算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

4 （略）

（新設）

A308-2 （略）

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

1～8 （略）

注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

2・3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

2・3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。

イ 看護補助者配置加算 160点

ロ 看護補助体制充実加算 165点

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

イ 急性期患者支援病床初期加算

(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

150点

② ①の患者以外の患者の場合 50点

(2) 許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

(新設)

(新設)

5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

(新設)

	250点
② ①の患者以外の患者の場合	125点
ロ 在宅患者支援病床初期加算	
① 介護老人保健施設から入院した患者の場合	500点
② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合	400点

6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

(新設)

6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

8 （略）

9 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

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

11 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれ

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

8 （略）

9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

（新設）

（新設）

の所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

- 12 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～4 （略）

- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

- 6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについて

（新設）

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～4 （略）

- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

（新設）

は、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの
1,717点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの
1,569点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの
1,490点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの
1,341点

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1 緩和ケア病棟入院料1

イ 30日以内の期間 5,107点

ロ 31日以上60日以内の期間 4,554点

ハ 61日以上の間 3,350点

2 緩和ケア病棟入院料2

イ 30日以内の期間 4,870点

ロ 31日以上60日以内の期間 4,401点

ハ 61日以上の間 3,298点

注1・2 (略)

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1 緩和ケア病棟入院料1

イ 30日以内の期間 5,207点

ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点

ハ 61日以上の間 3,450点

2 緩和ケア病棟入院料2

イ 30日以内の期間 4,970点

ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点

ハ 61日以上の間 3,398点

注1・2 (略)

3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケ

加算、褥瘡^{じよくそつ}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛^{とうつ}を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

A311 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）

<u>1</u>	<u>30日以内の期間</u>	<u>2,400点</u>
<u>2</u>	<u>31日以上60日以内の期間</u>	<u>2,100点</u>
<u>3</u>	<u>61日以上90日以内の期間</u>	<u>1,900点</u>

(削る)

(削る)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚

ア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

(新設)

A311 精神科救急入院料（1日につき）

(新設)

(新設)

(新設)

1 精神科救急入院料1

<u>イ</u>	<u>30日以内の期間</u>	<u>3,579点</u>
<u>ロ</u>	<u>31日以上</u> の期間	<u>3,145点</u>

2 精神科救急入院料2

<u>イ</u>	<u>30日以内の期間</u>	<u>3,372点</u>
<u>ロ</u>	<u>31日以上</u> の期間	<u>2,938点</u>

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚

生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定

生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定

める日を除く。)につき70点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあつては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	精神科救急医療体制加算 1	600点
ロ	精神科救急医療体制加算 2	590点
ハ	精神科救急医療体制加算 3	500点

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1 精神科急性期治療病棟入院料 1

イ	30日以内の期間	<u>2,000点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,700点</u>
ハ	61日以上90日以内の期間	<u>1,500点</u>

2 精神科急性期治療病棟入院料 2

イ	30日以内の期間	<u>1,885点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,600点</u>
ハ	61日以上90日以内の期間	<u>1,450点</u>

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安

める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。

(新設)

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1 精神科急性期治療病棟入院料 1

イ	30日以内の期間	<u>1,997点</u>
ロ	31日以上90日以内の期間	<u>1,665点</u>

(新設)

2 精神科急性期治療病棟入院料 2

イ	30日以内の期間	<u>1,883点</u>
ロ	31日以上90日以内の期間	<u>1,554点</u>

(新設)

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管

全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	<u>3,600点</u>
2	31日以上 <u>60日以内</u> の期間	<u>3,300点</u>
3	<u>61日以上90日以内</u> の期間	<u>3,100点</u>

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、

理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	<u>3,579点</u>
2	31日以上の期間	<u>3,145点</u>

(新設)

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科

排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3・4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき

退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3・4 （略）

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき

) 2,995点

注1 (略)

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,091点

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B 0 1 5

) 2,995点

注1 (略)

2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,091点

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B 0 1 5に掲げる精神科退院時

に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)

3～7 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リ

共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3～7 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料(1日につき)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区

ハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316（略）

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

1・2（略）

注1～5（略）

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩

分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316（略）

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

1・2（略）

注1～5（略）

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神

和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7 （略）

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる

科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7 （略）

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J

腹膜灌流、区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

9 (略)

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）

1,539点

注1～3 (略)

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2,129点

(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点)

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病

4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

9 (略)

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）

1,539点

注1～3 (略)

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

(新設)

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

- 2 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

ロ イ以外の場合 2,718点

(削る)

2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1
及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行う
もの 10,549点

(生活療養を受ける場合にあつては、10,475点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1
及び2以外の場合 ロ その他のもの

8,744点

(生活療養を受ける場合にあつては、8,670点)

ハ D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)
) 11,485点

(生活療養を受ける場合にあつては、11,411点)

ニ D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉
負荷試験 イ 成長ホルモン(GH) (一連と
して) 8,312点

(生活療養を受ける場合にあつては、8,238点)

ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
5,040点

(生活療養を受ける場合にあつては、4,966点)

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

2,947点

(新設)

(新設)

2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）

5,075点

(生活療養を受ける場合にあつては、5,046点)

3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

イ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
5,630点

(生活療養を受ける場合にあつては、5,556点)

<p>へ D413 前立腺針生検法 2 <u>その他のもの</u> 10,197点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,123点</u>)</p>	<p>ロ D413 前立腺針生検法 <u>10,309点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,235点</u>)</p>
<p>ト K007-2 <u>経皮的放射線治療用金属マー カー留置術</u> 33,572点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>33,498点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>チ K030 <u>四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)</u> 16,224点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>16,150点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>リ K046 <u>骨折観血的手術 2 前腕、下腿 、手舟状骨(手舟状骨に限る。)</u> 32,937点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>32,863点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>ヌ K048 <u>骨内異物(挿入物を含む。)</u>除去 術 3 <u>前腕、下腿(前腕に限る。)</u> 20,611点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,537点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>ル K048 <u>骨内異物(挿入物を含む。)</u>除去 術 4 <u>鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足) その他(鎖骨に限る。)</u> 21,057点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,983点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>ヲ K048 <u>骨内異物(挿入物を含む。)</u>除去 術 4 <u>鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足) その他(手に限る。)</u> 15,180点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>15,106点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>ヅ K070 <u>ガングリオン摘出術 1 手、足 、指(手、足)(手に限る。)</u> 13,878点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>13,804点</u>)</p>	<p>(新設)</p>
<p>カ K093-2 <u>関節鏡下手根管開放手術</u> 17,621点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>17,547点</u>)</p>	<p>ハ K093-2 <u>関節鏡下手根管開放手術</u> <u>18,448点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>18,374点</u>)</p>
<p>ク K196-2 <u>胸腔鏡下交感神経節切除術(</u></p>	<p>ニ K196-2 <u>胸腔鏡下交感神経節切除術(</u></p>

両側) (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>35,589点</u>)	<u>35,663点</u>	両側) (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>40,869点</u>)	<u>40,943点</u>
タ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内 視鏡を用いるもの (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>11,238点</u>)	<u>11,312点</u>	(新設)	
レ K 2 1 7 眼 ^{けん} 瞼内反症手術 2 皮膚切開法 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,580点</u>)	<u>10,654点</u>	(新設)	
ソ K 2 1 9 眼 ^{けん} 瞼下垂症手術 1 眼 ^{けん} 瞼挙筋前 転法 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>17,942点</u>)	<u>18,016点</u>	(新設)	
ツ K 2 1 9 眼 ^{けん} 瞼下垂症手術 3 その他のも の (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,273点</u>)	<u>16,347点</u>	(新設)	
ネ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するも の) (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,357点</u>)	<u>9,431点</u>	(新設)	
ナ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,252点</u>)	<u>18,326点</u>	(新設)	
ラ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法 の併施 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,422点</u>)	<u>22,496点</u>	(新設)	
ム K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマ レーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は 帯状角膜変性に係るものに限る。) <u>20,426点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,352点</u>)		(新設)	
ウ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併 用眼内ドレーン挿入術 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>37,081点</u>)	<u>37,155点</u>	(新設)	
ヰ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを		ホ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを	

挿入する場合 ロ その他のもの (片側)
17,888点
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,814点)
 ノ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを
 挿入する場合 ロ その他のもの (両側)
32,130点
 (生活療養を受ける場合にあつては、32,056点)
 オ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを
 挿入しない場合 (片側) 15,059点
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,985点)
 ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを
 挿入しない場合 (両側) 25,312点
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,238点)
 ヤ K 3 1 8 鼓膜形成手術 30,571点
 (生活療養を受ける場合にあつては、30,497点)
 マ K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 18,809点
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,735点)
 ケ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2
直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
26,312点
 (生活療養を受ける場合にあつては、26,238点)
 フ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セン
 チメートル未満 17,302点
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,228点)
 コ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5セン
 チメートル以上 25,366点
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,292点)
 エ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓
 除去術 1 初回 28,842点
 (生活療養を受ける場合にあつては、28,768点)
 テ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓

挿入する場合 ロ その他のもの (片側)
19,873点
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,799点)
 コ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを
 挿入する場合 ロ その他のもの (両側)
34,416点
 (生活療養を受ける場合にあつては、34,342点)
 (新設)
 (新設)
 (新設)
 (新設)
 (新設)
 ト K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セン
 チメートル未満 18,588点
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,514点)
 (新設)
 チ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓
 除去術 1 初回 32,540点
 (生活療養を受ける場合にあつては、32,466点)
 リ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓

除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
28,884点
(生活療養を受ける場合にあつては、28,810点)
ア K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除
術 19,798点
(生活療養を受ける場合にあつては、19,724点)
サ K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
(一連として) 9,149点
(生活療養を受ける場合にあつては、9,075点)
キ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮
術 9,494点
(生活療養を受ける場合にあつては、9,420点)
ユ K617-2 大伏在静脈抜去術 23,090点
(生活療養を受ける場合にあつては、23,016点)
メ K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
20,130点
(生活療養を受ける場合にあつては、20,056点)
ミ K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
22,252点
(生活療養を受ける場合にあつては、22,178点)
シ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(3歳未満に限る。) 33,785点
(生活療養を受ける場合にあつては、33,711点)
エ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(3歳以上6歳未満に限る。) 24,296点
(生活療養を受ける場合にあつては、24,222点)
ヒ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(6歳以上15歳未満に限る。) 21,275点
(生活療養を受ける場合にあつては、21,201点)
モ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(15歳以上に限る。) 23,648点

除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
32,540点
(生活療養を受ける場合にあつては、32,466点)
ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除
術 21,755点
(生活療養を受ける場合にあつては、21,681点)
ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
(一連として) 10,411点
(生活療養を受ける場合にあつては、10,337点)
ヘ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮
術 10,225点
(生活療養を受ける場合にあつては、10,151点)
(新設)
(新設)
(新設)
ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(3歳未満に限る。) 31,835点
(生活療養を受ける場合にあつては、31,761点)
カ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(3歳以上6歳未満に限る。) 25,358点
(生活療養を受ける場合にあつては、25,284点)
ク K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(6歳以上15歳未満に限る。) 22,597点
(生活療養を受ける場合にあつては、22,523点)
タ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
(15歳以上に限る。) 24,975点

(生活療養を受ける場合にあつては、23,574点)
セ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (3歳未満に限る。) 70,492点
(生活療養を受ける場合にあつては、70,418点)
ス K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (3歳以上6歳未満に限る。) 53,309点
(生活療養を受ける場合にあつては、53,235点)
ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (6歳以上15歳未満に限る。) 41,081点
(生活療養を受ける場合にあつては、41,007点)
イイ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (15歳以上に限る。) 48,934点
(生活療養を受ける場合にあつては、48,860点)
イロ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
除術 1 長径2センチメートル未満
12,560点
(生活療養を受ける場合にあつては、12,486点)
イハ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
除術 2 長径2センチメートル以上
16,258点
(生活療養を受ける場合にあつては、16,184点)
イニ K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2
硬化療法 (四段階注射法によるもの)
10,604点
(生活療養を受ける場合にあつては、10,530点)
イホ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、
肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切
除術に限る。) 10,792点
(生活療養を受ける場合にあつては、10,718点)
イヘ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、
肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジ

(生活療養を受ける場合にあつては、24,901点)
レ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (3歳未満に限る。) 62,344点
(生活療養を受ける場合にあつては、62,270点)
ロ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (3歳以上6歳未満に限る。) 51,773点
(生活療養を受ける場合にあつては、51,699点)
ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (6歳以上15歳未満に限る。) 40,741点
(生活療養を受ける場合にあつては、40,667点)
ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
) (15歳以上に限る。) 50,328点
(生活療養を受ける場合にあつては、50,254点)
ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
除術 1 長径2センチメートル未満
12,739点
(生活療養を受ける場合にあつては、12,665点)
ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
除術 2 長径2センチメートル以上
15,599点
(生活療養を受ける場合にあつては、15,525点)
ム K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2
硬化療法 (四段階注射法によるもの)
11,109点
(生活療養を受ける場合にあつては、11,035点)
(新設)

(新設)

ローム切除術に限る。) 8,415点
 (生活療養を受ける場合にあつては、8,341点)
イト K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
 (一連につき) 25,894点
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,820点)
イチ K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒
素によるもの) 24,703点
 (生活療養を受ける場合にあつては、24,629点)
イリ K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈^{りゅう}瘤手術
 23,870点
 (生活療養を受ける場合にあつては、23,796点)
イヌ K 8 6 7 子宮頸部^{けいぶ} (脛部) 切除術
 14,607点
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,533点)
イル K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切
出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶
液利用のもの 21,709点
 (生活療養を受ける場合にあつては、21,635点)
イロ K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切
出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他の
もの 18,652点
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,578点)
イワ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1
電解質溶液利用のもの 35,191点
 (生活療養を受ける場合にあつては、35,117点)
イカ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2
その他のもの 33,460点
 (生活療養を受ける場合にあつては、33,386点)
イヨ K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
 109,045点
 (生活療養を受ける場合にあつては、108,971点)

ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (
一連につき) 25,597点
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,523点)
 (新設)
 (新設)
主 K 8 6 7 子宮頸部^{けいぶ} (脛部) 切除術
 16,249点
 (生活療養を受ける場合にあつては、16,175点)
 (新設)
 (新設)
 (新設)
 (新設)

イタ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点

(生活療養を受ける場合にあつては、58,422点)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料1を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

2 (略)

3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ

ノ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点

(生活療養を受ける場合にあつては、59,125点)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

2 (略)

3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ

(LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 並びにイオン化カルシウム

ホ～ヲ (略)

(削る)

4 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

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

(LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 並びにイオン化カルシウム

ホ～ヲ (略)

- 4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)

ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの

5 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

(新設)

る。

3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ 小児科外来診療料

ロ 外来リハビリテーション診療料

ハ 外来放射線照射診療料

ニ 地域包括診療料

ホ 認知症地域包括診療料

ヘ 小児かかりつけ診療料

ト 外来腫瘍化学療法診療料

チ 救急救命管理料

リ 退院後訪問指導料

4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げ

る再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

第1節 医学管理料等

区分

B000 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。

2～4 (略)

5 小児科療養指導料 270点

(新設)

区分

B000 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

(新設)

2～4 (略)

5 小児科療養指導料 270点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

7 難病外来指導管理料 270点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

7 難病外来指導管理料 270点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料(情報通信機器を用いた場合)

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ・ロ (略)

注1～3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

(1) 初回

① 対面で行った場合 260点

② 情報通信機器等を用いた場合 235点

(2) 2回目以降

① (略)

② 情報通信機器等を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回

① 対面で行った場合 250点

② 情報通信機器等を用いた場合 225点

(2) 2回目以降

① 対面で行った場合 190点

② 情報通信機器等を用いた場合 170点

注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った

として、月1回に限り100点を算定する。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ・ロ (略)

注1～3 (略)

(新設)

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

(1) 初回

260点

(新設)

(新設)

(2) 2回目以降

① (略)

② 情報通信機器等を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回

250点

(新設)

(新設)

(2) 2回目以降

190点

(新設)

(新設)

注1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合

場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの②の①の点数を算定する。ただし、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。

4 イの①の②及び②の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

5 ロの①の①及び②の①については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣

に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの②の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること

(新設)

3 イの②の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣

臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

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

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ・ロ（略）

注1・2（略）

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定で

が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

（新設）

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ・ロ（略）

注1・2（略）

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時

きない。

11～13 (略)

14 高度難聴指導管理料

イ・ロ (略)

注1 (略)

2 区分番号K 3 2 8に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

3 (略)

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,211点

注1 (略)

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D 0 2 6に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査^(I)判断料、生化学的検査^(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビンA 1 c (H**b**A 1 **c**)

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン (B C P改良法・B C G法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C

共同指導料2は別に算定できない。

11～13 (略)

14 高度難聴指導管理料

イ・ロ (略)

注1 (略)

2 区分番号K 3 2 8に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

3 (略)

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点

注1 (略)

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D 0 2 6に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査^(I)判断料、生化学的検査^(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビンA 1 c (H**b**A 1 **c**)

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン (B C P改良法・B C G法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C

hE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、たん^{たん}白分画、血液ガス分析、アルミニウム(A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト〜ワ (略)

3 (略)

16・17 (略)

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1〜4 (略)

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

19〜21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

hE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、たん^{たん}白分画、血液ガス分析、アルミニウム(A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト〜ワ (略)

3 (略)

16・17 (略)

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1〜4 (略)

(新設)

19〜21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。

23 がん患者指導管理料

イ (略)

ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ・ニ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それ

注1・2 (略)

(新設)

23 がん患者指導管理料

イ (略)

ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ・ニ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

ぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3～5 (略)

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。

24 外来緩和ケア管理料 290点
注1～4 (略)

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3～5 (略)

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

(新設)

24 外来緩和ケア管理料 290点
注1～4 (略)

- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注4に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点）を算定する。
- 25 移植後患者指導管理料
イ・ロ（略）
注1・2（略）
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。
- 26（略）
- 27 糖尿病透析予防指導管理料 350点
注1～5（略）
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注4に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。

（新設）

- 25 移植後患者指導管理料
イ・ロ（略）
注1・2（略）
（新設）
- 26（略）
- 27 糖尿病透析予防指導管理料 350点
注1～5（略）
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

28 小児運動器疾患指導管理料 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29・30 (略)

31 腎代替療法指導管理料 500点

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

32 一般不妊治療管理料 250点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B

28 小児運動器疾患指導管理料 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29・30 (略)

31 腎代替療法指導管理料 500点

注1・2 (略)

(新設)

(新設)

001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

33 生殖補助医療管理料

(新設)

イ 生殖補助医療管理料1 300点

ロ 生殖補助医療管理料2 250点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

34 二次性骨折予防継続管理料

(新設)

イ 二次性骨折予防継続管理料1 1,000点

ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点

ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500点

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨

折の予防を目的として、骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

(新規)

イ 1月目 280点

ロ 2月目以降 25点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

36 下肢創傷処置管理料 500点

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 （略）

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 （略）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ及び区分番号C000に掲げる往診料

療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。

B001-2-4～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲

（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注 (略)

(新設)

B001-2-4～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)に、当該

、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）
（削る）

基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用

B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

1・2 （略）

注 1 （略）

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注 3 に規定する加算並びに区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診療の注 5 から注 7 までに規定する加算、通則第 3 号から第 5 号までに規定する加算、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第二章第 2 部在宅医療（区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ）、区分番号 C 0 0 1 - 2 に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第 5 部投薬（区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料及び区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が 550 点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

いて行った場合は、注 1 の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月 1 回に限り 100 点を算定する。

B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

1・2 （略）

注 1 （略）

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注 3 に規定する加算並びに区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診療の注 5 から注 7 までに規定する加算、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第二章第 2 部在宅医療（区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ）、区分番号 C 0 0 1 - 2 に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第 5 部投薬（区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料及び区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が 550 点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

(削る)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1 小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 641点

(2) 再診時 448点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 758点

(2) 再診時 566点

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 630点

(2) 再診時 437点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 747点

(2) 再診時 555点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものでして診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それ

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1 処方箋を交付する場合

イ 初診時 631点

(新設)

(新設)

ロ 再診時 438点

(新設)

(新設)

2 処方箋を交付しない場合

イ 初診時 748点

(新設)

(新設)

ロ 再診時 556点

(新設)

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものでして診療を行った場合に算定する。

ぞれ算定する。

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

2 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅳ及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

(新設)

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- 4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する

。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

- | | | |
|---|----------------------|-------------|
| 1 | <u>脂質異常症を主病とする場合</u> | <u>570点</u> |
| | (削る) | |
| | (削る) | |
| | (削る) | |
| 2 | <u>高血圧症を主病とする場合</u> | <u>620点</u> |
| | (削る) | |
| | (削る) | |
| | (削る) | |
| 3 | <u>糖尿病を主病とする場合</u> | <u>720点</u> |

注1 (略)

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

B001-3 生活習慣病管理料

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------|
| 1 | <u>保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</u> | |
| | イ <u>脂質異常症を主病とする場合</u> | <u>650点</u> |
| | ロ <u>高血圧症を主病とする場合</u> | <u>700点</u> |
| | ハ <u>糖尿病を主病とする場合</u> | <u>800点</u> |
| 2 | <u>1以外の場合</u> | |
| | イ <u>脂質異常症を主病とする場合</u> | <u>1,175点</u> |
| | ロ <u>高血圧症を主病とする場合</u> | <u>1,035点</u> |
| | ハ <u>糖尿病を主病とする場合</u> | <u>1,280点</u> |

(新設)

注1 (略)

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 (略)

(削る)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1のロの②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

(新設)

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1のロの②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診

療料Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点
注1~4 (略)

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ~ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL

料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点
注1~4 (略)

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ~ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ （略）

へ 肝炎ウイルス関連検査

HB_s抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト～ヌ （略）

6・7 （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総^{たん}蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ （略）

へ 肝炎ウイルス関連検査

HB_s抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト～ヌ （略）

6・7 （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総^{たん}蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

4～6（略）

B001-6～B001-8（略）

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1・2（略）

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

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

4～6（略）

B001-6～B001-8（略）

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1・2（略）

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

の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。

B002 開放型病院共同指導料Ⅱ 350点
注1 (略)

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に

必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

(新設)

B002 開放型病院共同指導料Ⅱ 350点
注1 (略)

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に

掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

B005～B005-5 (略)

B005-6 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 がん治療連携計画策定料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料2を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 (略)

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指

掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

B005～B005-5 (略)

B005-6 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 (略)

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点

注1・2 (略)

(新設)

導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

B 0 0 5 - 7 認知症専門診断管理料

1 (略)

2 認知症専門診断管理料 2

イ 基幹型又は地域型の場合 300点

ロ 連携型の場合 280点

注 1 (略)

2 認知症専門診断管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

3 注 1 及び注 2 の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B 0 0 5 - 7 - 2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注 1～3 (略)

B 0 0 5 - 7 認知症専門診断管理料

1 (略)

2 認知症専門診断管理料 2 300点

(新設)

(新設)

注 1 (略)

2 認知症専門診断管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

3 注 1 及び注 2 の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B 0 0 5 - 7 - 2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注 1～3 (略)

- 4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 (略)
- B005-7-3 認知症サポート指導料 450点
- 注1 (略)
- 2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点
- 注1・2 (略)
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。
- B005-9 (略)
- B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2

- 4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 (略)
- B005-7-3 認知症サポート指導料 450点
- 注1 (略)
- 2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点
- 注1・2 (略)
(新設)
- B005-9 (略)
- B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は

月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料

1 診断を目的とする場合 750点

2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定

看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料 500点

(新設)

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定

までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

B 0 0 5 -12 こころの連携指導料Ⅱ 350点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B 0 0 5 -13 こころの連携指導料Ⅲ 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B 0 0 5 -12に掲げるこころの連携

する。
(新設)

(新設)

(新設)

指導料(Ⅱ)を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B006～B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点
注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

B009 診療情報提供料(Ⅱ) 250点
注1～6 (略)

7 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に

B006～B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点
注1・2 (略)
(新設)

B009 診療情報提供料(Ⅱ) 250点
注1～6 (略)

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

、患者1人につき月1回に限り算定する。

8～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 連携強化診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

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

8～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

はない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関におい

2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜^{ほう}する保険医療機関から紹介された注1に

て、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。

6 （略）

B011-2～B011-4 （略）

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

12,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当

規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

4 （略）

B011-2～B011-4 （略）

（新設）

該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B012～B014 (略)

B015 精神科退院時共同指導料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

4 (略)

B016からB018まで (略)

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

区分

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。

2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

B012～B014 (略)

B015 精神科退院時共同指導料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

4 (略)

B016からB018まで (略)

(新設)

第3節 特定保険医療材料料

区分

B200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に
厚生労働大臣が定める。

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ 在宅患者訪問診療料Ⅱ

ロ 在宅患者訪問診療料Ⅲ

ハ 在宅患者訪問看護・指導料

ニ 同一建物居住者訪問看護・指導料

ホ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

ヘ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

ト 在宅患者訪問薬剤管理指導料

チ 在宅患者訪問栄養食事指導料

リ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

6 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げ

(新設)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

(新設)

(新設)

る再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

7 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

(新設)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)
)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲

区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)
)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲

げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

3～11 (略)

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅱ (1日につき) 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ (略)

2～6 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除く。)

① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点

③ ①及び②以外の場合 880点

(4) 月1回訪問診療を行っている場合

げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

3～11 (略)

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅱ (1日につき) 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ (略)

2～6 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(新設)

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- ①～③ (略)
- ⑤ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点
- ③ ①及び②以外の場合 440点
- ロ 病床を有しない場合
- (1)・(2) (略)
- ③ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であつて、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(①及び②の場合を除く。)
- ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点
- ③ ①及び②以外の場合 820点
- ④ 月1回訪問診療を行っている場合
- ①～③ (略)
- ⑤ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,395点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点
- ③ ①及び②以外の場合 410点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1

①～③ (略)
(新設)

- ロ 病床を有しない場合
- (1)・(2) (略)
(新設)

③ 月1回訪問診療を行っている場合
①～③ (略)
(新設)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1

に規定するものを除く。)の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であ
って、うち1回以上情報通信機器を用いた診療
を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 1,465点

(3) (1)及び(2)以外の場合 780点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって
、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療
を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 733点

(3) (1)及び(2)以外の場合 390点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であ
って、うち1回以上情報通信機器を用いた診療
を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 1,180点

(3) (1)及び(2)以外の場合 660点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって
、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療

に規定するものを除く。)の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

(新設)

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

(新設)

を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点

(3) (1)及び(2)以外の場合 330点

注1～8 (略)

9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 在宅療養移行加算1 216点

ロ 在宅療養移行加算2 116点

10 1のイの(2)から(5)まで、1のロの(2)から(5)まで、2のロからホまで及び3のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

注1～8 (略)

9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

(新設)

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合

2,249点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

1,265点

③ ①及び②以外の場合

880点

(4) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

1,125点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

633点

③ ①及び②以外の場合

440点

ロ 病床を有しない場合

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(新設)

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(新設)

ロ 病床を有しない場合

(1)・(2) (略)

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合
2,069点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,175点

③ ①及び②以外の場合
820点

(4) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合
1,035点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
588点

③ ①及び②以外の場合
410点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

(1) 単一建物診療患者が1人の場合
1,909点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,105点

(3) (1)及び(2)以外の場合
780点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)・(2) (略)

(新設)

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(新設)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1)～(3) (略)
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 955点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 553点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 390点 |
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ・ロ (略)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,549点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 910点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 660点 |
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1)～(3) (略)
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 775点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 455点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 330点 |
- 注1～5 (略)
- 6 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療

- (1)～(3) (略)
- (新設)
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ・ロ (略)
- (新設)
- ハ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1)～(3) (略)
- (新設)
- 注1～5 (略)
- (新設)

	<u>機関において行われる場合に限り算定する。</u>		
	<u>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</u>		(新設)
C 0 0 3	在宅がん医療総合診療料 (1日につき)		C 0 0 3 在宅がん医療総合診療料 (1日につき)
	1・2 (略)		1・2 (略)
	注1～5 (略)		注1～5 (略)
	<u>6 15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)
	<u>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。</u>		(新設)
C 0 0 4	救急搬送診療料	1,300点	C 0 0 4 救急搬送診療料
	注1～3 (略)		注1～3 (略)
	<u>4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。</u>		(新設)

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ・ロ （略）

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) （略）

8～12 （略）

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ・ロ （略）

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) （略）

8～12 （略）

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。)又は登録特定行為事業者(同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。)が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15 (略)

16 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、^{じよくそう}褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修(以下「特定行為研修」という。)を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
イ 緩和ケア、^{じよくそう}褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合(悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える^{じよくそう}褥瘡の状態にある患者(区分番号C013に掲げる在宅患者訪問

条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。)又は登録特定行為事業者(同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。)が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15 (略)

(新設)

褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては
真皮までの状態の患者)又は人工肛門若しく
は人工膀胱を造設している者で管理が困難な
患者に対して行った場合に限る。) 250点

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な
管理を行った場合(保健師助産師看護師法第
37条の2第2項第1号に規定する特定行為(
訪問看護において専門の管理を必要とするも
のに限る。以下この部において同じ。))に係
る管理の対象となる患者に対して行った場合
に限る。) 250点

17・18 (略)

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につ
き)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1及び2については、注1ただし書に規定す
る別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は
同注ただし書の規定に基づき週7日を限度とし
て所定点数を算定する患者に対して、当該患者
に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必
要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護
・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加
算として、次に掲げる区分に従い、1日につき
、いずれかを所定点数に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人又は2人 450点
(削る)

(2) 同一建物内3人以上 400点

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人又は2人 800点

16・17 (略)

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につ
き)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1及び2については、注1ただし書に規定す
る別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は
同注ただし書の規定に基づき週7日を限度とし
て所定点数を算定する患者に対して、当該患者
に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必
要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護
・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加
算として、次に掲げる区分に従い、1日につき
、いずれかを所定点数に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人 450点

(2) 同一建物内2人 450点

(3) 同一建物内3人以上 400点

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人 800点

	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	720点
4	1 及び 2 については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、 <u>当該保険医療機関のその他職員</u> と同時に訪問看護・指導を行うことについて、 <u>当該患者又はその家族等の同意</u> を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。	
	イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合	
	(1) 同一建物内 1 人又は 2 人	450点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	400点
	ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合	
	(1) 同一建物内 1 人又は 2 人	380点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	340点
	ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が <u>その他職員</u> と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	
	(1) 同一建物内 1 人又は 2 人	300点

	② 同一建物内 2 人	800点
	③ 同一建物内 3 人以上	720点
4	1 及び 2 については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の <u>複数の</u> 看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。	
	イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合	
	(1) 同一建物内 1 人	450点
	② 同一建物内 2 人	450点
	③ 同一建物内 3 人以上	400点
	ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合	
	(1) 同一建物内 1 人	380点
	② 同一建物内 2 人	380点
	③ 同一建物内 3 人以上	340点
	ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が <u>看護補助者</u> と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	
	(1) 同一建物内 1 人	300点

	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	270点
ニ	所定点数を算定する訪問看護・指導を行う 看護師等が <u>その他職員</u> と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）	
	(1) 1日に1回の場合	
	① 同一建物内 1人又は2人	300点
	(削る)	
	② 同一建物内 3人以上	270点
	(2) 1日に2回の場合	
	① 同一建物内 1人又は2人	600点
	(削る)	
	② 同一建物内 3人以上	540点
	(3) 1日に3回以上の場合	
	① 同一建物内 1人又は2人	1,000点
	(削る)	
	② 同一建物内 3人以上	900点
5	(略)	
6	区分番号C005の注4から注6まで、注8から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ	

	② 同一建物内 2人	300点
	③ 同一建物内 3人以上	270点
ニ	所定点数を算定する訪問看護・指導を行う 看護師等が <u>看護補助者</u> と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）	
	(1) 1日に1回の場合	
	① 同一建物内 1人	300点
	② 同一建物内 2人	300点
	③ 同一建物内 3人以上	270点
	(2) 1日に2回の場合	
	① 同一建物内 1人	600点
	② 同一建物内 2人	600点
	③ 同一建物内 3人以上	540点
	(3) 1日に3回以上の場合	
	① 同一建物内 1人	1,000点
	② 同一建物内 2人	1,000点
	③ 同一建物内 3人以上	900点
5	(略)	
6	区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ	

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C 0 0 5 - 2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）
100点

注 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C 0 0 6 （略）

C 0 0 7 訪問看護指示料 300点
注1・2 （略）

3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C 0 0 5 - 2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）
100点

注 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C 0 0 6 （略）

C 0 0 7 訪問看護指示料 300点
注1・2 （略）

（新設）

に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008～C013 (略)

C014 外来在宅共同指導料

1 外来在宅共同指導料1 400点

2 外来在宅共同指導料2 600点

注1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が

3・4 (略)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008～C013 (略)

(新設)

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

2 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料^Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料^Ⅲは別に算定できない。

第2節 在宅療養指導管理料

通則
(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理

第2節 在宅療養指導管理料

通則
(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理

とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

2～4 (略)

とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

2～4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。

C101-2・C101-3 (略)

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点
注1・2 (略)

3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する

C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000点
注1・2 (略)

C103～C107-2 (略)

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

C108～C110-4 (略)

C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

C101-2・C101-3 (略)

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点
注1・2 (略)
(新設)

C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点
注1・2 (略)

C103～C107-2 (略)
(新設)

C108～C110-4 (略)
(新設)

C 1 1 1 ・ C 1 1 2 (略)

C 1 1 2 - 2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

注 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

C 1 1 3 ~ C 1 2 0 (略)

C 1 2 1 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点

注 1 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第 2 款 在宅療養指導管理材料加算

通則

(略)

区分

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

1 ~ 7 (略)

注 1 ・ 2 (略)

3 7については、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

4 SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病

C 1 1 1 ・ C 1 1 2 (略)

(新設)

C 1 1 3 ~ C 1 2 0 (略)

(新設)

第 2 款 在宅療養指導管理材料加算

通則

(略)

区分

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

1 ~ 7 (略)

注 1 ・ 2 (略)

3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、3月に3回に限り、40点を更に第1款の所定点数に加算する。

- C151～C159 (略)
- C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291点
注 (略)
- C160～C168 (略)
- C168-2 携帯型精密ネブライザ加算 3,200点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C169 (略)
- C170 排痰補助装置加算 1,829点
注 (略)
- C171・C171-2 (略)
- C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点
注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C172・C173 (略)
- C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点
注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算
1 1月目 7,480点
2 2月目以降 1,800点
注 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者

- C151～C159 (略)
- C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点
注 (略)
- C160～C168 (略)
- C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C169 (略)
- C170 排痰補助装置加算 1,800点
注 (略)
- C171・C171-2 (略)
(新設)
- C172・C173 (略)
(新設)
- (新設)

以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3節・第4節 (略)		
第3部 検査		
通則		
(略)		
第1節 検体検査料		
通則		
(略)		
第1款 検体検査実施料		
通則		
(略)		
区分		
	(尿・糞便等検査)	
D000	(略)	
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
	1 (略)	
	2 VMA定性(尿)、尿グルコース	9点
	3~7 (略)	
	8 アルブミン定量(尿)	<u>99点</u>
	9 トランスフェリン(尿)	<u>101点</u>
	10 ウロポルフィリン(尿)、 <u>トリプシノーゲン2</u>	
	<u>(尿)</u>	105点
	11~13 (略)	
	14 コプロポルフィリン(尿)	<u>131点</u>
	<u>15 IV型コラーゲン(尿)</u>	<u>184点</u>
	<u>16 (略)</u>	
	(削る)	
	17~21 (略)	
	注 (略)	

第3節・第4節 (略)		
第3部 検査		
通則		
(略)		
第1節 検体検査料		
通則		
(略)		
第1款 検体検査実施料		
通則		
(略)		
区分		
	(尿・糞便等検査)	
D000	(略)	
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
	1 (略)	
	2 VMA定性(尿)、 <u>Bence Jones^{たん}蛋</u>	
	<u>白定性(尿)、尿グルコース</u>	9点
	3~7 (略)	
	8 アルブミン定量(尿)	<u>102点</u>
	9 トランスフェリン(尿)	<u>104点</u>
	10 ウロポルフィリン(尿)	105点
	11~13 (略)	
	14 コプロポルフィリン(尿)	<u>135点</u>
	(新設)	
	<u>15 (略)</u>	
	<u>16 IV型コラーゲン(尿)</u>	<u>189点</u>
	17~21 (略)	
	注 (略)	

D002・D002-2	(略)	
D003	糞便検査	
	1～8	(略)
	9	カルプロテクチン(糞便) <u>270点</u>
D004	穿刺液・採取液検査	
	1	(略)
	2	関節液検査 <u>50点</u>
	3～7	(略)
	8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) <u>119点</u>
	9	(略)
	10	IgGインデックス <u>402点</u>
	11	(略)
	12	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液) <u>570点</u>
	13～17	(略)
	注	(略)
D004-2	(略)	(血液学的検査)
D005	血液形態・機能検査	
	1～6	(略)
	7	血中微生物検査、DNA含有赤血球計数検査 <u>40点</u>
	8～13	(略)
	14	骨髓像 <u>788点</u>
	注	(略)
	15	(略)
D006	出血・凝固検査	
	1～13	(略)
	14	Dダイマー定性 <u>122点</u>
	15	(略)
	16	von Willebrand因子(VWF)

D002・D002-2	(略)	
D003	糞便検査	
	1～8	(略)
	9	カルプロテクチン(糞便) <u>276点</u>
D004	穿刺液・採取液検査	
	1	(略)
		(新設)
	2～6	(略)
	7	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) <u>122点</u>
	8	(略)
	9	IgGインデックス <u>414点</u>
	10	(略)
	11	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液) <u>577点</u>
	12～16	(略)
	注	(略)
D004-2	(略)	(血液学的検査)
D005	血液形態・機能検査	
	1～6	(略)
	7	血中微生物検査 <u>40点</u>
	8～13	(略)
	14	骨髓像 <u>812点</u>
	注	(略)
	15	(略)
D006	出血・凝固検査	
	1～13	(略)
	14	Dダイマー定性 <u>125点</u>
	15	(略)
	16	von Willebrand因子(VWF)

活性	<u>129点</u>
17 Dダイマー	<u>130点</u>
18・19 (略)	
20 凝固因子インヒビター	<u>144点</u>
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	<u>147点</u>
22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	<u>154点</u>
23 プロテインS抗原	<u>158点</u>
24 プロテインS活性	<u>163点</u>
25 <u>β-トロンボグロブリン (β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)</u>	
	<u>176点</u>
26 (略)	
(削る)	
<u>27</u> プロトロンビンフラグメントF1+2	<u>192点</u>
<u>28</u> (略)	
<u>29</u> <u>フィブリンモノマー複合体</u>	<u>221点</u>
30 (略)	
(削る)	
<u>31</u> <u>プロテインC抗原</u>	<u>232点</u>
<u>32</u> <u>プロテインC活性</u>	<u>234点</u>
33 (略)	
(削る)	
<u>34・35</u> (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から <u>33</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	

活性	<u>132点</u>
17 Dダイマー	<u>133点</u>
18・19 (略)	
20 凝固因子インヒビター	<u>148点</u>
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	<u>151点</u>
22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	<u>158点</u>
23 プロテインS抗原	<u>162点</u>
24 プロテインS活性	<u>168点</u>
25 <u>β-トロンボグロブリン (β-TG)</u>	<u>177点</u>
26 (略)	
<u>27</u> <u>トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)</u>	
)	<u>181点</u>
<u>28</u> プロトロンビンフラグメントF1+2	<u>193点</u>
<u>29</u> (略)	
(新設)	
30 (略)	
<u>31</u> <u>フィブリンモノマー複合体</u>	<u>227点</u>
<u>32</u> <u>プロテインC抗原</u>	<u>239点</u>
(新設)	
33 (略)	
<u>34</u> <u>プロテインC活性</u>	<u>241点</u>
<u>35・36</u> (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から <u>34</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	

D006-2	(略)	
D006-3	<u>BCR-ABL1</u>	
1	<u>Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))</u>	
イ	<u>診断の補助に用いるもの</u>	2,520点
ロ	<u>モニタリングに用いるもの</u>	2,520点
2	<u>minor BCR-ABL mRNA</u>	
イ	<u>診断の補助に用いるもの</u>	2,520点
ロ	<u>モニタリングに用いるもの</u>	2,520点
D006-4	(略)	
D006-5	染色体検査 (全ての費用を含む。)	
1	<u>FISH法を用いた場合</u>	2,553点
2	<u>その他の場合</u>	2,553点
	<u>注1</u> 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	
	<u>2</u> 2については、流産検体を用いた ^{じゅつ} 絨毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,373点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,004点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	3,105点
D006-12~D006-14	(略)	
D006-15	<u>膀胱がん</u> ^{ほうこつ} 関連遺伝子検査	1,597点
D006-16~D006-18	(略)	
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	44,000点

D006-2	(略)	
D006-3	<u>Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))</u>	
1	<u>診断の補助に用いるもの</u>	2,520点
	(新設)	
2	<u>モニタリングに用いるもの</u>	2,520点
	(新設)	
	(新設)	
D006-4	(略)	
D006-5	染色体検査 (全ての費用を含む。)	2,631点
	(新設)	
	(新設)	
	<u>注</u> 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	
	(新設)	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,429点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,037点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	3,201点
D006-12~D006-14	(略)	
D006-15	<u>膀胱がん</u> 関連遺伝子検査	1,597点
D006-16~D006-18	(略)	
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	

(削る)	
(削る)	
<u>注1</u>	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。
<u>2</u>	<u>抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。</u>
D006-20・D006-21	(略)
D006-22	<u>RAS遺伝子検査(血漿)</u> 7,500点
D006-23	<u>遺伝子相同組換え修復欠損検査</u> 32,200点
<u>注</u>	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。
D006-24	<u>肺癌関連遺伝子多項目同時検査</u> 10,000点
D006-25	<u>CYP2C9遺伝子多型</u> 2,037点
D006-26	<u>染色体構造変異解析</u> 8,000点
<u>注</u>	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。
D006-27	<u>悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)</u>
<u>1</u>	<u>ROS1融合遺伝子検査</u> 2,500点
<u>2</u>	<u>ALK融合遺伝子検査</u> 2,500点
<u>3</u>	<u>METex14遺伝子検査</u> 5,000点
<u>4</u>	<u>NTRK融合遺伝子検査</u> 5,000点
<u>注1</u>	患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の1若しくは2に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げるEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目又は3項目以上行った場

<u>1</u>	<u>検体提出時</u>	8,000点
<u>2</u>	<u>結果説明時</u>	48,000点
<u>注</u>	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	
	(新設)	

D006-20・D006-21	(略)
(新設)	

合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。

2 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3及び4に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。

D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

(生化学的検査Ⅱ)

D007 血液化学検査

1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法） 11点

2～21 (略)

22 CK-MB（たんぱく質測定） 90点

23・24 (略)

25 フェリチン半定量、フェリチン定量 105点

26 (略)

(新設)

(生化学的検査Ⅱ)

D007 血液化学検査

1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法） 11点

2～21 (略)

22 CK-MB（免疫阻害法・たんぱく質測定） 90点

23・24 (略)

(新設)

25 (略)

27	<u>ヘパリン、エタノール</u>	108点
28	<u>KL-6</u> (削る)	111点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T)) 定性・定量、アルミニウム (A 1)	112点
30	<u>シスタチンC</u>	115点
31	(略)	
32	<u>ペントシジン</u>	118点
33~35	(略)	
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン 定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋 白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋 白 (H-F A B P) 定量、アルブミン非結合型ビ リルビン</u>	135点
	注 血液ガス分析については、当該保険医療機関 内で行った場合に算定する。	
37	<u>肺サーファクタント蛋白-D (S P-D)、プ ロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、亜 鉛 (Z n)</u>	136点
	(削る)	
38	<u>アンジオテンシンI転換酵素 (A C E)、ビタ ミンB₁₂</u>	140点
39	<u>セレン</u>	144点

26	<u>ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	108点
27	<u>エタノール</u>	111点
28	<u>KL-6</u>	114点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T)) 定性・定量、アルミニウム (A 1)	115点
	(新設)	
30	(略)	
31	<u>ペントシジン、シスタチンC</u>	118点
32~34	(略)	
	(新設)	
35	<u>肺サーファクタント蛋白-D (S P-D)</u>	136点
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン 定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋 白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋 白 (H-F A B P) 定量、アルブミン非結合型ビ リルビン</u>	139点
	注 血液ガス分析については、当該保険医療機関 内で行った場合に算定する。	
37	<u>プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P) 、亜鉛 (Z n)</u>	140点
38	<u>セレン、アンジオテンシンI転換酵素 (A C E)、ビタミンB₁₂</u>	144点

<u>40</u>	(略)	
<u>41</u>	ピルビン酸キナーゼ (PK)、葉酸 (削る)	150点
<u>42</u>	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (IGFBP-1) 定性	175点
<u>43</u>	ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステ ロール (RLP-C)	179点
<u>44</u>	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)	180点
<u>45</u>	心室筋ミオシン軽鎖 I	184点
<u>46~50</u>	(略)	
<u>51</u>	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	219点
<u>52</u>	(略)	
<u>53</u>	ビタミンB ₁	239点
<u>54</u>	ビタミンB ₂	242点
<u>55・56</u>	(略)	
<u>57</u>	ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン	276点
<u>58</u>	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシ トニン (PCT) 半定量	284点
<u>59</u>	(略)	
<u>60</u>	ビタミンC	305点
<u>61</u>	(略) (削る)	
<u>62</u>	(略)	
<u>63</u>	血管内皮増殖因子 (VEGF)	460点
<u>64</u>	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場	

<u>39</u>	(略)	
<u>40</u>	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150点
<u>41</u>	葉酸 (新設)	154点
	(新設)	
<u>42</u>	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)、腔 分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (I GFBP-1) 定性	180点
<u>43</u>	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I、レムナ ント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	184点
<u>44~48</u>	(略)	
<u>49</u>	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	223点
<u>50</u>	(略)	
<u>51</u>	ビタミンB ₁	246点
<u>52</u>	ビタミンB ₂	249点
<u>53・54</u>	(略) (新設)	
<u>55</u>	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシ トニン (PCT) 半定量	292点
<u>56</u>	(略) (新設)	
<u>57</u>	(略)	
<u>58</u>	ビタミンC	314点
<u>59</u>	(略) (新設)	
<u>60</u>	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場	

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ (略)
ハ 10項目以上 106点
注 (略)
(生化学的検査Ⅲ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1～6 (略)
7 トリヨードサイロニン (T₃) 99点
8 (略)
(削る)
9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 101点
10 インスリン (IRI) 103点
11 レニン定量 105点
12 サイロキシシン (T₄) 108点
13 成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) 108点
14 テストステロン 122点
15 遊離サイロキシシン (FT₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、コルチゾール 124点
16 アルドステロン 125点
(削る)
17 (略)
18 サイログロブリン 131点
19 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 132点
20 脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン 133点

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ (略)
ハ 10項目以上 109点
注 (略)
(生化学的検査Ⅲ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1～6 (略)
(新設)
7 (略)
8 トリヨードサイロニン (T₃) 102点
9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 104点
10 インスリン (IRI) 106点
11 レニン定量 108点
12 サイロキシシン (T₄) 111点
13 成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) 111点
(新設)
(新設)
14 アルドステロン、テストステロン 125点
15 遊離サイロキシシン (FT₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、コルチゾール 127点
16 (略)
(新設)
(新設)
17 サイログロブリン 133点

<u>21</u>	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	134点
<u>22</u>	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）、ヒト胎盤性ラクトゲン（HPL）	136点
<u>23</u>	サイロキシン結合能（TBC） （削る）	137点
	（削る）	
<u>24</u>	プロゲステロン	147点
<u>25</u>	（略） （削る）	
<u>26</u>	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	154点
<u>27</u>	（略）	
<u>28</u>	オステオカルシン（OC） （削る）	157点
<u>29</u>	遊離テストステロン	159点
<u>30</u>	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	161点
<u>31</u>	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact PINP）	163点
<u>32</u>	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP）	164点

<u>18</u>	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）	134点
<u>19</u>	脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）	136点
<u>20</u>	カルシトニン	137点
<u>21</u>	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	138点
<u>22</u>	サイロキシン結合能（TBC）、ヒト胎盤性ラクトゲン（HPL） （新設）	140点
<u>23</u>	（略）	
<u>24</u>	プロゲステロン （新設）	151点
<u>25</u>	（略） （新設）	
<u>26</u>	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	158点
<u>27</u>	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）、オステオカルシン（OC）	161点
<u>28</u>	遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact PINP） （新設）	163点

<u>33</u> 低単位ヒト ^{じゅうつ} 絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコ ールアミン分画	165点
<u>34</u> I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性 体 (β-CTX) (尿)、デヒドロエピアンドロ ステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	169点
<u>35</u> セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペ チド-β異性体 (β-CTX)、サイクリックA MP (cAMP)	170点
(削る)	
(削る)	
<u>36</u> エストラジオール (E ₂)	172点
<u>37</u> (略)	
<u>38</u> 副甲状腺ホルモン ^{たん} 関連蛋白 (PTHrP)、副 腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールア ミン	189点
<u>39</u> (略)	
(削る)	
<u>40・41</u> (略)	
<u>42</u> ソマトメジンC	212点
<u>43・44</u> (略)	
(削る)	
<u>45</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KG S分画)、メタネフリン・ノルメタネフリン分画	220点
<u>46</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)	221点
(削る)	
<u>47</u> 抗利尿ホルモン (ADH)	230点

<u>29</u> 低単位ヒト ^{じゅうつ} 絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	165点
<u>30</u> I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性 体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン- N-プロペプチド (PINP)	169点
<u>31</u> セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペ チド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモ ン (PTH)、カテコールアミン分画	170点
<u>32</u> デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D HEA-S)	174点
<u>33</u> サイクリックAMP (cAMP)	175点
<u>34</u> エストラジオール (E ₂)	177点
<u>35</u> (略)	
(新設)	
<u>36</u> (略)	
<u>37</u> 副甲状腺ホルモン ^{たん} 関連蛋白 (PTHrP)、副 腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールア ミン	194点
<u>38・39</u> (略)	
(新設)	
<u>40・41</u> (略)	
<u>42</u> ソマトメジンC	218点
<u>43</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KG S分画)	220点
<u>44</u> メタネフリン・ノルメタネフリン分画	221点
<u>45</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)	227点
(新設)	

48 プレグナントリオール 232点
(削る)

49～51 (略)

52 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点

53 レプチン 1,000点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から51までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ～ハ (略)

D009 腫瘍マーカー

1 (略)

2 癌胎児性抗原 (CEA) 99点

3 α-フェトプロテイン (AFP) 101点

4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 104点

5 (略)

6 NCC-ST-439、CA15-3 115点

7 DUPAN-2 118点

8 エラスターゼ1 123点

9 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 124点

10 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 135点

11 CA125 140点

12 神経特異エノラーゼ (NSE) 142点

13 核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定性 (尿) 143点

14 SPan-1、シアリルL^x-i抗原 (SLX) 144点

46 プレグナントリオール 234点

47 抗利尿ホルモン (ADH) 235点

48～50 (略)

(新設)

(新設)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ～ハ (略)

D009 腫瘍マーカー

1 (略)

2 癌胎児性抗原 (CEA) 102点

3 α-フェトプロテイン (AFP) 104点

4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 107点

5 (略)

(新設)

6 DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3 118点

7 エラスターゼ1 126点

8 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 127点

9 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 139点

(新設)

(新設)

(新設)

10 CA125 144点

<u>15</u> CA72-4、シアリルTn抗原 (STN)	146点
(削る)	
(削る)	
<u>16</u> 塩基性フェトプロテイン (BFP)、 <u>遊離型PSA比 (PSA F/T比)</u>	150点
(削る)	
<u>17</u> <u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u>	158点
<u>18</u> <u>サイトケラチン8・18 (尿)、シアリルLe^x抗原 (CSLEX)</u>	160点
(削る)	
<u>19</u> (略)	
(削る)	
20~22 (略)	
<u>23</u> <u>CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)、組織因子経路インヒビター2 (TFPI2)</u>	190点
24~26 (略)	
<u>27</u> <u>プロステートヘルスインデックス (phi)</u>	281点
<u>28~30</u> (略)	
注1 (略)	
2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

<u>11</u> CA72-4、 <u>SPan-1</u> 、シアリルTn抗原 (STN)、 <u>神経特異エノラーゼ (NSE)</u>	146点
<u>12</u> <u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u>	147点
<u>13</u> <u>シアリルLe^{x-i}抗原 (SLX)</u>	148点
<u>14</u> 塩基性フェトプロテイン (BFP)	150点
<u>15</u> <u>遊離型PSA比 (PSA F/T比)</u>	154点
(新設)	
<u>16</u> サイトケラチン8・18 (尿)	160点
<u>17</u> <u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u>	162点
<u>18</u> (略)	
<u>19</u> <u>シアリルLe^x抗原 (CSLEX)</u>	164点
20~22 (略)	
<u>23</u> <u>CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)</u>	190点
24~26 (略)	
(新設)	
<u>27~29</u> (略)	
注1 (略)	
2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	<u>396点</u>
D010	特殊分析	
	1 (略)	
	2 結石分析	<u>117点</u>
	3 (略)	
	4 アミノ酸	
	イ 1種類につき	<u>279点</u>
	ロ 5種類以上	<u>1,141点</u>
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	<u>283点</u>
	6 (略)	
	7 脂肪酸分画	<u>405点</u>
	8 (略)	
	(免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1・2 (略)	
	3 Rh (その他の因子) 血液型	<u>148点</u>
	4 (略)	
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性	<u>181点</u>
	6 血小板関連IgG (PA-IgG)	<u>193点</u>
	7 (略)	
	8 抗血小板抗体	<u>261点</u>
	9・10 (略)	
D012	感染症免疫学的検査	
	1~15 (略)	
	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	<u>112点</u>
	17 (略)	
	18 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u>	<u>124点</u>

	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	<u>408点</u>
D010	特殊分析	
	1 (略)	
	2 結石分析	<u>120点</u>
	3 (略)	
	4 アミノ酸	
	イ 1種類につき	<u>287点</u>
	ロ 5種類以上	<u>1,176点</u>
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	<u>288点</u>
	6 (略)	
	7 脂肪酸分画	<u>417点</u>
	8 (略)	
	(免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1・2 (略)	
	3 Rh (その他の因子) 血液型	<u>152点</u>
	4 (略)	
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性	<u>186点</u>
	6 血小板関連IgG (PA-IgG)	<u>198点</u>
	7 (略)	
	8 抗血小板抗体	<u>262点</u>
	9・10 (略)	
D012	感染症免疫学的検査	
	1~15 (略)	
	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	<u>115点</u>
	17 (略)	
	(新設)	

<u>19</u>	H I V-1, 2抗体定量、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定量	127点
<u>20</u>	<u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>132点</u>
<u>21</u>	<u>カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A- A B S 試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A- A B S 試験) 半定量</u>	134点
<u>22</u>	<u>インフルエンザウイルス抗原定性</u>	136点
<u>23</u>	R S ウイルス抗原定性	138点
	(削る)	
<u>24</u>	<u>ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	142点
<u>25</u>	<u>肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)</u>	146点
<u>26</u>	(略)	
<u>27</u>	<u>クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体</u>	<u>152点</u>
<u>28</u>	<u>クラミジア・トラコマチス抗原定性</u>	156点
<u>29</u>	<u>アスペルギルス抗原</u>	<u>157点</u>
<u>30</u>	<u>D-アラビニトール</u>	160点
	(削る)	
<u>31</u>	<u>大腸菌O157抗体定性、H T L V- I 抗体</u>	<u>163点</u>
<u>32</u>	(略)	

<u>18</u>	H I V-1, 2抗体定量、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定量、 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u>	127点
	(新設)	
<u>19</u>	<u>カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量</u>	134点
<u>20</u>	<u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)</u>	136点
<u>21</u>	<u>R S ウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A- A B S 試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A- A B S 試験) 半定量</u>	138点
<u>22</u>	<u>インフルエンザウイルス抗原定性</u>	<u>139点</u>
<u>23</u>	<u>ヘリコバクター・ピロリ抗原定性</u>	142点
<u>24</u>	<u>肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	146点
<u>25</u>	(略)	
	(新設)	
<u>26</u>	<u>クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体</u>	156点
	(新設)	
<u>27</u>	<u>D-アラビニトール、クラミジア・トラコマチス抗原定性</u>	160点
<u>28</u>	<u>アスペルギルス抗原</u>	<u>161点</u>
	(新設)	
<u>29</u>	(略)	

(削る)

<u>33</u>	<u>クリプトコックス抗原半定量</u>	<u>169点</u>
<u>34</u>	(略)	
<u>35</u>	<u>クリプトコックス抗原定性</u>	<u>174点</u>
<u>36</u> ・ <u>37</u>	(略)	
<u>38</u>	<u>アデノウイルス抗原定性 (糞便を除く。)、肺炎球菌細胞壁抗原定性</u>	<u>184点</u>
<u>39</u>	<u>肺炎球菌 荚膜抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>193点</u>
<u>40</u>	(略)	
<u>41</u>	<u>(1→3) -β-D-グルカン</u>	<u>201点</u>
<u>42</u>	<u>グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり)</u>	<u>206点</u>
	<u>注 同一検体についてグロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。</u>	
<u>43</u>	<u>ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量</u>	<u>207点</u>
<u>44</u>	(略)	
<u>45</u>	<u>レジオネラ抗原定性 (尿)</u>	<u>211点</u>
	(削る)	
<u>46</u>	<u>百日咳菌^{せき}抗原定性</u>	<u>217点</u>
<u>47</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性</u>	<u>223点</u>
<u>48</u>	<u>水痘ウイルス抗原定性 (上皮細胞)</u>	<u>227点</u>
<u>49</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原</u>	

<u>30</u>	<u>大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体</u>	<u>168点</u>
	(新設)	
<u>31</u>	(略)	
<u>32</u>	<u>クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性</u>	<u>174点</u>
<u>33</u> ・ <u>34</u>	(略)	
<u>35</u>	<u>アデノウイルス抗原定性 (糞便を除く。)、肺炎球菌細胞壁抗原定性</u>	<u>189点</u>
<u>36</u>	<u>肺炎球菌 荚膜抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>198点</u>
<u>37</u>	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
<u>38</u>	<u>ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、(1→3) -β-D-グルカン</u>	<u>207点</u>
<u>39</u>	(略)	
	(新設)	
<u>40</u>	<u>グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり)</u>	<u>212点</u>
	<u>注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。</u>	
<u>41</u>	<u>レジオネラ抗原定性 (尿)</u>	<u>217点</u>
<u>42</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量</u>	<u>223点</u>
	(新設)	
<u>43</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原</u>	

・抗体同時測定定性、白癬菌抗原定性 233点

注 (略)

50 エンドトキシン 236点

51 百日咳菌抗体 257点

52・53 (略)

54 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 366点

55～57 (略)

58 HIV-1 特異抗体・HIV-2 特異抗体 660点

59 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 847点

60 鳥特異的 I g G 抗体 873点

61 抗アデノ随伴ウイルス9型 (AAV9) 抗体 12,850点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

D013 肝炎ウイルス関連検査

1～3 (略)

4 HBe抗原、HBe抗体 101点

5 HCV抗体定性・定量、HCVコアタンパク 105点

6 HBc抗体半定量・定量 133点

7～10 (略)

11 HCV血清群別判定 221点

12 HBVコア関連抗原 (HBcrAg) 259点

13・14 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性 (上皮細胞) 233点

注 (略)

44 エンドトキシン 243点

45 百日咳菌抗体 264点

46・47 (略)

48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 377点

49～51 (略)

(新設)

52 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 873点

(新設)

(新設)

D013 肝炎ウイルス関連検査

1～3 (略)

4 HBe抗原、HBe抗体 104点

5 HCV抗体定性・定量、HCVコアタンパク 108点

6 HBc抗体半定量・定量 137点

7～10 (略)

11 HCV血清群別判定 227点

12 HBVコア関連抗原 (HBcrAg) 266点

13・14 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

	じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 5項目以上	<u>425点</u>
D014	自己抗体検査	
	1～4 (略)	
	5 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量	<u>102点</u>
	6 (略)	
	<u>7 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量</u>	<u>114点</u>
	<u>8 (略)</u> (削る)	
	9 抗 J o - 1 抗体定性、抗 J o - 1 抗体半定量、抗 J o - 1 抗体定量、 <u>抗サイログロブリン抗体</u>	140点
	<u>10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体</u>	<u>142点</u>
	<u>11 抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量</u>	144点
	(削る)	
	12 (略)	
	<u>13 C₁q 結合免疫複合体</u>	<u>153点</u>
	<u>14 抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量</u>	157点
	<u>15 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量</u>	<u>158点</u>
	<u>16 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量</u>	<u>161点</u>

	じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 5項目以上	<u>438点</u>
D014	自己抗体検査	
	1～4 (略)	
	5 抗核抗体(蛍光抗体法)定性、抗核抗体(蛍光抗体法)半定量、抗核抗体(蛍光抗体法)定量	<u>105点</u>
	6 (略)	
	(新設)	
	<u>7 (略)</u>	
	<u>8 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量</u>	<u>117点</u>
	9 抗 J o - 1 抗体定性、抗 J o - 1 抗体半定量、抗 J o - 1 抗体定量	140点
	(新設)	
	<u>10 抗サイログロブリン抗体、抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量</u>	144点
	<u>11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体</u>	<u>146点</u>
	12 (略)	
	(新設)	
	<u>13 C₁q 結合免疫複合体</u>	157点
	<u>14 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量、抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量</u>	<u>161点</u>
	<u>15 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量</u>	<u>163点</u>

<u>17</u> 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	<u>163点</u>
<u>18</u> (略)	
<u>19</u> 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	<u>174点</u>
<u>20</u> 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	<u>181点</u>
<u>21</u> 抗ミトコンドリア抗体定量	<u>189点</u>
<u>22</u> (略)	
<u>23</u> モノクローナルRF結合免疫複合体	194点
<u>24</u> IgG型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	<u>198点</u>
(削る)	
<u>25</u> 抗LKM-1抗体	<u>215点</u>
<u>26</u> 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	<u>220点</u>
<u>27</u> (略)	
<u>28</u> 抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗 β_2 グリコプロテインII IgG抗体、抗 β_2 グリコプロテインII IgM抗体	<u>226点</u>
(削る)	
<u>29</u> (略)	
<u>30</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	<u>258点</u>
<u>31</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	<u>259点</u>
<u>32</u> 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	<u>262点</u>
<u>33</u> 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体	<u>270点</u>

<u>16</u> 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	<u>168点</u>
<u>17</u> (略)	
<u>18</u> 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	<u>179点</u>
<u>19</u> 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	<u>186点</u>
(新設)	
<u>20</u> (略)	
<u>21</u> モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量	194点
<u>22</u> IgG型リウマトイド因子	<u>203点</u>
<u>23</u> 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	<u>204点</u>
<u>24</u> 抗LKM-1抗体	<u>221点</u>
(新設)	
<u>25</u> (略)	
<u>26</u> 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	226点
<u>27</u> 抗カルジオリピン抗体	<u>232点</u>
<u>28</u> (略)	
<u>29</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	<u>265点</u>
<u>30</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	<u>267点</u>
(新設)	
<u>31</u> 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	

<u>34</u>	(略)	
<u>35</u>	ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	<u>273点</u>
<u>36~42</u>	(略)	
<u>43</u>	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)	<u>798点</u>
<u>44</u>	(略)	
<u>45</u>	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、 <u>抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体 (抗P/Q型VGCC抗体)</u>	<u>1,000点</u>
<u>46・47</u>	(略)	
注1	本区分の9から <u>16</u> まで、 <u>18</u> 、 <u>22</u> 及び <u>34</u> に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	
2	本区分の <u>46</u> 及び <u>47</u> に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に <u>限り</u> 算定する	
D015	血漿 ^{じょうたん} 蛋白免疫学的検査	
1~10	(略)	
11	β_2 -マイクログロブリン	<u>101点</u>
12	トランスサイレチン (プレアルブミン)	<u>104点</u>
13	(略)	
<u>14</u>	<u>α_1-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	<u>132点</u>
<u>15</u>	レチノール結合 ^{たん} 蛋白 (RBP)	136点

		270点
<u>32</u>	(略)	
<u>33</u>	ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	<u>281点</u>
<u>34~40</u>	(略)	
<u>41</u>	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)	<u>822点</u>
<u>42</u>	(略)	
<u>43</u>	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
<u>44・45</u>	(略)	
注1	本区分の9から <u>15</u> まで、 <u>17</u> 、 <u>20</u> 及び <u>32</u> に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	
2	本区分の <u>44</u> 及び <u>45</u> に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。	
D015	血漿 ^{じょうたん} 蛋白免疫学的検査	
1~10	(略)	
11	β_2 -マイクログロブリン	<u>104点</u>
12	トランスサイレチン (プレアルブミン)	<u>107点</u>
13	(略)	
	(新設)	
<u>14</u>	レチノール結合 ^{たん} 蛋白 (RBP)、 <u>α_1-マイク</u>	

16	(略)	
17	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)、 <u>インターロイキン-6 (IL-6)</u>	170点
18~23	(略)	
24	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	218点
25	C ₁ インアクチベータ	260点
26	<u>SCCA 2</u>	300点
27	(略)	
28	<u>インターフェロン-λ 3 (IFN-λ 3)、sFlt-1/PlGF比</u>	340点
29	(略)	
30	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	594点
D016	細胞機能検査	
1	(略)	
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	185点
3~7	(略)	
	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50点
	注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、 <u>35点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	その他のもの	64点
	注 (略)	
D018	細菌培養同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	170点
2	消化管からの検体	190点

	<u>ログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	136点
15	(略)	
16	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
17~22	(略)	
23	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	224点
24	C ₁ インアクチベータ (新設)	268点
25	(略) (新設)	
26	(略)	
27	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	612点
D016	細胞機能検査	
1	(略)	
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	190点
3~7	(略)	
	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50点
	注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、 <u>32点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	その他のもの	61点
	注 (略)	
D018	細菌培養同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点
2	消化管からの検体	180点

3	血液又は穿刺液	<u>220点</u>
4	泌尿器又は生殖器からの検体	<u>180点</u>
5	その他の部位からの検体	<u>170点</u>
6	(略)	
注1	1 から 6 までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>122点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1 菌種	<u>180点</u>
2	2 菌種	<u>230点</u>
3	3 菌種以上	<u>290点</u>
4・5	(略)	
D019-2	(略)	
D020	抗酸菌分離培養検査	
1	抗酸菌分離培養 (液体培地法)	<u>300点</u>
2	抗酸菌分離培養 (それ以外のもの)	<u>209点</u>
D021	(略)	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく)	<u>400点</u>
注	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	(略)	
2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	<u>193点</u>
3	(略)	
4	HBV核酸定量	<u>263点</u>
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	<u>270点</u>
6	マイコプラズマ核酸検出	<u>291点</u>
7	(略)	
	(削る)	

3	血液又は穿刺液	<u>215点</u>
4	泌尿器又は生殖器からの検体	<u>170点</u>
5	その他の部位からの検体	<u>160点</u>
6	(略)	
注1	1 から 6 までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>112点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1 菌種	<u>170点</u>
2	2 菌種	<u>220点</u>
3	3 菌種以上	<u>280点</u>
4・5	(略)	
D019-2	(略)	
D020	抗酸菌分離培養検査	
1	抗酸菌分離培養 (液体培地法)	<u>280点</u>
2	抗酸菌分離培養 (それ以外のもの)	<u>204点</u>
D021	(略)	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく)	<u>380点</u>
注	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	(略)	
2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	<u>198点</u>
3	(略)	
4	HBV核酸定量	<u>271点</u>
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	<u>278点</u>
	(新設)	
6	(略)	
7	マイコプラズマ核酸検出	<u>300点</u>

- 8 (略)
- 9 HCV核酸検出 340点
- 10 HPV核酸検出 350点
- 注 (略)
- 11 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)

352点

注 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(膣部)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(膣部切断術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

- 12 百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出 360点
- (削る)

13・14 (略)

- 8 (略)
- (新設)
- 9 HCV核酸検出、HPV核酸検出 350点
- 注 (略)
- (新設)

- 10 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点
- 注 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(膣部)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(膣部切断術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

11・12 (略)

15	HCV核酸定量	424点
16	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量	450点
17	(略)	
18	サイトメガロウイルス核酸検出	825点
19	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850点
20～23	(略)	
注	6、7、 <u>12</u> （百日咳菌核酸検出に限る。）又は <u>13</u> （結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。	
D023-2	その他の微生物学的検査	
1・2	(略)	
3	大腸菌ベロトキシン定性	189点
4	(略)	
D024	削除	
	(基本的検体検査実施料)	
D025	(略)	
	第2款 検体検査判断料	
区分		

13	HCV核酸定量	437点
14	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	450点
15	(略)	
	(新設)	
16	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、 <u>サイトメガロウイルス核酸検出</u>	850点
17～20	(略)	
注	6、7、 <u>10</u> （百日咳菌核酸検出に限る。）又は <u>11</u> （結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。	
D023-2	その他の微生物学的検査	
1・2	(略)	
3	大腸菌ベロトキシン定性	194点
4	(略)	
D024	動物使用検査	170点
注	<u>使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除して得た点数を加算する。</u>	
	(基本的検体検査実施料)	
D025	(略)	
	第2款 検体検査判断料	
区分		

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

7・8 (略)

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

9 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

D027 (略)

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコープ、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコープ、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

(略)

D200～D205 (略)

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

1・2 (略)

9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

D027 (略)

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコープ、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコープ、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

(略)

D200～D205 (略)

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）として、7、200点を所定点数に加算する。

6～10 (略)

D207～D214-2 (略)

(超音波検査等)

通則

(略)

D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

1・2 (略)

3 心臓超音波検査

イ～ハ (略)

ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

ホ (略)

4・5 (略)

注1～7 (略)

D215-2・D215-3 (略)

D215-4 超音波減衰法検査 200点

注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定又は区分番号D215-3に掲げる超音波エラストグラフィを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

D216・D216-2 (略)

D217 骨塩定量検査

注1～4 (略)

(新設)

5～9 (略)

D207～D214-2 (略)

(超音波検査等)

通則

(略)

D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

1・2 (略)

3 心臓超音波検査

イ～ハ (略)

ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

ホ (略)

4・5 (略)

注1～7 (略)

D215-2・D215-3 (略)

(新設)

D216・D216-2 (略)

D217 骨塩定量検査

- 1 (略)
2 REMS法(腰椎) 140点

注 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

- 3・4 (略)

注 (略)

(監視装置による諸検査)

- D218～D222-2 (略)
D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 35点

注 (略)

- D223-2～D230 (略)
D231 人工^{すい}膵臓検査(一連につき) 5,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

- D231-2～D234 (略)
(脳波検査等)

通則

(略)

- D235 (略)
D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

- D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

- 1・2 (略)

注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限

- 1 (略)
(新設)

- 2・3 (略)

注 (略)

(監視装置による諸検査)

- D218～D222-2 (略)
D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 30点

注 (略)

- D223-2～D230 (略)
D231 人工^{すい}膵臓検査(一連につき) 5,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

- D231-2～D234 (略)
(脳波検査等)

通則

(略)

- D235 (略)
D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。

- D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

- 1・2 (略)

注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算

り算定する。

D 2 3 6 ~ D 2 3 7 - 2 (略)

D 2 3 8 脳波検査判断料

1・2 (略)

注1 (略)

2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3 (略)

(神経・筋検査)

通則

(略)

D 2 3 9 ~ D 2 4 4 (略)

D 2 4 4 - 2 補聴器適合検査

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者1人につき月2回に限り算定する。

D 2 4 5 ~ D 2 4 9 (略)

D 2 5 0 平衡機能検査

1~5 (略)

6 ビデオヘッドインパルス検査 300点

注 (略)

D 2 5 1 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則

(略)

D 2 5 5 ~ D 2 7 5 - 2 (略)

D 2 7 6 削除

定する。

D 2 3 6 ~ D 2 3 7 - 2 (略)

D 2 3 8 脳波検査判断料

1・2 (略)

注1 (略)

2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

3 (略)

(神経・筋検査)

通則

(略)

D 2 3 9 ~ D 2 4 4 (略)

D 2 4 4 - 2 補聴器適合検査

1・2 (略)

注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。

D 2 4 5 ~ D 2 4 9 (略)

D 2 5 0 平衡機能検査

1~5 (略)

(新設)

注 (略)

D 2 5 1 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則

(略)

D 2 5 5 ~ D 2 7 5 - 2 (略)

D 2 7 6 網膜中心血管圧測定

D 2 7 7～D 2 8 2-3 (略)	
(皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4 (略)	
(臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5 (略)	
(負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 1 (略)	
D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査	1,000点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>16歳未満</u> の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年 <u>3回</u> に限り算定する。	
2 (略)	
D 2 9 1-3 内服・点滴誘発試験	1,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)	
通則	
(略)	
D 2 9 2～D 2 9 4 (略)	
(内視鏡検査)	
通則	
(略)	
D 2 9 5～D 3 0 9 (略)	
D 3 1 0 小腸内視鏡検査	
1 (略)	

<u>1 簡単なもの</u>	<u>42点</u>
<u>2 複雑なもの</u>	<u>100点</u>
D 2 7 7～D 2 8 2-3 (略)	
(皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4 (略)	
(臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5 (略)	
(負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 1 (略)	
D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査	1,000点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>9歳未満</u> の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年 <u>2回</u> に限り算定する。	
2 (略)	
D 2 9 1-3 内服・点滴誘発試験	1,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)	
通則	
(略)	
D 2 9 2～D 2 9 4 (略)	
(内視鏡検査)	
通則	
(略)	
D 2 9 5～D 3 0 9 (略)	
D 3 1 0 小腸内視鏡検査	
1 (略)	

2 スパイラル内視鏡によるもの 6,800点
3・4 (略)
 注1 (略)
2 3について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。
3 4について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
 D310-2～D312-2 (略)
 D313 大腸内視鏡検査
 1・2 (略)
 注1・2 (略)
3 1のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。
4 2について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。
 D314～D325 (略)
 第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料
 通則
 (略)
 区分
 D400 血液採取(1日につき)
 1 静脈 37点
 2 (略)
 注1 (略)
 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

(新設)
2・3 (略)
 注1 (略)
 (新設)

2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
 D310-2～D312-2 (略)
 D313 大腸内視鏡検査
 1・2 (略)
 注1・2 (略)
 (新設)

 (新設)

 D314～D325 (略)
 第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料
 通則
 (略)
 区分
 D400 血液採取(1日につき)
 1 静脈 35点
 2 (略)
 注1 (略)
 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、30点を所定点数に加算する。

3 (略)

D401～D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して
いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医
療機関において、乳がんの患者に対して、1につ
いては放射性同位元素及び色素を用いて行った場
合に、2については放射性同位元素又は色素を用
いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に
用いた色素の費用は、算定しない。

D410～D412-2 (略)

D413 前立腺針生検法

1 MR I 撮影及び超音波検査融合画像によるもの
8,210点

2 その他のもの 1,540点

注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設
基準に適合しているものとして地方厚生局長等に
届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大
臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定
する。

D414～D415-3 (略)

D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)

5,000点

注 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行
った場合は、ガイドシース加算として、500点を
所定点数に加算する。

D415-5～D418 (略)

D419 その他の検体採取

1・2 (略)

幼児加算として、25点を所定点数に加算する。

3 (略)

D401～D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する
ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機
関において、乳がんの患者に対して、1につ
いては放射性同位元素及び色素を用いて行った場
合に、2については放射性同位元素又は色素を用
いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に
用いた色素の費用は、算定しない。

D410～D412-2 (略)

D413 前立腺針生検法

1,400点

(新設)

(新設)

(新設)

D414～D415-3 (略)

D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)

5,000点

(新設)

D415-5～D418 (略)

D419 その他の検体採取

1・2 (略)

3 動脈血採取（1日につき）	55点
注1 （略）	
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>30点</u> を所定点数に加算する。	
4・5 （略）	
6 鼻腔・咽頭拭い液採取	25点
D 4 1 9 - 2 （略）	
第5節・第6節 （略）	
第4部 画像診断	
通則	
1～4 （略）	
5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は <u>340点</u> を所定点数に加算する。	
6・7 （略）	
第1節 エックス線診断料	
通則	
（略）	
区分	
E 0 0 0～E 0 0 2 （略）	
E 0 0 3 造影剤注入手技	
1・2 （略）	
3 動脈造影カテーテル法	
イ （略）	
注1 （略）	

3 動脈血採取（1日につき）	50点
注1 （略）	
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>15点</u> を所定点数に加算する。	
4・5 （略）	
6 鼻腔・咽頭拭い液採取	5点
D 4 1 9 - 2 （略）	
第5節・第6節 （略）	
第4部 画像診断	
通則	
1～4 （略）	
5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は <u>300点</u> を所定点数に加算する。	
6・7 （略）	
第1節 エックス線診断料	
通則	
（略）	
区分	
E 0 0 0～E 0 0 2 （略）	
E 0 0 3 造影剤注入手技	
1・2 （略）	
3 動脈造影カテーテル法	
イ （略）	
注1 （略）	

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E004 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E200・E201 (略)

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

10 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

E203 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E004 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E200・E201 (略)

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

(新設)

E203 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる

動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算 1

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>15歳未満の患者の場合</u> | <u>670点</u> |
| (削る) | |
| (削る) | |
| (2) <u>15歳以上の患者の場合</u> | <u>450点</u> |
| (削る) | |
| (削る) | |

ロ 外来化学療法加算 2

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>15歳未満の患者の場合</u> | <u>640点</u> |
| (削る) | |
| (削る) | |
| (2) <u>15歳以上の患者の場合</u> | <u>370点</u> |
| (削る) | |
| (削る) | |
| (削る) | |

動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算 1

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| (1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u> | |
| ① <u>15歳未満</u> | <u>820点</u> |
| ② <u>15歳以上</u> | <u>600点</u> |
| (2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u> | |
| ① <u>15歳未満</u> | <u>670点</u> |
| ② <u>15歳以上</u> | <u>450点</u> |

ロ 外来化学療法加算 2

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| (1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u> | |
| ① <u>15歳未満</u> | <u>740点</u> |
| ② <u>15歳以上</u> | <u>470点</u> |
| (2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u> | |
| ① <u>15歳未満</u> | <u>640点</u> |
| ② <u>15歳以上</u> | <u>370点</u> |

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイのⅡを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、

7 前号に規定する場合であつて、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点

注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 34点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 101点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点

注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 32点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 98点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、46点を所定点数に加算する。
3・4 (略)
G005～G018 (略)
第2款 (略)
第2節・第3節 (略)
第7部 リハビリテーション

通則
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分
H000 心大血管疾患リハビリテーション料
1・2 (略)
注1～4 (略)
5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料
1～3 (略)
注1～6 (略)
7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合

幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
3・4 (略)
G005～G018 (略)
第2款 (略)
第2節・第3節 (略)
第7部 リハビリテーション

通則
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分
H000 心大血管疾患リハビリテーション料
1・2 (略)
注1～4 (略)
(新設)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料
1～3 (略)
注1～6 (略)
(新設)

であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H002 運動器リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

(新設)

H002 運動器リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

(新設)

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。)1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ	<u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u>	210点
ロ	<u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u>	190点
ハ	<u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u>	120点

H005～H008 (略)

第2節 (略)

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

H005～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 精神科専門療法

通則

(略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 ~ I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法 (1回につき)

1 通院精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(1) 精神保健指定医による場合 560点

(2) (1)以外の場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 410点

② ①以外の場合 390点

(2) 30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 330点

② ①以外の場合 315点

2 在宅精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(1) 精神保健指定医による場合 620点

(2) (1)以外の場合 600点

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 60分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 550点

第8部 精神科専門療法

通則

(略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 ~ I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法 (1回につき)

1 通院精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(新設)

(新設)

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合

(新設)

(新設)

(2) 30分未満の場合

(新設)

(新設)

2 在宅精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(新設)

(新設)

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 60分以上の場合

(新設)

540点

400点

330点

600点

540点

② ①以外の場合	530点
(2) 30分以上60分未満の場合	
① 精神保健指定医による場合	410点
② ①以外の場合	390点
(3) 30分未満の場合	
① 精神保健指定医による場合	330点
② ①以外の場合	315点
注1～3 (略)	
4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。	
イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合	
① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合	500点
② ①以外の場合	300点
ロ (略)	
5～8 (略)	
9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保	

(新設)	
(2) 30分以上60分未満の場合	400点
(新設)	
(新設)	
(3) 30分未満の場合	330点
(新設)	
(新設)	
注1～3 (略)	
4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。	
イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合	
（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。）	500点
(新設)	
(新設)	
ロ (略)	
5～8 (略)	
(新設)	

険医療機関において、1を算定する患者であつて、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。
ただし、注8に規定する加算を算定した場合は算定しない。

I 0 0 2 - 2 (略)

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 900点
- 2 入院中の患者以外の患者 300点

注1 (略)

2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。

I 0 0 3 ・ I 0 0 3 - 2 (略)

I 0 0 4 心身医学療法 (1回につき)

- 1 (略)
- 2 入院中の患者以外の患者

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

I 0 0 5 ・ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法 (1回につき)

- 1 ・ 2 (略)

I 0 0 2 - 2 (略)

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点

注1 (略)

2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。

I 0 0 3 ・ I 0 0 3 - 2 (略)

I 0 0 4 心身医学療法 (1回につき)

- 1 (略)
- 2 入院中の患者以外

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

I 0 0 5 ・ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法 (1回につき)

- 1 ・ 2 (略)

<p>3 <u>アルコール依存症の場合</u> 300点</p> <p>注1・2 (略)</p> <p>3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。</u></p> <p>4 (略)</p> <p>I 0 0 7～I 0 1 1-2 (略)</p> <p>I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 注1及び注2に規定する場合(いずれも30分未満の場合を除く。)であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。</p> <p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 450点 (削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 400点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 900点</p>	<p>(新設)</p> <p>注1・2 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>3 (略)</p> <p>I 0 0 7～I 0 1 1-2 (略)</p> <p>I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 注1及び注2に規定する場合(いずれも30分未満の場合を除く。)であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。</p> <p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 450点</p> <p>② 同一建物内2人 450点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 400点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 900点</p>
--	--

	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	810点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	1,450点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	1,300点
ロ	所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	
(1)	1 日に 1 回の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	380点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	340点
(2)	1 日に 2 回の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	760点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	680点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	1,240点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	1,120点
ハ	所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	
(1)	同一建物内 1 人又は 2 人	300点
	(削る)	
(2)	同一建物内 3 人以上	270点
5～9	(略)	
10	区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行	

	② 同一建物内 2 人	900点
	③ 同一建物内 3 人以上	810点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人	1,450点
	② 同一建物内 2 人	1,450点
	③ 同一建物内 3 人以上	1,300点
ロ	所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	
(1)	1 日に 1 回の場合	
	① 同一建物内 1 人	380点
	② 同一建物内 2 人	380点
	③ 同一建物内 3 人以上	340点
(2)	1 日に 2 回の場合	
	① 同一建物内 1 人	760点
	② 同一建物内 2 人	760点
	③ 同一建物内 3 人以上	680点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人	1,240点
	② 同一建物内 2 人	1,240点
	③ 同一建物内 3 人以上	1,120点
ハ	所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	
(1)	同一建物内 1 人	300点
(2)	同一建物内 2 人	300点
(3)	同一建物内 3 人以上	270点
5～9	(略)	
10	区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1 のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療	

うものに限る。)の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 1日に2回の場合
- | | |
|-------------------------|------|
| (1) 同一建物内1人又は2人
(削る) | 450点 |
| (2) 同一建物内3人以上 | 400点 |
- ロ 1日に3回以上の場合
- | | |
|-------------------------|------|
| (1) 同一建物内1人又は2人
(削る) | 800点 |
| (2) 同一建物内3人以上 | 720点 |

11・12 (略)

13 組織的な感染防止対策につき区分番号A0000に掲げる初診料の注11及び区分番号A0001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)においては、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A0000に掲げる初診料の注11、区分番号A0001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は第2部の通則第5号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

14 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A0000に掲げる初診料の注12及び区分番号A0001に掲げる再診料の注16に規

機関(訪問看護を行うものに限る。)の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 1日に2回の場合
- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 450点 |
| (2) 同一建物内2人 | 450点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 400点 |
- ロ 1日に3回以上の場合
- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 800点 |
| (2) 同一建物内2人 | 800点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 720点 |

11・12 (略)

(新設)

(新設)

定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

15 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点
注1・2 (略)

3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

(新設)

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点
注1・2 (略)
(新設)

3・4 (略)

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	
イ	(略)	
ロ	入院中の患者以外の患者	250点
2	(略)	
	注1～3 (略)	
I O 1 4	医療保護入院等診療料	300点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。	
I O 1 5	(略)	
I O 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)	
1	精神科在宅患者支援管理料1	
	イ・ロ (略)	
	(削る)	
	2・3 (略)	
	注1 <u>1</u> については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限	

1	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	
イ	(略)	
ロ	入院中の患者以外	250点
2	(略)	
	注1～3 (略)	
I O 1 4	医療保護入院等診療料	300点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。	
I O 1 5	(略)	
I O 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)	
1	精神科在宅患者支援管理料1	
	イ・ロ (略)	
	<u>ハ イ及びロ以外の患者の場合</u>	
	<u>(1) 単一建物診療患者1人</u>	<u>2,030点</u>
	<u>(2) 単一建物診療患者2人以上</u>	<u>1,248点</u>
	2・3 (略)	
	注1 <u>1</u> のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている	

る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

(削る)

2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの（略）として地方厚生局長等に届け

場合に限る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

3 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

6 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則

1～6 (略)

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

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

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

1～5 (略)

険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

7 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則

1～6 (略)

(新設)

(新設)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

1～5 (略)

注1 (略)

2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者
処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在
宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C11
2-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を
算定している患者に対して行った創傷処置(熱
傷に対するものを除く。)の費用は算定しない

3 (略)

J000-2 下肢創傷処置

- 1 足部(腫を除く。)の浅い潰瘍 135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点
3 足部(腫を除く。)の深い潰瘍又は踵部の深
い潰瘍 270点

J001~J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

3 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。
)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った
場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所
陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として
、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100
又は100分の50に相当する点数を所定点数に加
算する。

J003-2~J017-2 (略)

J018 ^{かくたん}喀痰吸引(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導
管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼
吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる

注1 (略)

2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者
処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる
在宅気管切開患者指導管理料を算定している患
者に対して行った創傷処置(熱傷に対するもの
を除く。)の費用は算定しない。

3 (略)

(新設)

J001~J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

(新設)

J003-2~J017-2 (略)

J018 ^{かくたん}喀痰吸引(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導
管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼
吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅

在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った^{かくたん}喀痰吸引の費用は算定しない。

J018-2 (略)

J018-3 干渉低周波去痰器による^{かくたん}喀痰排出（1日につき）
48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による^{かくたん}喀痰排出の費用は算定しない。

J019～J023 (略)

J024 酸素吸入（1日につき） 65点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

J024-2 (略)

寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った^{かくたん}喀痰吸引の費用は算定しない。

J018-2 (略)

J018-3 干渉低周波去痰器による^{かくたん}喀痰排出（1日につき）
48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による^{かくたん}喀痰排出の費用は算定しない。

J019～J023 (略)

J024 酸素吸入（1日につき） 65点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

J024-2 (略)

J 0 2 5	酸素テント（1日につき）	65点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料</u> を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。	
J 0 2 6	間歇的陽圧吸入法（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料</u> を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。	
J 0 2 6-2	鼻マスク式補助換気法（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料</u> を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	
J 0 2 6-3	体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料</u> を算定し	

J 0 2 5	酸素テント（1日につき）	65点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。	
J 0 2 6	間歇的陽圧吸入法（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料</u> を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。	
J 0 2 6-2	鼻マスク式補助換気法（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料</u> を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	
J 0 2 6-3	体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）	160点
	注1 （略）	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は <u>区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料</u> を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	

ている患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

J 0 2 6 - 4 ~ J 0 3 7 (略)

J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合 1

イ 4時間未満の場合 1,885点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点

ハ 5時間以上の場合 2,180点

(削る)

(削る)

(削る)

2 慢性維持透析を行った場合 2

イ 4時間未満の場合 1,845点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点

ハ 5時間以上の場合 2,135点

(削る)

(削る)

(削る)

3 慢性維持透析を行った場合 3

イ 4時間未満の場合 1,805点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点

J 0 2 6 - 4 ~ J 0 3 7 (略)

J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合 1

イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,924点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,084点

ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,219点

ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,798点

ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,958点

ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,093点

2 慢性維持透析を行った場合 2

イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,884点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,044点

ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,174点

ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,758点

ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,918点

ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,048点

3 慢性維持透析を行った場合 3

イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点

ハ	5時間以上の場合	2,090点
	(削る)	
	(削る)	
	(削る)	
4	(略)	
注1	(略)	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ (略)	
	ロ 導入期加算2	400点
	ハ 導入期加算3	800点
3～13	(略)	
14	<u>人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u>	
J038-2	(略)	
J039	血漿 ^{しょうじょう} 交換療法(1日につき)	4,200点
	注1 (略)	
2	<u>難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚</u>	

ハ	5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)	2,129点
ニ	4時間未満の場合(イを除く。)	1,718点
ホ	4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)	1,873点
ヘ	5時間以上の場合(ハを除く。)	2,003点
4	(略)	
注1	(略)	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ (略)	
	ロ 導入期加算2	500点
	(新設)	
3～13	(略)	
	(新設)	
J038-2	(略)	
J039	血漿 ^{しょうじょう} 交換療法(1日につき)	4,200点
	注 (略)	
	(新設)	

生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

J 0 4 0 ~ J 0 4 3 - 7 (略)
(救急処置)

J 0 4 4 ・ J 0 4 4 - 2 (略)

J 0 4 5 人工呼吸

1 ・ 2 (略)

3 5時間を超えた場合 (1日につき)

イ 14日目まで 950点

ロ 15日目以降 815点

注1・2 (略)

3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 5 2 - 2 (略)
(皮膚科処置)

J 0 5 3 ~ J 0 5 7 - 4 (略)
(泌尿器科処置)

J 0 5 8 ~ J 0 6 8 (略)

J 0 6 8 - 2 陰唇癒合剥離 290点

(新設)

J 0 4 0 ~ J 0 4 3 - 7 (略)
(救急処置)

J 0 4 4 ・ J 0 4 4 - 2 (略)

J 0 4 5 人工呼吸

1 ・ 2 (略)

3 5時間を超えた場合 (1日につき) 819点

(新設)

(新設)

注1・2 (略)

(新設)

(新設)

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 5 2 - 2 (略)
(皮膚科処置)

J 0 5 3 ~ J 0 5 7 - 4 (略)
(泌尿器科処置)

J 0 5 8 ~ J 0 6 8 (略)

(新設)

J 0 6 9 ~ J 0 7 0 - 4 (略)
(産婦人科処置)

J 0 7 1 ~ J 0 8 5 - 2 (略)
(眼科処置)

J 0 8 6 ~ J 0 9 4 (略)
(耳鼻咽喉科処置)

J 0 9 5 耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。) 27点
注1 (略)
2 点耳又は簡単な^ニ耳垢^ニ栓塞除去については、第
1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

J 0 9 5 - 2 ・ J 0 9 6 (略)

J 0 9 7 鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む
。)
16点
注1 (略)
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる^ニ口腔、咽頭^ニ処置と
併せて行った場合であっても16点とする。
3 (略)

J 0 9 7 - 2 (略)

J 0 9 8 口腔、咽頭処置 16点
注1 (略)
2 区分番号 J 0 9 7 に掲げる鼻処置と併せて行
った場合であっても16点とする。

J 0 9 8 - 2 ~ J 1 1 3 (略)

J 1 1 4 ネブライザ 12点
注 (略)

J 1 1 5 超音波ネブライザ (1日につき) 24点

J 1 1 5 - 2 (略)
(整形外科的処置)

J 1 1 6 ~ J 1 1 8 - 3 (略)

J 1 1 8 - 4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1
日につき) 1,100点

J 0 6 9 ~ J 0 7 0 - 4 (略)
(産婦人科処置)

J 0 7 1 ~ J 0 8 5 - 2 (略)
(眼科処置)

J 0 8 6 ~ J 0 9 4 (略)
(耳鼻咽喉科処置)

J 0 9 5 耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。) 25点
注1 (略)
2 点耳又は簡単な^ニ耳垢^ニ栓除去については、第 1
章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

J 0 9 5 - 2 ・ J 0 9 6 (略)

J 0 9 7 鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む
。)
14点
注1 (略)
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる^ニ口腔、咽頭^ニ処置と
併せて行った場合であっても14点とする。
3 (略)

J 0 9 7 - 2 (略)

J 0 9 8 口腔、咽頭処置 14点
注1 (略)
2 区分番号 J 0 9 7 に掲げる鼻処置と併せて行
った場合であっても14点とする。

J 0 9 8 - 2 ~ J 1 1 3 (略)

J 1 1 4 ネブライザー 12点
注 (略)

J 1 1 5 超音波ネブライザー (1日につき) 24点

J 1 1 5 - 2 (略)
(整形外科的処置)

J 1 1 6 ~ J 1 1 8 - 3 (略)

J 1 1 8 - 4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1
日につき) 900点

注1 (略)

2 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

3 (略)

J 1 1 9 ~ J 1 1 9 - 4 (略)

(栄養処置)

J 1 2 0 ・ J 1 2 1 (略)

(ギプス)

通則

(略)

J 1 2 2 ~ J 1 2 9 - 4 (略)

第2節~第4節 (略)

第10部 手術

通則

1 ~ 3 (略)

4 区分番号K007(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2、K019-2、K022の1、K031(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K046(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K053(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K059の3のイ及び4、K081(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K133-2、K134-4、K136-2、K169(注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K169-2、K169-3、K180の3、K1

注1 (略)

2 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

3 (略)

J 1 1 9 ~ J 1 1 9 - 4 (略)

(栄養処置)

J 1 2 0 ・ J 1 2 1 (略)

(ギプス)

通則

(略)

J 1 2 2 ~ J 1 2 9 - 4 (略)

第2節~第4節 (略)

第10部 手術

通則

1 ~ 3 (略)

4 区分番号K007(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2、K022の1、K031(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K053(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K134-4、K136-2、K169(注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K259(注2に規定する加算を

81、K181-2、K181-6の2の口、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K388-3、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K74

算定する場合に限る。）、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K374-2、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1及び2、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K654-4、K656-2、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2

0-2の3及び4、K754-3、K755-3、K768
、K769-3、K772-3、K773-3からK773
-6まで、K777の1、K780、K780-2、K78
5-2、K792の1、K800-3、K800-4、K8
02-4、K803-2、K803-3、K808の1、K
818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して
行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める
患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生
労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K82
3-5、K823-7、K825（別に厚生労働大臣が定め
る患者に対して行う場合に限る。）、K828-3、K83
0（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限
る。）、K835の1、K838-2、K841-4、K84
3-2からK843-4まで、K851（1において別に厚
生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K8
58の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大
臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2
、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場
合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患
者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K882-
3、K884-2、K884-3、K888（別に厚生労働
大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K890-
4、K910-2からK910-6まで並びにK916から
K917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働
大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局
長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算
定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-
3、K597-4、K615-2、K636-2、K884
-2、K884-3、K890-4及びK917からK91
7-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が
定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け

（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。
）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患
者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大
臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4
、K843-2からK843-4まで、K851（1におい
て別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。
）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚
生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K8
65-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対し
て行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が
定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K
888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に
限る。）並びにK910-2からK910-5までに掲げる
手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関
において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K
546、K549、K597-3、K597-4、K615
-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労
働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長
等に届け出ることを要しない。

出ることを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K514-2の4、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の4のロ、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の4、K645、K675-2、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6 (略)

7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K601-2、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8~11 (略)

6 (略)

7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8~11 (略)

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914からK917-3までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ （略）

13～17 （略）

18 区分番号K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2の1、K655-5の1、K657-2の1、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、K740-2の1、2及び5、K754-2、K755-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2並びにK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19 （略）

20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイ

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ （略）

13～17 （略）

18 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19 （略）

（新設）

ケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3
に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分
番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4
に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 1,400点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,880点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ 頭頸部^{けい}のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） 9,630点
ロ その他のもの 2,690点
- 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 530点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 950点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,480点

注1～3 (略)

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） 1,400点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 1,540点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,680点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
イ 頭頸部^{けい}のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） 8,600点
ロ その他のもの 2,400点
- 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 470点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 850点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,320点

注1～3 (略)

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 1,400点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル

	ル以上10センチメートル未満)	<u>2,490点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	<u>3,840点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	<u>500点</u>
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	<u>560点</u>
7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	<u>1,060点</u>
8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	<u>1,950点</u>
	注1～3（略）	
K001	皮膚切開術	
1	長径10センチメートル未満	<u>640点</u>
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	<u>1,110点</u>
3	長径20センチメートル以上	<u>1,980点</u>
K002	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,410点</u>
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>4,820点</u>
3	3,000平方センチメートル以上	<u>11,230点</u>
	注1～4（略）	
	<u>5 超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。</u>	
K003～K008	（略）	
	（形成）	
K009～K016	（略）	
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	

	ル以上10センチメートル未満)	<u>2,220点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	<u>3,430点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	<u>450点</u>
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	<u>500点</u>
7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	<u>950点</u>
8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	<u>1,740点</u>
	注1～3（略）	
K001	皮膚切開術	
1	長径10センチメートル未満	<u>570点</u>
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	<u>990点</u>
3	長径20センチメートル以上	<u>1,770点</u>
K002	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,260点</u>
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>4,300点</u>
3	3,000平方センチメートル以上	<u>10,030点</u>
	注1～4（略）	
	（新設）	
K003～K008	（略）	
	（形成）	
K009～K016	（略）	
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	

1 乳房再建術の場合	<u>100,670点</u>
2 その他の場合	<u>105,800点</u>
K018・K019 (略)	
<u>K019-2 自家脂肪注入</u>	
1 50mL未満	<u>22,900点</u>
2 50mL以上100mL未満	<u>30,530点</u>
3 100mL以上	<u>38,160点</u>
K020~K022-2 (略)	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹	
区分	
(筋膜、筋、 ^{けん} 腱、 ^{けんしよつ} 腱鞘)	
K023 筋膜切離術、筋膜切開術	<u>940点</u>
K024~K041 (略)	
(四肢骨)	
K042~K044 (略)	
K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	<u>2,190点</u>
K046 骨折観血的手術	
1~3 (略)	
<u>注 大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>	
K046-2~K048 (略)	
K049 骨部分切除術	
1 (略)	
2 前腕、 ^{たい} 下腿	<u>4,940点</u>
3 (略)	
K050~K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	

1 乳房再建術の場合	<u>89,880点</u>
2 その他の場合	<u>94,460点</u>
K018・K019 (略)	
(新設)	
K020~K022-2 (略)	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹	
区分	
(筋膜、筋、 ^{けん} 腱、 ^{けんしよつ} 腱鞘)	
K023 筋膜切離術、筋膜切開術	<u>840点</u>
K024~K041 (略)	
(四肢骨)	
K042~K044 (略)	
K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	<u>1,990点</u>
K046 骨折観血的手術	
1~3 (略)	
(新設)	
K046-2~K048 (略)	
K049 骨部分切除術	
1 (略)	
2 前腕、 ^{たい} 下腿	<u>4,410点</u>
3 (略)	
K050~K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	

1 肩甲骨、上腕、大腿	36,460点
2・3 (略)	
注 (略)	
K054 (略)	
<u>K054-2 脛骨近位骨切り術</u>	<u>28,300点</u>
K055~K056-2 (略)	
K057 変形治療骨折矯正手術	
1 (略)	
2 前腕、下腿	30,860点
3 (略)	
注 (略)	
K058~K059-2 (略)	
(四肢関節、靭帯)	
K060~K065-2 (略)	
K066 関節滑膜切除術	
1・2 (略)	
3 肩鎖、指(手、足)	8,880点
K066-2~K080-3 (略)	
K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術	
1 (略)	
2 <u>簡単なもの(上腕二頭筋腱の固定を伴うもの)</u>	
	<u>37,490点</u>
3 (略)	
K080-5・K080-6 (略)	
<u>K080-7 上腕二頭筋腱固定術</u>	
1 <u>観血的に行うもの</u>	<u>18,080点</u>
2 <u>関節鏡下で行うもの</u>	<u>23,370点</u>
K081 人工骨頭挿入術	
1~3 (略)	
注 <u>大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊急挿入加</u>	

1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点
2・3 (略)	
注 (略)	
K054 (略)	
(新設)	
K055~K056-2 (略)	
K057 変形治療骨折矯正手術	
1 (略)	
2 前腕、下腿	27,550点
3 (略)	
注 (略)	
K058~K059-2 (略)	
(四肢関節、靭帯)	
K060~K065-2 (略)	
K066 関節滑膜切除術	
1・2 (略)	
3 肩鎖、指(手、足)	7,930点
K066-2~K080-3 (略)	
K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術	
1 (略)	
(新設)	
2 (略)	
K080-5・K080-6 (略)	
(新設)	
K081 人工骨頭挿入術	
1~3 (略)	
(新設)	

算として、4,000点を所定点数に加算する。

K082~K083-2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K084~K088 (略)	
(手、足)	
K089~K100 (略)	
K101 合指症手術	
1 軟部形成のみのもの	<u>9,770点</u>
2 (略)	
K101-2~K111 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K112~K117-2 (略)	
K117-3 削除	
K118~K124 (略)	
K124-2 寛骨臼骨折観血的手術	<u>58,840点</u>
K125~K134-2 (略)	
K134-3 人工椎間板置換術 (頸椎)	<u>40,460点</u>
注 (略)	
K134-4・K135 (略)	
K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	<u>101,330点</u>
K136-2~K141-3 (略)	
K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。)	
1 前方椎体固定	<u>41,710点</u>
2・3 (略)	
4 前方後方同時固定	<u>74,580点</u>
5・6 (略)	
注1・2 (略)	
K142-2~K142-7 (略)	
<u>K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術</u>	<u>24,560点</u>
K143・K144 (略)	

K082~K083-2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K084~K088 (略)	
(手、足)	
K089~K100 (略)	
K101 合指症手術	
1 軟部形成のみのもの	<u>8,720点</u>
2 (略)	
K101-2~K111 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K112~K117-2 (略)	
K117-3 椎間板ヘルニア徒手整復術	<u>2,570点</u>
K118~K124 (略)	
K124-2 寛骨臼骨折観血的手術	<u>52,540点</u>
K125~K134-2 (略)	
K134-3 人工椎間板置換術 (頸椎)	<u>36,780点</u>
注 (略)	
K134-4・K135 (略)	
K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	<u>90,470点</u>
K136-2~K141-3 (略)	
K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。)	
1 前方椎体固定	<u>37,240点</u>
2・3 (略)	
4 前方後方同時固定	<u>66,590点</u>
5・6 (略)	
注1・2 (略)	
K142-2~K142-7 (略)	
(新設)	
K143・K144 (略)	

第3款 神経系・頭蓋

通則

(略)

区分

(頭蓋、脳)

K 1 4 5 (略)

K 1 4 5 - 2 皮下髄液貯溜槽留置術 5,290点

K 1 4 6 ~ K 1 5 1 (略)

K 1 5 1 - 2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 216,230点

K 1 5 2 ~ K 1 6 8 (略)

K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 2について、同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。

K 1 6 9 - 2 内視鏡下脳腫瘍生検術 80,000点

K 1 6 9 - 3 内視鏡下脳腫瘍摘出術 100,000点

K 1 7 0 ・ K 1 7 1 (略)

K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

1・2 (略)

注 同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。

K 1 7 2 ・ K 1 7 3 (略)

K 1 7 4 水頭症手術

1・2 (略)

3 シヤント再建術

イ 頭側のもの 15,850点

ロ 腹側のもの 6,600点

ハ 頭側及び腹側のもの 19,150点

第3款 神経系・頭蓋

通則

(略)

区分

(頭蓋、脳)

K 1 4 5 (略)

(新設)

K 1 4 6 ~ K 1 5 1 (略)

K 1 5 1 - 2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 193,060点

K 1 5 2 ~ K 1 6 8 (略)

K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術

1・2 (略)

注1・2 (略)

(新設)

(新設)

(新設)

K 1 7 0 ・ K 1 7 1 (略)

K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

1・2 (略)

(新設)

K 1 7 2 ・ K 1 7 3 (略)

K 1 7 4 水頭症手術

1・2 (略)

(新設)

K174-2・K175 (略)

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)

1・2 (略)

注1 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

2 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

1・2 (略)

(削る)

注1・2 (略)

K178~K181-6 (略)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K182~K188 (略)

K188-2 硬膜外腔癒着剥離術 11,000点

K188-3 癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの) 38,790点

K189 脊髄ドレナージ術 460点

K190~K190-7 (略)

K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術 28,030点

K191~K198 (略)

第4款 眼

区分

(涙道)

K174-2・K175 (略)

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)

1・2 (略)

(新設)

(新設)

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

1・2 (略)

注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

2・3 (略)

K178~K181-6 (略)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K182~K188 (略)

K188-2 硬膜外腔癒着剥離術 11,000点
(新設)

K189 脊髄ドレナージ術 408点

K190~K190-7 (略)

(新設)

K191~K198 (略)

第4款 眼

区分

(涙道)

K 1 9 9 ~ K 2 1 6	(略)	
K 2 1 7	眼 ^{けん} 瞼内反症手術	
	1・2	(略)
	<u>3</u>	眼 ^{けん} 瞼下制筋前転法
		<u>4,230点</u>
K 2 1 8・K 2 1 9	(略)	
	(結膜)	
K 2 2 0	結膜縫合術	<u>1,410点</u>
K 2 2 1 ~ K 2 2 5 - 3	(略)	
<u>K 2 2 5 - 4</u>	<u>角結膜悪性腫瘍切除術</u>	<u>6,290点</u>
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7	(略)	
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 1	(略)	
K 2 4 2	斜視手術	
	1 ~ 5	(略)
	<u>6</u>	調節糸法
		<u>12,060点</u>
K 2 4 3 ~ K 2 4 5	(略)	
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 9	(略)	
<u>K 2 5 9 - 2</u>	<u>自家培養上皮移植術</u>	<u>52,600点</u>
K 2 6 0 ~ K 2 6 2	(略)	
	(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 6 7	(略)	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1	(略)
	2	流出路再建術
	<u>イ</u>	眼内法
		<u>14,490点</u>
	<u>ロ</u>	<u>その他のもの</u>
		<u>19,020点</u>
	3 ~ 6	(略)
	<u>7</u>	濾過胞再建術 (needle法)
		<u>3,440点</u>
K 2 6 9 ~ K 2 7 3	(略)	

K 1 9 9 ~ K 2 1 6	(略)	
K 2 1 7	眼 ^{けん} 瞼内反症手術	
	1・2	(略)
		(新設)
K 2 1 8・K 2 1 9	(略)	
	(結膜)	
K 2 2 0	結膜縫合術	<u>1,260点</u>
K 2 2 1 ~ K 2 2 5 - 3	(略)	
	(新設)	
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7	(略)	
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 1	(略)	
K 2 4 2	斜視手術	
	1 ~ 5	(略)
		(新設)
K 2 4 3 ~ K 2 4 5	(略)	
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 9	(略)	
	(新設)	
K 2 6 0 ~ K 2 6 2	(略)	
	(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 6 7	(略)	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1	(略)
	2	流出路再建術
		<u>19,020点</u>
		(新設)
		(新設)
	3 ~ 6	(略)
		(新設)
K 2 6 9 ~ K 2 7 3	(略)	

(眼房、網膜)
 K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)
 (水晶体、硝子体)
 K 2 7 8 ~ K 2 8 4 (略)
 第5款 耳鼻咽喉
 区分
 (外耳)
 K 2 8 5 ~ K 2 9 8 (略)
 K 2 9 9 小耳症手術
 1 軟骨移植による耳介形成手術 62,880点
 2 (略)
 (中耳)
 K 3 0 0 ~ K 3 0 5 (略)
K 3 0 5 - 2 植込型骨導補聴器(直接振動型)植込術
24,490点
 K 3 0 6 ~ K 3 0 8 - 2 (略)
K 3 0 8 - 3 耳管用補綴材挿入術 18,100点
 K 3 0 9 ~ K 3 1 9 (略)
K 3 1 9 - 2 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
 1 上鼓室開放を伴わないもの 40,630点
 2 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの 52,990点
 K 3 2 0 ・ K 3 2 0 - 2 (略)
 (内耳)
 K 3 2 1 ~ K 3 2 8 - 3 (略)
 (鼻)
 K 3 2 9 ~ K 3 4 3 (略)
K 3 4 3 - 2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清
、再建を伴うもの) 110,950点
 K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7 (略)
 (副鼻腔)
 K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 6 6 (略)

(眼房、網膜)
 K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)
 (水晶体、硝子体)
 K 2 7 8 ~ K 2 8 4 (略)
 第5款 耳鼻咽喉
 区分
 (外耳)
 K 2 8 5 ~ K 2 9 8 (略)
 K 2 9 9 小耳症手術
 1 軟骨移植による耳介形成手術 56,140点
 2 (略)
 (中耳)
 K 3 0 0 ~ K 3 0 5 (略)
 (新設)
 K 3 0 6 ~ K 3 0 8 - 2 (略)
 (新設)
 K 3 0 9 ~ K 3 1 9 (略)
 (新設)
 K 3 2 0 ・ K 3 2 0 - 2 (略)
 (内耳)
 K 3 2 1 ~ K 3 2 8 - 3 (略)
 (鼻)
 K 3 2 9 ~ K 3 4 3 (略)
 (新設)
 K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7 (略)
 (副鼻腔)
 K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 6 6 (略)

	(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7 ~ K 3 8 2 - 2	(略)	
	(喉頭、気管)	
K 3 8 3 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	<u>3,450点</u>
K 3 8 6 - 2 ~ K 3 8 8 - 2	(略)	
<u>K 3 8 8 - 3</u>	<u>内喉頭筋内注入術 (ボツリヌス毒素によるもの)</u>	
		<u>1,500点</u>
K 3 8 9 ~ K 3 9 3	(略)	
K 3 9 4	喉頭悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	全摘	<u>71,360点</u>
K 3 9 4 - 2 ~ K 4 0 3 - 2	(略)	
	第6款 顔面・口腔・頸部	
区分		
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4	抜歯手術 (1歯につき)	
1	(略)	
2	前歯	<u>160点</u>
3	臼歯	<u>270点</u>
4	埋伏歯	<u>1,080点</u>
注1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、 <u>230点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>130点</u> を所定点数に加算する。	
4	(略)	
K 4 0 5 ~ K 4 0 7 - 2	(略)	

	(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7 ~ K 3 8 2 - 2	(略)	
	(喉頭、気管)	
K 3 8 3 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	<u>3,080点</u>
K 3 8 6 - 2 ~ K 3 8 8 - 2	(略)	
	(新設)	
K 3 8 9 ~ K 3 9 3	(略)	
K 3 9 4	喉頭悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	全摘	<u>63,710点</u>
K 3 9 4 - 2 ~ K 4 0 3 - 2	(略)	
	第6款 顔面・口腔・頸部	
区分		
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4	抜歯手術 (1歯につき)	
1	(略)	
2	前歯	<u>155点</u>
3	臼歯	<u>265点</u>
4	埋伏歯	<u>1,054点</u>
注1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、 <u>210点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>120点</u> を所定点数に加算する。	
4	(略)	
K 4 0 5 ~ K 4 0 7 - 2	(略)	

(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 1 4 (略)	
K 4 1 4 - 2 甲状舌管嚢胞摘出術	<u>10,050点</u>
K 4 1 5 舌悪性腫瘍手術	
1 (略)	
2 亜全摘	<u>84,080点</u>
K 4 1 6 及び K 4 1 7 ~ K 4 1 8 - 2 (略)	
K 4 1 9 頬、口唇、舌小帯形成手術	<u>630点</u>
K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 口唇腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	<u>1,020点</u>
2 (略)	
K 4 2 2 ~ K 4 2 4 (略)	
K 4 2 5 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	<u>121,740点</u>
K 4 2 6 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 4 3 (略)	
K 4 4 4 下顎骨形成術	
1 おとがい形成の場合	<u>8,710点</u>
2 ~ 4 (略)	
注 1・2 (略)	
K 4 4 4 - 2 ~ K 4 4 7 (略)	
(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9 (略)	
K 4 5 0 唾石摘出術 (一連につき)	
1 表在性のもの	<u>720点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 4 5 1 ~ K 4 6 0 (略)	
(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))	

(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 1 4 (略)	
K 4 1 4 - 2 甲状舌管嚢胞摘出術	<u>8,970点</u>
K 4 1 5 舌悪性腫瘍手術	
1 (略)	
2 亜全摘	<u>75,070点</u>
K 4 1 6 及び K 4 1 7 ~ K 4 1 8 - 2 (略)	
K 4 1 9 頬、口唇、舌小帯形成手術	<u>560点</u>
K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 口唇腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	<u>910点</u>
2 (略)	
K 4 2 2 ~ K 4 2 4 (略)	
K 4 2 5 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	<u>108,700点</u>
K 4 2 6 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 4 3 (略)	
K 4 4 4 下顎骨形成術	
1 おとがい形成の場合	<u>7,780点</u>
2 ~ 4 (略)	
注 1・2 (略)	
K 4 4 4 - 2 ~ K 4 4 7 (略)	
(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9 (略)	
K 4 5 0 唾石摘出術 (一連につき)	
1 表在性のもの	<u>640点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 4 5 1 ~ K 4 6 0 (略)	
(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))	

K 4 6 1～K 4 6 5 (略)
(その他の頸部)
K 4 6 6～K 4 7 0 (略)
K 4 7 0-2 頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点
K 4 7 1 (略)
第7款 胸部
区分
(乳腺)
K 4 7 2～K 4 7 6-4 (略)
(胸壁)
K 4 7 7～K 4 8 7 (略)
(胸腔、胸膜)
K 4 8 8～K 4 9 4 (略)
K 4 9 4-2 胸腔鏡下胸腔内(胸膜内)血腫除去術 13,500点
K 4 9 5～K 5 0 1-3 (略)
(縦隔)
K 5 0 2～K 5 0 4-2 (略)
(気管支、肺)
K 5 0 5及びK 5 0 6～K 5 0 9 (略)
K 5 0 9-2 気管支肺胞洗浄術 5,300点
注 (略)
K 5 0 9-3～K 5 1 4 (略)
K 5 1 4-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
1～3 (略)
4 気管支形成を伴う肺切除 81,420点
K 5 1 4-3～K 5 1 9 (略)
(食道)
K 5 2 0～K 5 2 8-3 (略)
K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)
1～3 (略)
注1 (略)

K 4 6 1～K 4 6 5 (略)
(その他の頸部)
K 4 6 6～K 4 7 0 (略)
(新設)
K 4 7 1 (略)
第7款 胸部
区分
(乳腺)
K 4 7 2～K 4 7 6-4 (略)
(胸壁)
K 4 7 7～K 4 8 7 (略)
(胸腔、胸膜)
K 4 8 8～K 4 9 4 (略)
(新設)
K 4 9 5～K 5 0 1-3 (略)
(縦隔)
K 5 0 2～K 5 0 4-2 (略)
(気管支、肺)
K 5 0 5及びK 5 0 6～K 5 0 9 (略)
K 5 0 9-2 気管支肺胞洗浄術 4,800点
注 (略)
K 5 0 9-3～K 5 1 4 (略)
K 5 1 4-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
1～3 (略)
(新設)
K 5 1 4-3～K 5 1 9 (略)
(食道)
K 5 2 0～K 5 2 8-3 (略)
K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)
1～3 (略)
注1 (略)

	2 血行再建を併せて行った場合は、3,000点を加算する。	
K 5 2 9 - 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
	1 (略)	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	<u>122,290点</u>
	注 (略)	
K 5 2 9 - 3	(略)	
<u>K 5 2 9 - 4</u>	<u>再建胃管悪性腫瘍手術</u>	
	1 <u>頸部、胸部、腹部の操作によるもの</u>	<u>112,190点</u>
	2 <u>頸部、腹部の操作によるもの</u>	<u>101,670点</u>
K 5 3 0 ・ K 5 3 0 - 2	(略)	
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	<u>12,470点</u>
K 5 3 1	(略)	
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
	1 (略)	
	2 食道離断術を主とするもの	<u>42,130点</u>
K 5 3 2 - 2 ~ K 5 3 3 - 2	(略)	
<u>K 5 3 3 - 3</u>	<u>内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術</u>	<u>8,990点</u>
	(横隔膜)	
K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2	(略)	
	第8款 心・脈管	
区分	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8 ~ K 5 5 1	(略)	
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
	1 1吻合のもの	<u>80,160点</u>
	2 (略)	
	注 (略)	
K 5 5 2 - 2 ・ K 5 5 3	(略)	
K 5 5 3 - 2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破	

	2 血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。	
K 5 2 9 - 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
	1 (略)	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	<u>109,190点</u>
	注 (略)	
K 5 2 9 - 3	(略)	
	(新設)	
K 5 3 0 ・ K 5 3 0 - 2	(略)	
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	<u>11,340点</u>
K 5 3 1	(略)	
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
	1 (略)	
	2 食道離断術を主とするもの	<u>37,620点</u>
K 5 3 2 - 2 ~ K 5 3 3 - 2	(略)	
	(新設)	
	(横隔膜)	
K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2	(略)	
	第8款 心・脈管	
区分	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8 ~ K 5 5 1	(略)	
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
	1 1吻合のもの	<u>71,570点</u>
	2 (略)	
	注 (略)	
K 5 5 2 - 2 ・ K 5 5 3	(略)	
K 5 5 3 - 2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破	

裂修復術	
1 単独のもの	<u>128,020点</u>
2・3 (略)	
K 5 5 4～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5-2 経カテーテル弁置換術	
1・2 (略)	
3 <u>経皮的肺動脈弁置換術</u>	<u>39,060点</u>
注 (略)	
K 5 5 5-3～K 5 5 9-3 (略)	
K 5 6 0 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	
1 上行大動脈	
イ・ロ (略)	
ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	<u>166,720点</u>
ニ (略)	
2～7 (略)	
注 (略)	
K 5 6 0-2～K 5 6 5 (略)	
K 5 6 6 体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	<u>50,030点</u>
K 5 6 7 (略)	
K 5 6 7-2 経皮的動脈形成術	37,430点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 6 8・K 5 6 9 (略)	
K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1 (略)	
2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	<u>83,400点</u>
K 5 7 0-2 (略)	
K 5 7 0-3 経皮的肺動脈形成術	31,280点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

裂修復術	
1 単独のもの	<u>114,300点</u>
2・3 (略)	
K 5 5 4～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5-2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1・2 (略)	
(新設)	
注 (略)	
K 5 5 5-3～K 5 5 9-3 (略)	
K 5 6 0 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	
1 上行大動脈	
イ・ロ (略)	
ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	<u>148,860点</u>
ニ (略)	
2～7 (略)	
注 (略)	
K 5 6 0-2～K 5 6 5 (略)	
K 5 6 6 体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	<u>44,670点</u>
K 5 6 7 (略)	
K 5 6 7-2 経皮的動脈形成術	37,430点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 6 8・K 5 6 9 (略)	
K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1 (略)	
2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	<u>74,460点</u>
K 5 7 0-2 (略)	
K 5 7 0-3 経皮的肺動脈形成術	31,280点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	

	い。	
K 5 7 0 - 4	経皮的肺動脈 ^{せん} 穿通・拡大術 注 (略)	35,080点
K 5 7 1 ~ K 5 8 5	(略)	
K 5 8 6	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
	1 両方向性グレン手術	<u>80,160点</u>
	2・3 (略)	
	注 (略)	
K 5 8 7 ~ K 5 9 3	(略)	
K 5 9 4	不整脈手術	
	1 ~ 3 (略)	
	4 左心耳閉鎖術	
	イ (略)	
	ロ <u>胸腔鏡下によるもの</u>	<u>37,800点</u>
	ハ (略)	
	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2 - 2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7 からK 5 5 7 - 3 まで、K 5 6 0 <u>又はK 5 9 4 の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。</u>	
	2 4のハについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 9 4 - 2	(略)	
K 5 9 5	経皮的カテーテル心筋焼灼術 ^{しやく}	
	1・2 (略)	
	注1・2 (略)	
	3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 9 5 - 2	(略)	
K 5 9 6	体外ペースメーカー術	<u>3,770点</u>

	ない。	
K 5 7 0 - 4	経皮的肺動脈 ^{せん} 穿通・拡大術 注 (略)	35,080点
K 5 7 1 ~ K 5 8 5	(略)	
K 5 8 6	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
	1 両方向性グレン手術	<u>71,570点</u>
	2・3 (略)	
	注 (略)	
K 5 8 7 ~ K 5 9 3	(略)	
K 5 9 4	不整脈手術	
	1 ~ 3 (略)	
	4 左心耳閉鎖術	
	イ (略)	
	(新設)	
	ロ (略)	
	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2 - 2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7 からK 5 5 7 - 3 まで、K 5 6 0 <u>及びK 5 9 4 の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。</u>	
	2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 9 4 - 2	(略)	
K 5 9 5	経皮的カテーテル心筋焼灼術 ^{しやく}	
	1・2 (略)	
	注1・2 (略)	
	3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、 <u>算定しない。</u>	
K 5 9 5 - 2	(略)	
K 5 9 6	体外ペースメーカー術	<u>3,370点</u>

K 5 9 7	ペースメーカー移植術	
1	心筋電極の場合	<u>16,870点</u>
2・3	(略)	
K 5 9 7-2	~K 6 0 1 (略)	
K 6 0 1-2	<u>体外式膜型人工肺 (1日につき)</u>	
1	初日	<u>30,150点</u>
2	2日目以降	<u>3,000点</u>
注	<u>カニューレション料は、所定点数に含まれるものとする。</u>	
K 6 0 2~K 6 0 5-5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6・K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7-2	血管縫合術 (簡単なもの)	<u>4,210点</u>
K 6 0 7-3~K 6 1 2	(略)	
K 6 1 3	腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31,840点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
1・2	(略)	
3	腹腔内動脈	<u>63,350点</u>
4	頭、頸部動脈	<u>61,660点</u>
5	下腿、足部動脈	<u>70,190点</u>
6・7	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1・2	(略)	
3	その他のもの	<u>20,480点</u>
K 6 1 5-2	経皮的動脈遮断術	1,660点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6・K 6 1 6-2	(略)	

K 5 9 7	ペースメーカー移植術	
1	心筋電極の場合	<u>15,060点</u>
2・3	(略)	
K 5 9 7-2	~K 6 0 1 (略)	
	(新設)	
K 6 0 2~K 6 0 5-5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6・K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7-2	血管縫合術 (簡単なもの)	<u>3,760点</u>
K 6 0 7-3~K 6 1 2	(略)	
K 6 1 3	腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31,840点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
1・2	(略)	
3	腹腔内動脈	<u>56,560点</u>
4	頭、頸部動脈	<u>55,050点</u>
5	下腿、足部動脈	<u>62,670点</u>
6・7	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1・2	(略)	
3	その他のもの	<u>18,620点</u>
K 6 1 5-2	経皮的動脈遮断術	1,660点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6・K 6 1 6-2	(略)	

K 6 1 6 - 3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。） 27,500点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 6 1 6 - 4～K 6 1 6 - 6 (略)

K 6 1 6 - 7 ステントグラフト内挿術（シャント） 12,000点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 6 1 6 - 8 吸着式潰瘍治療法（1日につき） 1,680点
(静脈)

K 6 1 7 下肢静脈瘤手術

1～3 (略)

4 静脈瘤切除術 1,820点

K 6 1 7 - 2～K 6 2 3 - 2 (略)

(リンパ管、リンパ節)

K 6 2 4～K 6 2 6 - 2 (略)

K 6 2 7 リンパ節群郭清術

1～5 (略)

6 鼠径部及び股部 9,760点

7 後腹膜 46,350点

8 (略)

K 6 2 7 - 2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術

1～3 (略)

4 側方 41,090点

注 1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから、4については直腸がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

K 6 2 7 - 3～K 6 2 8 (略)

第9款 腹部

区分

K 6 1 6 - 3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。） 24,550点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

K 6 1 6 - 4～K 6 1 6 - 6 (略)

(新設)

(新設)

(静脈)

K 6 1 7 下肢静脈瘤手術

1～3 (略)

(新設)

K 6 1 7 - 2～K 6 2 3 - 2 (略)

(リンパ管、リンパ節)

K 6 2 4～K 6 2 6 - 2 (略)

K 6 2 7 リンパ節群郭清術

1～5 (略)

6 鼠径部及び股部 8,710点

7 後腹膜 41,380点

8 (略)

K 6 2 7 - 2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術

1～3 (略)

(新設)

注 1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから転移したものに對して実施した場合に限り算定する。

K 6 2 7 - 3～K 6 2 8 (略)

第9款 腹部

区分

(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4	(略)
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 6 - 4	(略)
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術
1 ~ 3	(略)
4	その他のもの <u>10,380点</u>
K 6 3 7 - 2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 <u>10,800点</u>
注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 3 8 ~ K 6 4 1 (略)	
K 6 4 2 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
1	腸切除を伴わないもの <u>16,000点</u>
2	(略)
K 6 4 2 - 2 ・ K 6 4 2 - 3 (略)	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術 <u>54,330点</u>
K 6 4 3 - 2 ・ K 6 4 4 (略)	
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術 <u>135,500点</u>
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 3 - 5 (略)	
<u>K 6 5 3 - 6</u>	<u>内視鏡的逆流防止粘膜切除術</u> <u>12,000点</u>
K 6 5 4 ~ K 6 5 5 (略)	
K 6 5 5 - 2 腹腔鏡下胃切除術	
1 ・ 2	(略)
3	<u>悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u> <u>73,590点</u>
注 (略)	
K 6 5 5 - 3 ・ K 6 5 5 - 4 (略)	
K 6 5 5 - 5 腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1 ・ 2	(略)
3	<u>悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる</u>

(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4	(略)
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 6 - 4	(略)
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術
1 ~ 3	(略)
4	その他のもの <u>9,270点</u>
K 6 3 7 - 2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 <u>10,800点</u>
注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 3 8 ~ K 6 4 1 (略)	
K 6 4 2 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
1	腸切除を伴わないもの <u>14,290点</u>
2	(略)
K 6 4 2 - 2 ・ K 6 4 2 - 3 (略)	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術 <u>48,510点</u>
K 6 4 3 - 2 ・ K 6 4 4 (略)	
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術 <u>120,980点</u>
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 3 - 5 (略)	
(新設)	
K 6 5 4 ~ K 6 5 5 (略)	
K 6 5 5 - 2 腹腔鏡下胃切除術	
1 ・ 2	(略)
(新設)	
注 (略)	
K 6 5 5 - 3 ・ K 6 5 5 - 4 (略)	
K 6 5 5 - 5 腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1 ・ 2	(略)
(新設)	

	<u>もの)</u>	<u>80,000点</u>
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 6・K 6 5 6-2	(略)	
K 6 5 7	胃全摘術	
	1・2 (略)	
	<u>3 悪性腫瘍手術 (空腸囊作製術を伴うもの)</u>	
		<u>79,670点</u>
	注 (略)	
K 6 5 7-2	腹腔鏡下胃全摘術	
	1・2 (略)	
	<u>3 悪性腫瘍手術 (空腸囊作製術を伴うもの)</u>	
		<u>94,780点</u>
	<u>4 悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)</u>	
		<u>98,850点</u>
	注 (略)	
K 6 5 8~K 6 6 8-2	(略)	
	(胆囊、胆道)	
K 6 6 9~K 6 7 4-2	(略)	
K 6 7 5	胆囊悪性腫瘍手術	
	1 胆囊に限局するもの (リンパ節郭清を含む。)	
		<u>50,980点</u>
	2 肝切除 (亜区域切除以上) を伴うもの	
		<u>64,720点</u>
	3~5 (略)	
K 6 7 5-2	腹腔鏡下胆囊悪性腫瘍手術 (胆囊床切除を伴うもの)	
		<u>70,220点</u>
K 6 7 6	(略)	
K 6 7 7	胆管悪性腫瘍手術	
	1・2 (略)	
	<u>3 肝外胆道切除術によるもの</u>	
		<u>50,000点</u>

	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 6 5 6・K 6 5 6-2	(略)	
K 6 5 7	胃全摘術	
	1・2 (略)	
	(新設)	
	注 (略)	
K 6 5 7-2	腹腔鏡下胃全摘術	
	1・2 (略)	
	(新設)	
	(新設)	
	注 (略)	
K 6 5 8~K 6 6 8-2	(略)	
	(胆囊、胆道)	
K 6 6 9~K 6 7 4-2	(略)	
K 6 7 5	胆囊悪性腫瘍手術	
	1 胆囊に限局するもの (リンパ節郭清を含む。)	
		<u>45,520点</u>
	2 肝切除 (亜区域切除以上) を伴うもの	
		<u>57,790点</u>
	3~5 (略)	
	(新設)	
K 6 7 6	(略)	
K 6 7 7	胆管悪性腫瘍手術	
	1・2 (略)	
	(新設)	

4 その他のもの	94,860点
K 6 7 7 - 2 肝門部胆管悪性腫瘍手術	
1 血行再建あり	202,710点
2 (略)	
K 6 7 8 ~ K 6 8 9 - 2 (略)	
(肝)	
K 6 9 0 ~ K 6 9 4 (略)	
K 6 9 5 肝切除術	
1 (略)	
2 亜区域切除	63,030点
3 ~ 7 (略)	
注 (略)	
K 6 9 5 - 2 ~ K 6 9 7 - 3 (略)	
K 6 9 7 - 4 移植用部分肝採取術 (生体)	
1 腹腔鏡によるもの	105,000点
2 その他のもの	82,800点
注 (略)	
K 6 9 7 - 5 ~ K 6 9 7 - 7 (略)	
(脾)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 1 (略)	
K 7 0 2 脾体尾部腫瘍切除術	
1 脾尾部切除術の場合	
イ 脾同時切除の場合	26,880点
ロ (略)	
2 (略)	
3 周辺臓器 (胃、結腸、腎、副腎等) の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	59,060点
4 (略)	
K 7 0 2 - 2 (略)	
K 7 0 3 脾頭部腫瘍切除術	
1 脾頭十二指腸切除術の場合	91,410点

3 その他のもの	84,700点
K 6 7 7 - 2 肝門部胆管悪性腫瘍手術	
1 血行再建あり	180,990点
2 (略)	
K 6 7 8 ~ K 6 8 9 - 2 (略)	
(肝)	
K 6 9 0 ~ K 6 9 4 (略)	
K 6 9 5 肝切除術	
1 (略)	
2 亜区域切除	56,280点
3 ~ 7 (略)	
注 (略)	
K 6 9 5 - 2 ~ K 6 9 7 - 3 (略)	
K 6 9 7 - 4 移植用部分肝採取術 (生体)	82,800点
(新設)	
(新設)	
注 (略)	
K 6 9 7 - 5 ~ K 6 9 7 - 7 (略)	
(脾)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 1 (略)	
K 7 0 2 脾体尾部腫瘍切除術	
1 脾尾部切除術の場合	
イ 脾同時切除の場合	24,000点
ロ (略)	
2 (略)	
3 周辺臓器 (胃、結腸、腎、副腎等) の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点
4 (略)	
K 7 0 2 - 2 (略)	
K 7 0 3 脾頭部腫瘍切除術	
1 脾頭十二指腸切除術の場合	81,620点

2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	97,230点
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	97,230点
4	(略)	
K703-2	(略)	
K704	脾全摘術	115,390点
K705~K709-2	(略)	
K709-3	同種死体脾移植術	112,570点
	注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2・3 (略)	
K709-4	(略)	
K709-5	同種死体脾腎移植術	140,420点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾腎を除く死体脾腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2・3 (略)	
K709-6	同種死体脾島移植術	56,490点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾島を除く死体脾島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2~4 (略)	
	(脾)	
K710~K711-2	(略)	
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	

2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	86,810点
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点
4	(略)	
K703-2	(略)	
K704	脾全摘術	103,030点
K705~K709-2	(略)	
K709-3	同種死体脾移植術	112,570点
	注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2・3 (略)	
K709-4	(略)	
K709-5	同種死体脾腎移植術	140,420点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾腎を除く死体脾腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2・3 (略)	
K709-6	同種死体脾島移植術	56,490点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾島を除く死体脾島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2~4 (略)	
	(脾)	
K710~K711-2	(略)	
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	

K 7 1 2 ~ K 7 1 8 - 2 (略)

K 7 1 9 結腸切除術
 1・2 (略)
 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 39,960点
 注 (略)

K 7 1 9 - 2 ~ K 7 2 0 (略)

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
 1・2 (略)
注1 家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年1回に限り5,000点を所定点数に加算する。
2 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 2 (略)

K 7 2 1 - 3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 5 内視鏡的小腸ポリープ切除術 11,800点

K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点
注1 (略)
2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

K 7 2 3・K 7 2 4 (略)

K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術 9,890点

K 7 1 2 ~ K 7 1 8 - 2 (略)

K 7 1 9 結腸切除術
 1・2 (略)
 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 35,680点
 注 (略)

K 7 1 9 - 2 ~ K 7 2 0 (略)

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
 1・2 (略)
 (新設)

(新設)

K 7 2 1 - 2 (略)

K 7 2 1 - 3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点
 (新設)

K 7 2 1 - 4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点
 (新設)

(新設)

K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点
 注 (略)
 (新設)

K 7 2 3・K 7 2 4 (略)

K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術 8,830点

K 7 2 5 - 2 ~ K 7 2 8 (略)

K 7 2 9 腸閉鎖症手術

1 腸管切除を伴わないもの 13,650点

2 (略)

K 7 2 9 - 2 ~ K 7 3 2 (略)

K 7 3 2 - 2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (直腸切除術後のものに限る。) 40,450点

K 7 3 3 ~ K 7 3 5 (略)

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの) 11,090点

注1 (略)

2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

K 7 3 5 - 3 ~ K 7 3 6 (略)

(直腸)

K 7 3 7 ~ K 7 3 9 - 3 (略)

K 7 4 0 直腸切除・切断術

1 ~ 5 (略)

注1 (略)

2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であつて、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1・2 (略)

3 超低位前方切除術 91,470点

4 経肛門吻合を伴う切除術 100,470点

5 (略)

注1 1から3までについては、人工肛門造設術を

K 7 2 5 - 2 ~ K 7 2 8 (略)

K 7 2 9 腸閉鎖症手術

1 腸管切除を伴わないもの 12,190点

2 (略)

K 7 2 9 - 2 ~ K 7 3 2 (略)

K 7 3 2 - 2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。) 40,450点

K 7 3 3 ~ K 7 3 5 (略)

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの) 11,090点

注 (略)

(新設)

K 7 3 5 - 3 ~ K 7 3 6 (略)

(直腸)

K 7 3 7 ~ K 7 3 9 - 3 (略)

K 7 4 0 直腸切除・切断術

1 ~ 5 (略)

注 (略)

(新設)

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1・2 (略)

(新設)

(新設)

3 (略)

注 1及び2については、人工肛門造設術を併せて

併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であつて、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。

K740-3~K742-2 (略)
(肛門、その周辺)

K743~K746-2 (略)

K746-3 痔瘻手術(注入療法) 1,660点

K747~K753 (略)
第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K754~K755-2 (略)

K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)

1 1センチメートル未満 16,000点

2 1センチメートル以上 22,960点

K756・K756-2 (略)
(腎、腎盂)

K757~K769 (略)

K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 49,200点

K769-3~K771 (略)

K772 腎摘出術 21,010点

K772-2~K773-4 (略)

K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

1 原発病巣が7センチメートル以下のもの 70,730点

2 その他のもの 64,720点

実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

(新設)

K740-3~K742-2 (略)
(肛門、その周辺)

K743~K746-2 (略)

(新設)

K747~K753 (略)
第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K754~K755-2 (略)

(新設)

K756・K756-2 (略)
(腎、腎盂)

K757~K769 (略)

K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 43,930点

K769-3~K771 (略)

K772 腎摘出術 18,760点

K772-2~K773-4 (略)

K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70,730点

(新設)

(新設)

K 7 7 3 - 6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 64,720点

K 7 7 4 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 98,770点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2・3 (略)

K 7 8 0 - 2 (略)

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 7 9 4 - 2 (略)

(膀胱)

K 7 9 5 ~ K 8 0 0 - 2 (略)

K 8 0 0 - 3 膀胱水圧拡張術 6,410点

注1・2 (略)

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 8 0 0 - 4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道） 9,930点

K 8 0 1 ~ K 8 0 2 - 6 (略)

K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術

1 ~ 3 (略)

4 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの） 120,740点

5 (略)

6 経尿道的手術

イ 電解質溶液利用のもの 13,530点

ロ (略)

注 (略)

K 8 0 3 - 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

(新設)

K 7 7 4 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 98,770点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2・3 (略)

K 7 8 0 - 2 (略)

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 7 9 4 - 2 (略)

(膀胱)

K 7 9 5 ~ K 8 0 0 - 2 (略)

K 8 0 0 - 3 膀胱水圧拡張術 6,410点

注1・2 (略)

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 8 0 1 ~ K 8 0 2 - 6 (略)

K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術

1 ~ 3 (略)

4 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの） 107,800点

5 (略)

6 経尿道的手術

イ 電解質溶液利用のもの 12,300点

ロ (略)

注 (略)

K 8 0 3 - 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

の) 86,110点
 2・3 (略)
 K803-3~K812-2 (略)
 (尿道)
 K813~K821-2 (略)
 K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点
 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
 K822~K823-6 (略)
 K823-7 膀胱頸部形成術 (膀胱頸部吊上術以外)

37,690点

第11款 性器

区分

(陰茎)

K824~K827 (略)
 K828 包茎手術
 1 背面切開術 830点
 2 (略)

K828-2 (略)
 (陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)

K828-3 埋没陰茎手術 7,760点

K829~K834-3 (略)
 K835 陰囊水腫手術
 1 鼠径部切開によるもの 3,980点
 2 (略)

K836~K838 (略)
K838-2 精巣内精子採取術
 1 単純なもの 12,400点
 2 顕微鏡を用いたもの 24,600点
 (精囊、前立腺)

K839~K841 (略)

の) 76,880点
 2・3 (略)
 K803-3~K812-2 (略)
 (尿道)
 K813~K821-2 (略)
 K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点
 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
 K822~K823-6 (略)
 (新設)

第11款 性器

区分

(陰茎)

K824~K827 (略)
 K828 包茎手術
 1 背面切開術 740点
 2 (略)

K828-2 (略)
 (陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)

(新設)

K829~K834-3 (略)
 K835 陰囊水腫手術
 1 交通性陰囊水腫手術 3,620点
 2 (略)

K836~K838 (略)
 (新設)

(精囊、前立腺)

K839~K841 (略)

K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1	(略)	
2	<u>ツリウムレーザーを用いるもの</u>	18,190点
3	(略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 5	(略)	
<u>K 8 4 1 - 6</u>	<u>経尿道的前立腺吊上術</u>	12,300点
K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)	
K 8 4 4 ~ K 8 5 1 - 3	(略)	
	(^{ちつ} 脛)	
K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 2	(略)	
<u>K 8 6 0 - 3</u>	<u>腹腔鏡下^{ちつ}脛断端挙上術</u>	43,870点
	(子宮)	
K 8 6 1 ~ K 8 7 8 - 2	(略)	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	69,440点
K 8 7 9 - 2 ~ K 8 8 2	(略)	
<u>K 8 8 2 - 3</u>	<u>腹腔鏡下子宮^{ちつ}癒痕部修復術</u>	32,290点
K 8 8 3 ~ K 8 8 4	(略)	
<u>K 8 8 4 - 2</u>	<u>人工授精</u>	1,820点
<u>K 8 8 4 - 3</u>	<u>胚移植術</u>	
1	<u>新鮮胚移植の場合</u>	7,500点
2	<u>凍結・融解胚移植の場合</u>	12,000点
注1	<u>患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。</u>	
2	<u>アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。</u>	
3	<u>高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。</u>	

K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1	(略)	
	(新設)	
2	(略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 5	(略)	
	(新設)	
K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)	
K 8 4 4 ~ K 8 5 1 - 3	(略)	
	(^{ちつ} 脛)	
K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 2	(略)	
	(新設)	
	(子宮)	
K 8 6 1 ~ K 8 7 8 - 2	(略)	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	62,000点
K 8 7 9 - 2 ~ K 8 8 2	(略)	
	(新設)	
K 8 8 3 ~ K 8 8 4	(略)	
	(新設)	
	(新設)	

(子宮附属器)	
K 8 8 5～K 8 8 8	(略)
K 8 8 8-2	卵管全摘除術、卵管腫 ^{りゅう} 瘤全摘除術、子宮卵管留 血腫手術(両側)
1	開腹によるもの 13,960点
2	(略)
K 8 8 9～K 8 9 0-3	(略)
<u>K 8 9 0-4</u>	<u>採卵術</u> 3,200点
<u>注</u> 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数 をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。	
イ	1個の場合 2,400点
ロ	2個から5個までの場合 3,600点
ハ	6個から9個までの場合 5,500点
ニ	10個以上の場合 7,200点
(産科手術)	
K 8 9 1～K 8 9 4	(略)
K 8 9 5	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩 ^{べん} 時) 1,710点
K 8 9 6～K 9 1 0-5	(略)
<u>K 9 1 0-6</u>	<u>臍^{さい}帯^{せん}穿刺</u> 3,800点
<u>注</u> 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しな い。	
K 9 1 1～K 9 1 3	(略)
(その他)	
K 9 1 3-2	(略)
第12款	(略)
第13款	<u>手術等管理料</u>
区分	
K 9 1 4・K 9 1 5	(略)
<u>K 9 1 6</u>	<u>体外式膜型人工肺管理料(1日につき)</u>
1	7日目まで 4,500点
2	8日目以降14日目まで 4,000点

(子宮附属器)	
K 8 8 5～K 8 8 8	(略)
K 8 8 8-2	卵管全摘除術、卵管腫 ^{りゅう} 瘤全摘除術、子宮卵管留 血腫手術(両側)
1	開腹によるもの 12,460点
2	(略)
K 8 8 9～K 8 9 0-3	(略)
(新設)	
(産科手術)	
K 8 9 1～K 8 9 4	(略)
K 8 9 5	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩 ^{べん} 時) 1,530点
K 8 9 6～K 9 1 0-5	(略)
(新設)	
K 9 1 1～K 9 1 3	(略)
(その他)	
K 9 1 3-2	(略)
第12款	(略)
第13款	<u>臓器提供管理料</u>
区分	
K 9 1 4・K 9 1 5	(略)
(新設)	

	3	15日目以降	3,000点	
	注	治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。		
K917		体外受精・顕微授精管理料		(新設)
	1	体外受精	4,200点	
	2	顕微授精		
	イ	1個の場合	4,800点	
	ロ	2個から5個までの場合	6,800点	
	ハ	6個から9個までの場合	10,000点	
	ニ	10個以上の場合	12,800点	
	注1	体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。		
	2	区分番号K838-2に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。		
	3	2について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算する。		
K917-2		受精卵・胚培養管理料		(新設)
	1	1個の場合	4,500点	
	2	2個から5個までの場合	6,000点	
	3	6個から9個までの場合	8,400点	
	4	10個以上の場合	10,500点	
	注	胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。		
	イ	1個の場合	1,500点	

ロ	2個から5個までの場合	2,000点
ハ	6個から9個までの場合	2,500点
ニ	10個以上の場合	3,000点

K917-3 胚凍結保存管理料

(新設)

1 胚凍結保存管理料 (導入時)

イ	1個の場合	5,000点
ロ	2個から5個までの場合	7,000点
ハ	6個から9個までの場合	10,200点
ニ	10個以上の場合	13,000点

2 胚凍結保存維持管理料 3,500点

注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

第2節 輸血料

区分

K920~K921-2 (略)

K921-3 末梢血単核球採取 (一連につき)

<u>1</u>	採取のみを行う場合	14,480点
<u>2</u>	採取、細胞調整及び凍結保存を行う場合	19,410点

(削る)

K922 (略)

K922-2 CAR発現生T細胞投与 (一連につき)

30,850点

(削る)

第2節 輸血料

区分

K920~K921-2 (略)

K921-3 末梢血単核球採取 (一連につき) 17,440点

(新設)

(新設)

注 チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定する。

K922 (略)

K922-2 CAR発現生T細胞投与 (一連につき)

30,850点

注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患

注1・2 (略)
K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与 (一連につき)

22,280点

注 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

K923~K924-3 (略)
第3節 手術医療機器等加算

区分

K930~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K704、K705の2、K706、K709-2からK709-5まで、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K7

者1人につき1回に限り算定する。

2・3 (略)

(新設)

K923~K924-3 (略)
第3節 手術医療機器等加算

区分

K930~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3の2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K73

35、K735-3、K735-5、K739、
K739-3、K740、K740-2、K779-3、K803からK803-3まで及び
K817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

2 区分番号K552、K552-2、K554、
K555、K557からK557-3まで、
K560、K594の3及びK594の4のロ
に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップ
を使用した場合に算定する。

K936-2～K938 (略)

K939 画像等手術支援加算

1 (略)

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K1
36、K142の6、K142-2、K151
-2、K162、K180、K227、K22
8、K236、K237、K313、K314
の2、K406の2、K427、K427-2
、K429、K433、K434及びK436
からK444-2までに掲げる手術に当たって
、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場
合に算定する。

3 (略)

注 区分番号K082、K082-3、K437
からK439まで及びK444に掲げる手術に
当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支
援を行った場合に算定する。

K939-2～K939-8 (略)

K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点

第4節・第5節 (略)

9、K739-3、K740、K740-2、
K803からK803-3まで及びK817の
3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用
した場合に算定する。

2 区分番号K552、K552-2、K554
、K555、K557からK557-3まで、
K560及びK594の3に掲げる手術に当た
って左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算
定する。

K936-2～K938 (略)

K939 画像等手術支援加算

1 (略)

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K1
36、K142の6、K142-2、K151
-2、K162、K180、K227、K22
8、K236、K237、K313、K314
の2、K406の2、K427、K427-2
、K429、K433、K434及びK436
からK444までに掲げる手術に当たって、実
物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に
算定する。

3 (略)

注 区分番号K082及びK082-3に掲げる
手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドに
よる支援を行った場合に算定する。

K939-2～K939-8 (略)

(新設)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 体温維持療法 (1日につき) 12,200点

注1 体温維持療法を開始してから3日間を限度として算定する。

2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(Ⅰ)

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1 (略)

2 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 低体温療法 (1日につき) 12,200点

注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。

2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(Ⅰ)

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注 (略)

(新設)

において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点

7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点

注1～4 (略)

5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

(新設)

(新設)

注1～4 (略)

(新設)

6 7については、M I B G集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

M O O 1 体外照射

1・2 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5 Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。

3 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が3 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

注1～5 (略)

M O O 1-2～M O O 1-4 (略)

M O O 1-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

187,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

(新設)

M O O 1 体外照射

1・2 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5 Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

3 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

注1～5 (略)

M O O 1-2～M O O 1-4 (略)

(新設)

- 2 ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。
- 4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

M002～M005 (略)

第2節 (略)

第13部 病理診断

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 病理診断・判断料

区分

N006 病理診断料

1 組織診断料 520点

2 (略)

注1～5 (略)

N007 病理判断料 130点

注1・2 (略)

M002～M005 (略)

第2節 (略)

第13部 病理診断

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 病理診断・判断料

区分

N006 病理診断料

1 組織診断料 450点

2 (略)

注1～5 (略)

N007 病理判断料 150点

注1・2 (略)

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
(略)

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

1 緊急時施設治療管理料 500点

注 平成18年7月1日から令和6年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

2～4 (略)

第2部 (略)

第4章 経過措置

1 (略)

(削る)

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
(略)

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

1 緊急時施設治療管理料 500点

注 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

2～4 (略)

第2部 (略)

第4章 経過措置

1 (略)

2 令和2年9月30日までの間における区分番号A000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。」と、A002の注2中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）」とあるのは「病院

(削る)

(削る)

(削る)

2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。

4 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

5 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げる

である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。

3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

イ 区分番号D001の2に掲げるBence Jones^{たん}蛋白定性（尿）

ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの

ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・^{たん}蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの

ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査

ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定

5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別紙 1 - 2 歯科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) <u>第3章 経過措置</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 初診料</p> <p>区分</p> <p>A000 初診料</p> <p> 1 歯科初診料 <u>264点</u></p> <p> 2 (略)</p> <p> 注1～9 (略)</p> <p> 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p> <p> 11 (略)</p> <p> 12 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u></p>	<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) (新設) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 初診料</p> <p>区分</p> <p>A000 初診料</p> <p> 1 歯科初診料 <u>261点</u></p> <p> 2 (略)</p> <p> 注1～9 (略)</p> <p> 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>100点</u>を所定点数に加算する。</p> <p> 11 (略) (新設)</p>

歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

A001 (略)
第2節 再診料

区分

A002 再診料

1 歯科再診料 56点
2 (略)

注1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない

—

8・9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

A001 (略)
第2節 再診料

区分

A002 再診料

1 歯科再診料 53点
2 (略)

注1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。

8・9 (略)

(新設)

第2部 入院料等

通則

(略)

第1節 入院基本料

通則

(略)

区分

A100～A103 (略)

A103-2 障害者施設等入院基本料

A104～A106 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。この場合において、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院」と読み替えるものとする。

2 (略)

区分

A200 (略)

A200-2 急性期充実体制加算

A201からA203まで～A204-2 (略)

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205～A224 (略)

通則

(略)

第1節 入院基本料

通則

(略)

区分

A100～A103 (略)

(新設)

A104～A106 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。

2 (略)

区分

A200 (略)

(新設)

A201からA203まで～A204-2 (略)

(新設)

A205～A224 (略)

A 2 2 4 - 2 感染対策向上加算

A 2 2 4 - 3 (略)

A 2 2 4 - 4 重症患者初期支援充実加算

A 2 2 4 - 5 報告書管理体制加算

A 2 2 5 ~ A 2 4 2 (略)

A 2 4 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算

A 2 4 3 ~ A 2 5 0 (略)

第3節 (略)

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 (略)

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。この場合において、同注3中「及び第11部麻酔」とあるのは「並びに第11部麻酔及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第10部麻酔」と、同注3のル中「麻酔管理料(Ⅱ) 区分番号L 0 0 9に掲げるもの」とあるのは「麻酔管理料(Ⅱ)及び歯科麻酔管理料 区分番号L 0 0 9に掲げるもの及び歯科点数表の区分番号K 0 0 4に掲げるもの」と読み替えるものとする。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで (略)

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1～7 (略)

8 16歳未満のう蝕しよくに罹患りしている患者であつ

A 2 2 4 - 2 感染防止対策加算

A 2 2 4 - 3 (略)

(新設)

(新設)

A 2 2 5 ~ A 2 4 2 (略)

(新設)

A 2 4 3 ~ A 2 5 0 (略)

第3節 (略)

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 (略)

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで (略)

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1～7 (略)

8 13歳未満のう蝕しよくに罹患りしている患者であつ

て、う蝕^{しよく}多発傾向にあり、う蝕^{しよく}に対する歯冠修復終了後もう蝕^{しよく}活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕^{しよく}多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕^{しよく}多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

9・10 （略）

11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12 （略）

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能^{くわう}の発達不全を有する18歳未満の児童^{くわう}に対して、口腔機能^{くわう}の獲得を目的として、当該患者等の同

て、う蝕^{しよく}多発傾向にあり、う蝕^{しよく}に対する歯冠修復終了後もう蝕^{しよく}活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕^{しよく}多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕^{しよく}多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

9・10 （略）

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12 （略）

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能^{くわう}の発達不全を有する15歳未満の小児^{くわう}に対して、口腔機能^{くわう}の獲得を目的として、当該患者等の同

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2・3 (略)

B000-4-3～B004-1-2 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1 (略)

2 歯科医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

3 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2・3 (略)

B000-4-3～B004-1-2 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1 (略)

2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

3 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師、その指示に基づき看護師又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3・4 (略)

5 3について、区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4～B004-1-7 (略)

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

2 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3・4 (略)

5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4～B004-1-7 (略)

(新設)

外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7及び注8に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5及び注6に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行っ

た場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき) 45点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

B004-7及びB004-8～B006-3 (略)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。

3 (略)

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき) 45点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

B004-7及びB004-8～B006-3 (略)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料Ⅲの費用は、所定点数に含まれる。

3 (略)

B006-3-3 (略)

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1・2 (略)

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

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B006-3-5 こころの連携指導料 350点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して

B006-3-3 (略)

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1・2 (略)

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

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

(新設)

いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B007～B011 (略)

B011-2 連携強化診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める

B007～B011 (略)

B011-2 診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

3 注1及び注2に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回(別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

医療機関に情報提供を行った場合にあっては、
月1回)に限り算定する。

- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場
合に限る。)を算定した月は、別に算定できな
い。

B011-3・B011-4 (略)

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

12,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす
保険医療機関において、医科点数表の区分番号
D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリ
ング検査により得られた包括的なゲノムプロフ
ァイルの結果について、当該検査結果を医学的
に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に
関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺
伝カウンセリング技術を有する者等による検討
会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治
療方針等について文書を用いて当該患者に説明
した場合に、患者1人につき1回に限り算定す
る。

B012~B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

1~3 (略)

注1~3 (略)

- 4 1から3までを算定する患者(歯科訪問診療
料の注13に該当する場合を除く。)について、
当該患者に対する診療時間が20分未満の場合に
おける歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯

- 3 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場
合に限る。)を算定した月は、別に算定できな
い。

B011-3・B011-4 (略)

(新設)

B012~B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

1~3 (略)

注1~3 (略)

- 4 1から3までを算定する患者(歯科訪問診療
料の注13に該当する場合を除く。)について、
当該患者に対する診療時間が20分未満の場合
は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する

科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ・ロ (略)

5・6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 425点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 140点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 70点

ロ 夜間歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 850点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 280点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 140点

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 1,700点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 560点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 280点

8～12 (略)

13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診

点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ・ロ (略)

5・6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

8～12 (略)

13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診

療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 264点

ロ 再診時 56点

14・15 (略)

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

C001・C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 340点

2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 230点

3 (略)

注1～3 (略)

4 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理

療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 261点

ロ 再診時 53点

14・15 (略)

(新設)

C001・C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点

2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点

3 (略)

注1～3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文

加算として50点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料(1日につき
45点)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001からM003まで又はM003-3に掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 10歯未満 | 400点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 500点 |
| 3 | 20歯以上 | 600点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合

書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料(1日につき
45点)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001からM003まで又はM003-3に掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 10歯未満 | 350点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 450点 |
| 3 | 20歯以上 | 550点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算

に、月4回に限り算定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 600点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該

定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅲ、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理

患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

- 5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1・2 (略)

- 3 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点

を行った場合に、月4回に限り算定する。

- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

- 5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1・2 (略)

(新設)

数に加算する。

C 0 0 3 ~ C 0 0 8 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D 0 0 0 ~ D 0 0 2 - 5 (略)

D 0 0 2 - 6 口腔細菌定量検査 (1回につき) 130点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査又は区分番号D 0 0 2 - 5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。

D 0 0 3 から D 0 0 8 まで・D 0 0 9 (略)

D 0 1 0 歯冠補綴時色調採得検査 (1枚につき) 10点

注 前歯部に対し、区分番号M 0 1 1 に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 0 1 1 - 2 に掲げるレジン前装チタン冠、区分番号M 0 1 5 の2 に掲げる硬質レジンジャケット冠又は区分番号M 0 1 5 - 2 に掲げるCAD/CAM冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

C 0 0 3 ~ C 0 0 8 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D 0 0 0 ~ D 0 0 2 - 5 (略)

(新設)

D 0 0 3 から D 0 0 8 まで・D 0 0 9 (略)

D 0 1 0 歯冠補綴時色調採得検査 (1枚につき) 10点

注 前歯部に対し、区分番号M 0 1 1 に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号M 0 1 5 の2 に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

D011～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～4 (略)

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ (略)

ニ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1回につき）

10点

ホ その他の場合

60点

6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

7 (略)

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保

D011～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～4 (略)

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ (略)

(新設)

ニ その他の場合

60点

6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

7 (略)

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療

険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

9～11 (略)

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影（1口腔1回につき） 20点

ハ イ及びロ以外の場合（一連につき） 96点

3・4 (略)

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2のイ及びハ並びに3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 (略)

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1

機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

9～11 (略)

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

(新設)

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 96点

3・4 (略)

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 (略)

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

(新設)

回につき)

28点

ハ イ及びロ以外の場合（一連につき）

(1)・(2) (略)

3・4 (略)

注1～4 (略)

E101 (略)

第3節・第4節 (略)

第5部 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

(1) 15歳未満の患者の場合 670点

(削る)

(削る)

(2) 15歳以上の患者の場合 450点

(削る)

(削る)

ロ 外来化学療法加算2

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）

(1)・(2) (略)

3・4 (略)

注1～4 (略)

E101 (略)

第3節・第4節 (略)

第5部 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

① 15歳未満 820点

② 15歳以上 600点

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

① 15歳未満 670点

② 15歳以上 450点

ロ 外来化学療法加算2

(1) <u>15歳未満の患者の場合</u>	<u>640点</u>
(削る)	
(削る)	
(2) <u>15歳以上の患者の場合</u>	<u>370点</u>
(削る)	
(削る)	
(削る)	

7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8・9 (略)
第1節 注射料

通則
(略)

第1款 注射実施料

区分

G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	<u>22点</u>
	注 (略)	
G001	静脈内注射（1回につき）	<u>34点</u>
	注1 (略)	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>48点</u> を所定点数に加算する。	
	3 (略)	

(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>740点</u>
② 15歳以上	<u>470点</u>
(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>640点</u>
② 15歳以上	<u>370点</u>

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

8・9 (略)
第1節 注射料

通則
(略)

第1款 注射実施料

区分

G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	<u>20点</u>
	注 (略)	
G001	静脈内注射（1回につき）	<u>32点</u>
	注1 (略)	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>45点</u> を所定点数に加算する。	
	3 (略)	

G002・G003 (略)

G004 点滴注射 (1日につき)

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの (1日分の注射量が100mL以上の場合) 101点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分の注射量が500mL以上の場合) 99点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)

注1 (略)

- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000～H000-3 (略)

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者 (ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定している

G002・G003 (略)

G004 点滴注射 (1日につき)

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの (1日分の注射量が100mL以上の場合) 99点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分の注射量が500mL以上の場合) 98点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)

注1 (略)

- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000～H000-3 (略)

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に

	ものに限る。) 1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ 摂食嚥下機能回復体制加算1	210点
	ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2	190点
	ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3	120点
	4 (略)	
H001-2~H008	(略)	
第2節	(略)	
第8部	処置	
通則		
	(略)	
第1節	処置料	
区分		
	(歯の疾患の処置)	
I000~I000-3	(略)	
I001	歯髄保護処置(1歯につき)	
1	歯髄温存療法	190点
2	直接歯髄保護処置	152点
3	間接歯髄保護処置	36点
注1	(略)	
2	特定薬剤の費用及び特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
I001-2~I004	(略)	
I005	抜髄(1歯につき)	
1	単根管	232点
2	2根管	424点
3	3根管以上	598点
注1~3	(略)	
I006	感染根管処置(1歯につき)	
1	単根管	158点
2	2根管	308点

	加算する。	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	4 (略)	
H001-2~H008	(略)	
第2節	(略)	
第8部	処置	
通則		
	(略)	
第1節	処置料	
区分		
	(歯の疾患の処置)	
I000~I000-3	(略)	
I001	歯髄保護処置(1歯につき)	
1	歯髄温存療法	188点
2	直接歯髄保護処置	150点
3	間接歯髄保護処置	34点
注1	(略)	
2	特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。	
I001-2~I004	(略)	
I005	抜髄(1歯につき)	
1	単根管	230点
2	2根管	422点
3	3根管以上	596点
注1~3	(略)	
I006	感染根管処置(1歯につき)	
1	単根管	156点
2	2根管	306点

	3 3根管以上	<u>448点</u>
	注 (略)	
I 0 0 7	根管貼薬処置 (1歯1回につき)	
	1 単根管	<u>32点</u>
	2 2根管	<u>40点</u>
	3 3根管以上	<u>56点</u>
	注 (略)	
I 0 0 8	(略)	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
	1 単根管	<u>138点</u>
	2 2根管	<u>166点</u>
	3 3根管以上	<u>210点</u>
	注1~3 (略)	
	<u>4 注3に規定する場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。</u>	
	(外科後処置)	
I 0 0 9~I 0 0 9-5	(略)	
	(歯周組織の処置)	
I 0 1 0	歯周病処置 (1口腔1回につき)	14点
	注 (略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1・2 (略)	
	(削る)	
	注1・2 (略)	
	3 区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療又は区分番号I 0 1 1-2-3に掲げる歯	

	3 3根管以上	<u>446点</u>
	注 (略)	
I 0 0 7	根管貼薬処置 (1歯1回につき)	
	1 単根管	<u>30点</u>
	2 2根管	<u>38点</u>
	3 3根管以上	<u>54点</u>
	注 (略)	
I 0 0 8	(略)	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
	1 単根管	<u>136点</u>
	2 2根管	<u>164点</u>
	3 3根管以上	<u>208点</u>
	注1~3 (略)	
	(新設)	
	(外科後処置)	
I 0 0 9~I 0 0 9-5	(略)	
	(歯周組織の処置)	
I 0 1 0	歯周疾患処置 (1口腔1回につき)	14点
	注 (略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1・2 (略)	
	<u>3 歯周ポケット搔爬 (1歯につき)</u>	
	イ 前歯	<u>60点</u>
	ロ 小白歯	<u>64点</u>
	ハ 大白歯	<u>72点</u>
	注1・2 (略)	
	3 区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I 0 1 1-2-2に掲げる歯	

周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。

4・5 (略)

6 区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

1～3 (略)

注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。

4 歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精

周病安定期治療Ⅱ又は区分番号I 0 1 1 - 2 - 3に掲げる歯周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。

4・5 (略)

(新設)

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療Ⅱ

1～3 (略)

注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療Ⅱ」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病安定期治療Ⅱの算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療Ⅱの治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。

(新設)

3 歯周病安定期治療Ⅱを開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周

精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。

5 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

6 歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 2 削除

精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療Ⅱは算定できない。

4 歯周病安定期治療Ⅱを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

5 歯周病安定期治療Ⅱ又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療Ⅲ

1 1歯以上10歯未満 380点

2 10歯以上20歯未満 550点

3 20歯以上 830点

注1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真撮影、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療Ⅲ」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回に限り算定する。

2 歯周病安定期治療Ⅲを開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療Ⅲに係る費用は算定できない。

3 歯周病安定期治療Ⅲを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

4 歯周病安定期治療Ⅲ又は歯周病重症化予防治療

I 0 1 1 - 2 - 3 歯周病重症化予防治療
1 ~ 3 (略)
注 1・2 (略)
3 歯周病安定期治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 3 削除

(その他の処置)

I 0 1 4 ~ I 0 1 8 (略)
I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去 (1 歯につき)
1 (略)
2 困難なもの 48点
3 著しく困難なもの 80点

I 0 2 0 ~ I 0 2 6 (略)
I 0 2 7 人工呼吸
1・2 (略)
3 5 時間を超えた場合 (1 日につき)
イ 14 日目まで 950点
ロ 15 日目以降 815点

注 1 (略)
2 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加

療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 3 歯周病重症化予防治療
1 ~ 3 (略)
注 1・2 (略)
3 歯周病安定期治療Ⅱ又は歯周病安定期治療Ⅲを算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置 (1 口腔につき) 10点

注 1 区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置 (区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を除く。) を行った場合は、月 1 回に限り算定する

2 区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を算定した月は、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

(その他の処置)

I 0 1 4 ~ I 0 1 8 (略)
I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去 (1 歯につき)
1 (略)
2 困難なもの 42点
3 著しく困難なもの 70点

I 0 2 0 ~ I 0 2 6 (略)
I 0 2 7 人工呼吸
1・2 (略)
3 5 時間を超えた場合 (1 日につき) 819点

(新設)

(新設)

注 (略)

(新設)

算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。

3 注2の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1 周術期等専門的口腔衛生処置 1 100点

2 周術期等専門的口腔衛生処置 2 110点

注1～5 (略)

I 0 2 9 - 2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 (1口腔につき) 130点

注1～3 (略)

I 0 2 9 - 3 (略)

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置 (1口腔につき) 72点

注1 (略)

2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I 0 1 1 - 2 - 3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I 0 2 9 - 2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I 0 3 0 - 2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I 0 3 0 - 2 非経口摂取患者口腔粘膜処置 (1口腔につき) 110点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月に

(新設)

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1 周術期等専門的口腔衛生処置 1 92点

2 周術期等専門的口腔衛生処置 2 100点

注1～5 (略)

I 0 2 9 - 2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 (1口腔につき) 120点

注1～3 (略)

I 0 2 9 - 3 (略)

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置 (1口腔につき) 70点

注1 (略)

2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療Ⅲ、区分番号I 0 1 1 - 2 - 3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I 0 2 9 - 2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I 0 3 0 - 2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I 0 3 0 - 2 非経口摂取患者口腔粘膜処置 (1口腔につき) 100点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月に

において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

1 （略）

2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合

110点

3 （略）

注1 （略）

2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行なった場合に限り、月1回に限り算定する。

3 （略）

において、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅲ、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

1 （略）

2 在宅等療養患者の場合

110点

3 （略）

注1 （略）

2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行なった場合に限り、月1回に限り算定する。

3 （略）

第2節～第4節 (略)
第9部 手術

通則

1～16 (略)

17 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、当該加算は医科点数表の第2章第10部の通則第20号の例により算定する。

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

- 1 (略)
- 2 前歯 160点
- 3 臼歯 270点
- 4 埋伏歯 1,080点

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。

- 2 (略)
- 3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。
- 4 (略)

J000-2～J017 (略)

J017-2 甲状舌管^{のう}嚢胞摘出術 10,050点

J018 舌悪性腫瘍手術

第2節～第4節 (略)
第9部 手術

通則

1～16 (略)

(新設)

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

- 1 (略)
- 2 前歯 155点
- 3 臼歯 265点
- 4 埋伏歯 1,054点

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

- 2 (略)
- 3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。
- 4 (略)

J000-2～J017 (略)

J017-2 甲状舌管^{のう}嚢胞摘出術 8,970点

J018 舌悪性腫瘍手術

1 (略)	
2 亜全摘	<u>84,080点</u>
J019～J026 (略)	
J027 頬、口唇、舌小帯形成術	<u>630点</u>
J028・J029 (略)	
J030 口唇腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	<u>1,020点</u>
2 (略)	
J031 (略)	
J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除	<u>121,740点</u>
J033～J052 (略)	
J053 唾石摘出術 (一連につき)	
1 表在性のもの	<u>720点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
J054～J062 (略)	
J063 歯周外科手術	
1～5 (略)	
6 歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ 歯肉弁根尖側移動術	<u>770点</u>
ロ 歯肉弁歯冠側移動術	<u>770点</u>
ハ～ホ (略)	
注1・2 (略)	
3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。	
4～6 (略)	
J063-2～J074 (略)	
J075 下顎骨形成術	

1 (略)	
2 亜全摘	<u>75,070点</u>
J019～J026 (略)	
J027 頬、口唇、舌小帯形成術	<u>560点</u>
J028・J029 (略)	
J030 口唇腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	<u>910点</u>
2 (略)	
J031 (略)	
J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除	<u>108,700点</u>
J033～J052 (略)	
J053 唾石摘出術 (一連につき)	
1 表在性のもの	<u>640点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
J054～J062 (略)	
J063 歯周外科手術	
1～5 (略)	
6 歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ 歯肉弁根尖側移動術	<u>600点</u>
ロ 歯肉弁歯冠側移動術	<u>600点</u>
ハ～ホ (略)	
注1・2 (略)	
3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅲを開始した日以降に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。	
4～6 (略)	
J063-2～J074 (略)	
J075 下顎骨形成術	

1	おとがい形成の場合	<u>8,710点</u>
2~4	(略)	
	注1・2 (略)	
J075-2~J083 (略)		
J084 創傷処理		
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	<u>1,400点</u>
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>1,880点</u>
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	
	イ 頭頸部 <small>けい</small> のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	<u>9,630点</u>
	ロ その他のもの	<u>2,690点</u>
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	<u>530点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>950点</u>
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	<u>1,480点</u>
	注1~3 (略)	
J084-2 小児創傷処理(6歳未満)		
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	<u>1,400点</u>
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	<u>1,540点</u>
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>2,490点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	<u>3,840点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメ	

1	おとがい形成の場合	<u>7,780点</u>
2~4	(略)	
	注1・2 (略)	
J075-2~J083 (略)		
J084 創傷処理		
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	<u>1,250点</u>
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>1,680点</u>
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	
	イ 頭頸部 <small>けい</small> のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	<u>8,600点</u>
	ロ その他のもの	<u>2,400点</u>
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	<u>470点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>850点</u>
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	<u>1,320点</u>
	注1~3 (略)	
J084-2 小児創傷処理(6歳未満)		
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	<u>1,250点</u>
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	<u>1,400点</u>
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>2,220点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	<u>3,430点</u>
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメ	

一トル未満)	<u>500点</u>
6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	<u>560点</u>
7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>1,060点</u>
8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上)	<u>1,950点</u>
注1～3 (略)	
J085 デブリードマン	
1 100平方センチメートル未満	<u>1,410点</u>
2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>4,820点</u>
注1・2 (略)	
J086～J092 (略)	
J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの)	<u>105,800点</u>
J094～J099-2 (略)	
J100 血管移植術、バイパス移植術	
1 頭、 ^{けい} 頸部動脈	<u>61,660点</u>
2 (略)	
J100-2～J105 (略)	
J106 気管切開術	<u>3,450点</u>
J107～J110 (略)	
第2節 (略)	
第3節 手術医療機器等加算	
区分	
J200-3～J200-4-4 (略)	
J200-5 画像等手術支援加算	
1・2 (略)	
3 <u>患者適合型手術支援ガイドによるもの</u>	<u>2,000点</u>

一トル未満)	<u>450点</u>
6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	<u>500点</u>
7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>950点</u>
8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上)	<u>1,740点</u>
注1～3 (略)	
J085 デブリードマン	
1 100平方センチメートル未満	<u>1,260点</u>
2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>4,300点</u>
注1・2 (略)	
J086～J092 (略)	
J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの)	<u>94,460点</u>
J094～J099-2 (略)	
J100 血管移植術、バイパス移植術	
1 頭、 ^{けい} 頸部動脈	<u>55,050点</u>
2 (略)	
J100-2～J105 (略)	
J106 気管切開術	<u>3,080点</u>
J107～J110 (略)	
第2節 (略)	
第3節 手術医療機器等加算	
区分	
J200-3～J200-4-4 (略)	
J200-5 画像等手術支援加算	
1・2 (略)	
(新設)	

注1 1については、区分番号J086からJ087-2まで及びJ109に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J019の2、J038からJ043まで、J068からJ070-2まで、J072及びJ075からJ076までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

3 3については、区分番号J040からJ042まで及び区分番号J075に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

J200-6 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点

第4節～第6節 (略)

第10部 麻酔

通則
(略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K003 (略)

K004 歯科麻酔管理料 750点

注1 (略)

2 区分番号J018の2、J093及びJ096に掲げる手術に当たって、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、5,500点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

注1 1については、区分番号J086からJ087-2までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J019の2、J038からJ043まで、J068からJ070-2まで、J072、J075及びJ076に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

第4節～第6節 (略)

第10部 麻酔

通則
(略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K003 (略)

K004 歯科麻酔管理料 750点

注 (略)

(新設)

(新設)

険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第2節 (略)

第3節 特定保険医療材料料

区分

K200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L001-2 (略)

L001-3 ホウ素中性子捕捉療法 (一連につき)

187,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

2 ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

第2節 (略)

第3節 特定保険医療材料料

区分

K200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第11部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L001-2 (略)

(新設)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する歯科医師又は医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

L002～L004 (略)

第2節 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～3 (略)

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ (略)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、M003-3、M006（2のロに限る。）、M010からM010-3まで、M010-4（1に限る。）、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3（2に限る。）、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

L002～L004 (略)

第2節 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～3 (略)

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ (略)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、M003-3、区分番号M006（2のロに限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 区分番号M021-3 (1に限る。) 及び区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M006 (2のロに限る。)、M010からM010-3まで、M010-4 (1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3 (2に限る。)、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000~M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合
所定点数の100分の50に相当する点数

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M006 (2のロに限る。)、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000~M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

1～3 (略)

注1 (略)

2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及びレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

3 (略)

4 1のイについて、接着冠のための支台歯の歯冠形成は、接着冠形成加算として、490点を所定点数に加算する。

5 (略)

6 2のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠又はレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

7 (略)

(削る)

(削る)

8～10 (略)

M001-2・M001-3 (略)

M002 支台築造(1歯につき)

1 間接法

イ (略)

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 196点

(2) 小白歯及び前歯 170点

2 直接法

1～3 (略)

注1 (略)

2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

4 (略)

5 2のイについて、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

6 (略)

7 2のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。

8 2のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。

9～11 (略)

M001-2・M001-3 (略)

M002 支台築造(1歯につき)

1 間接法

イ (略)

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 176点

(2) 小白歯及び前歯 150点

2 直接法

	イ ファイバーポストを用いた場合	
	(1) 大白歯	174点
	(2) 小白歯及び前歯	148点
	ロ (略)	
	注1・2 (略)	
M002-2	支台築造印象 (1歯につき)	50点
	注 (略)	
M003	(略)	
M003-2	テンポラリークラウン (1歯につき)	34点
	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、 区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、 レジン前装金属冠、 <u>レジン前装チタン冠</u> 、 <u>硬質レジンジャケット冠若しくはCAD/CAM冠</u> に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、 <u>レジン前装チタン冠</u> 、 <u>硬質レジンジャケット冠若しくはCAD/CAM冠</u> の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。	
	2 (略)	
M003-3	(略)	
M004	リテイナー	
	1・2 (略)	
	3 <u>広範囲顎骨支持型補綴 (ブリッジ形態のもの) の場合</u>	300点
	注 <u>3</u> については、 <u>保険医療材料 (別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。)</u> は、 <u>所定点数に含まれる。</u>	
M005	装着	
	1～3 (略)	

	イ ファイバーポストを用いた場合	
	(1) 大白歯	154点
	(2) 小白歯及び前歯	128点
	ロ (略)	
	注1・2 (略)	
M002-2	支台築造印象 (1歯につき)	34点
	注 (略)	
M003	(略)	
M003-2	テンポラリークラウン (1歯につき)	34点
	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、 区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、 レジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。	
	2 (略)	
M003-3	(略)	
M004	リテイナー	
	1・2 (略)	
	(新設)	
	(新設)	
M005	装着	
	1～3 (略)	

注1	区分番号M015-2に掲げるCAD/CA M冠、区分番号M015-3に掲げるCAD/ CAMインレー又は区分番号M017-2に掲 げる高強度硬質レジブリッジを装着する際に 、歯質に対する接着性を向上させることを目的 に内面処理を行った場合は、内面処理加算1と して、それぞれについて45点、45点又は90点を 所定点数に加算する。	
2	接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する 接着性を向上させることを目的に内面処理を行 った場合は、内面処理加算2として、 <u>区分番号 M010-3に掲げる接着冠ごとに45点を所定 点数に加算する。</u>	
3	(略)	
M005-2~M009	(略)	
M010	金属歯冠修復(1個につき) 1~4 (略) (削る)	
注	(略) (削る)	
M010-2	<u>チタン冠(1歯につき)</u>	1,200点
M010-3	<u>接着冠(1歯につき)</u>	
1	<u>前歯</u>	370点
2	<u>臼歯</u>	310点
注	<u>接着ブリッジのための接着冠に用いる場合に算 定する。</u>	
M010-4	<u>根面被覆(1歯につき)</u>	
1	<u>根面板によるもの</u>	190点
2	<u>レジン充填によるもの</u>	106点

注1	区分番号M015-2に掲げるCAD/CA M冠又は区分番号M017-2に掲げる高強度 硬質レジブリッジを装着する際に、歯質に対 する接着性を向上させることを目的に内面処理 を行った場合は、内面処理加算1として、それ ぞれについて45点又は90点を所定点数に加算す る。	
2	接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する 接着性を向上させることを目的に内面処理を行 った場合は、内面処理加算2として、接着冠ご とに45点を所定点数に加算する。	
3	(略)	
M005-2~M009	(略)	
M010	金属歯冠修復(1個につき) 1~4 (略)	
注1	<u>2について、前歯部の接着ブリッジのための 金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。</u>	
2	(略)	
3	<u>3について、臼歯部の接着ブリッジのための 金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。</u>	
		(新設)
		(新設)
		(新設)

M011	(略)	
M011-2	レジ前装チタン冠(1歯につき)	1,800点
M012からM014まで	(略)	
M015	非金属歯冠修復(1歯につき)	
1	レジインレー	
イ	単純なもの	128点
ロ	複雑なもの	180点
2	(略)	
M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	1,200点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
M015-3	CAD/CAMインレー(1歯につき)	750点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、臼歯に対して歯冠修復物(全部被覆冠を除く。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
M016~M017	(略)	
M017-2	高強度硬質レジブリッジ(1装置につき)	2,600点
注	(略)	
M018	有床義歯	
1	局部義歯(1床につき)	
イ	1歯から4歯まで	594点

M011	(略)	
	(新設)	
M012からM014まで	(略)	
M015	非金属歯冠修復(1歯につき)	
1	レジインレー	
イ	単純なもの	124点
ロ	複雑なもの	176点
2	(略)	
M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	1,200点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
	(新設)	
M016~M017	(略)	
M017-2	高強度硬質レジブリッジ(1装置につき)	2,500点
注	(略)	
M018	有床義歯	
1	局部義歯(1床につき)	
イ	1歯から4歯まで	588点

	ロ 5歯から8歯まで	732点
	ハ 9歯から11歯まで	972点
	ニ 12歯から14歯まで	1,402点
	2 総義歯(1顎につき)	2,184点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯(1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	630点
	ロ 5歯から8歯まで	852点
	ハ 9歯から11歯まで	1,064点
	ニ 12歯から14歯まで	1,678点
	2 総義歯(1顎につき)	2,682点
M020	鑄造鉤(1個につき)	
	1 双子鉤	255点
	2 二腕鉤	235点
M021	線鉤(1個につき)	
	1 双子鉤	224点
	2 二腕鉤(レストつき)	156点
	3 (略)	
M021-2	コンビネーション鉤(1個につき)	236点
M021-3	磁性アタッチメント(1個につき)	
	1 磁石構造体を用いる場合	260点
	2 キーパー付き根面板を用いる場合	350点
	注 有床義歯(区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。)に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。	
M022	間接支台装置(1個につき)	111点
	注 (略)	

	ロ 5歯から8歯まで	724点
	ハ 9歯から11歯まで	962点
	ニ 12歯から14歯まで	1,391点
	2 総義歯(1顎につき)	2,172点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯(1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	642点
	ロ 5歯から8歯まで	866点
	ハ 9歯から11歯まで	1,080点
	ニ 12歯から14歯まで	1,696点
	2 総義歯(1顎につき)	2,704点
M020	鑄造鉤(1個につき)	
	1 双子鉤	251点
	2 二腕鉤	231点
M021	線鉤(1個につき)	
	1 双子鉤	220点
	2 二腕鉤(レストつき)	152点
	3 (略)	
M021-2	コンビネーション鉤(1個につき)	232点
	(新設)	
M022	間接支台装置(1個につき)	109点
	注 (略)	

M023 バー（1個につき）
 1 鋳造バー 458点
 2 屈曲バー 268点
 注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、62点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M024～M027及びM028 （略）
 （修理）

M029 有床義歯修理（1床につき） 260点
 注1～4 （略）

M030～M041 （略）
 第2節・第3節 （略）
 第13部 （略）
 第14部 病理診断

通則
 （略）

区分

0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）
 1 組織診断料 520点
 2 （略）
 注1～5 （略）

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 130点
 注1・2 （略）
 第3章 経過措置

第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注12のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

M023 バー（1個につき）
 1 鋳造バー 454点
 2 屈曲バー 264点
 注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、60点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M024～M027及びM028 （略）
 （修理）

M029 有床義歯修理（1床につき） 252点
 注1～4 （略）

M030～M041 （略）
 第2節・第3節 （略）
 第13部 （略）
 第14部 病理診断

通則
 （略）

区分

0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）
 1 組織診断料 450点
 2 （略）
 注1～5 （略）

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 150点
 注1・2 （略）
 （新設）

改 正 後	改 正 前
<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略)</p> <p>通則 1 (略) 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の<u>薬剤調製料</u>は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 (略)</p> <p style="text-align: center;">第1節 調剤技術料</p> <p>区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ <u>32点</u> 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算</p>	<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略)</p> <p>通則 1 (略) 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の<u>調剤料</u>は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 (略)</p> <p style="text-align: center;">第1節 調剤技術料</p> <p>区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ <u>同一グループの保険薬局(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。)</u>による<u>処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合</u> 21点 ロ <u>同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合</u> 16点 (新設) 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>9点</u>を算</p>

定する。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

- イ 地域支援体制加算1 39点
- ロ 地域支援体制加算2 47点
- ハ 地域支援体制加算3 17点
- ニ 地域支援体制加算4 39点

6 注5に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 21点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 28点

定する。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点

ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点

- 8 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。
- 9 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。
- 10 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。
- 11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「

ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 28点

- 7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。
- 8 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
- 10 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「

処方医」という。)に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

01 薬剤調製料

- 1 内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき)) 24点
 - (削る)
 - (削る)
 - (削る)
 - (削る)
 - (削る)
- 注1・2 (略)
 - (削る)

2~6 (略)

注1~5 (略)

- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき(イの(i))に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端

処方医」という。)に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

01 調剤料

- 1 内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき))
 - イ 7日分以下の場合 28点
 - ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点
 - ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点
 - ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点
 - ホ 31日分以上の場合 86点
- 注1・2 (略)

3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

2~6 (略)

注1~5 (略)

- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき(イの(i))に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端

数を増すごとに)、それぞれ次の点数(予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数)を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ・ロ (略)

7・8 (略)

第2節 薬学管理料

区分

10 削除

数を増すごとに)、それぞれ次の点数(予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数)を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ・ロ (略)

7・8 (略)

第2節 薬学管理料

区分

10 薬剤服用歴管理指導料

- 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点
- 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの(以下この表において「薬剤情報提供文書」という。)により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
 - ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
 - ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。
 - ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
2. 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
 - ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
 - ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る

薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

三 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

3 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

5 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれ

ぞれ所定点数に加算する。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

6 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、10点を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算 2 として、月 1 回に限り 100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

8 6 歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患ぜんそくの患者であって、

吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除き、算定しない。

12 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要し

10の2 調剤管理料

1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき）

イ 7日分以下の場合 4点

ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点

ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点

ニ 29日分以上の場合 60点

2 1以外の場合 4点

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。

3 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算とし

た交通費は、患家の負担とする。

13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

(新設)

て、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点
- ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であつて処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があつた場合 3点

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

10の3 服薬管理指導料

(新設)

- 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 45点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59点
- 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 45点
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
 - イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点
 - ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ これまでに投薬された薬剤のうち服薬して

いないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

ヘ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投

薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

へ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得

て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

- 7 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等を確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。
- 8 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注7に規定する加算は算定できない。
- 9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分

番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

- 10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
- 11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。
- 12 服薬管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。
- 13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算及び区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注

3から注5までに規定する加算は算定できない

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

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点
注1・2 (略)
(削る)

3～5 (略)

6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算とし

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点
注1・2 (略)

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

4～6 (略)

(新設)

て、350点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲

7 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲

掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

14 (略)

14の2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料1 185点

2 外来服薬支援料2

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

3 2については、多種類の薬剤を投与されてい

る経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

14 (略)

14の2 外来服薬支援料

185点

(新設)

(新設)

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理

る患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 (略)

2 服用薬剤調整支援料 2

イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 110点

ロ イ以外の場合 90点

注1・2 (略)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 (略)

2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 (略)

2 服用薬剤調整支援料 2 100点
(新設)

(新設)

注1・2 (略)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。
- 6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な

は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

- 3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

- 4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

8・9 （略）

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 （略）

注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻

（新設）

5・6 （略）

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 （略）

注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻

薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。

4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。

5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理

薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(注1のただし書に規定する場合を除く。)は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

(新設)

4・5 (略)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 (略)

(新設)

険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。

4 (略)

5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護

3 (略)

(新設)

(新設)

4・5 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護

師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

15の5 服薬情報等提供料

1・2 (略)

3 服薬情報等提供料 3 50点

注1・2 (略)

3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

4 (略)

5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1・2 (略)

注1 (略)

2 区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料

師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

15の5 服薬情報等提供料

1・2 (略)

(新設)

注1・2 (略)

(新設)

3 (略)

(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1・2 (略)

注1 (略)

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者につい

又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。

15の7・16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

2 区分番号10の2の注5のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

ては、算定しない。

15の7・16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注5、区分番号15の2の注4及び区分番号15の3の注4の規定は適用しない。

(新設)

別紙2 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注3まで及び注10、<u>区分番号02の注1から注3まで、注10及び注12並びに区分番号05の注4</u>における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>区分</p> <p>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 4,500円 (削る)</p> <p><u>(2)</u> 同一建物内3人以上 4,000円</p>	<p>別表 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注3まで及び注10<u>並びに</u>区分番号02の注1から注3まで<u>及び注10</u>における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>区分</p> <p>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～6 (略)</p> <p>7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 4,500円</p> <p><u>(2)</u> 同一建物内2人 <u>4,500円</u></p> <p><u>(3)</u> 同一建物内3人以上 4,000円</p>

- ロ 1日に3回以上の場合
- | | |
|-------------------------|--------|
| (1) 同一建物内1人又は2人
(削る) | 8,000円 |
| (2) 同一建物内3人以上 | 7,200円 |

8～11 (略)

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

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等(准看護師を除く。)と同時に指定訪問看護を行う場合

- | | |
|-------------------------|--------|
| (1) 同一建物内1人又は2人
(削る) | 4,500円 |
| (2) 同一建物内3人以上 | 4,000円 |

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

- | | |
|-------------------------|--------|
| (1) 同一建物内1人又は2人
(削る) | 3,800円 |
| (2) 同一建物内3人以上 | 3,400円 |

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合(

- ロ 1日に3回以上の場合
- | | |
|---------------|--------|
| (1) 同一建物内1人 | 8,000円 |
| (2) 同一建物内2人 | 8,000円 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 7,200円 |

8～11 (略)

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

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等(准看護師を除く。)と同時に指定訪問看護を行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 同一建物内1人 | 4,500円 |
| (2) 同一建物内2人 | 4,500円 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 4,000円 |

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 同一建物内1人 | 3,800円 |
| (2) 同一建物内2人 | 3,800円 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 3,400円 |

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合(

別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)

- (1) 同一建物内1人又は2人 3,000円
(削る)
- ② 同一建物内3人以上 2,700円

ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人又は2人 3,000円
(削る)
 - ② 同一建物内3人以上 2,700円
- ② 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人又は2人 6,000円
(削る)
 - ② 同一建物内3人以上 5,400円
- ③ 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人又は2人 10,000円
(削る)
 - ② 同一建物内3人以上 9,000円

13 (略)

14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ (略)

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ (略)

01-2 精神科訪問看護基本療養費(1日につき)

1~4 (略)

注1~7 (略)

別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)

- (1) 同一建物内1人 3,000円
- ② 同一建物内2人 3,000円
- ③ 同一建物内3人以上 2,700円

ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 3,000円
 - ② 同一建物内2人 3,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 2,700円
- ② 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 6,000円
 - ② 同一建物内2人 6,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 5,400円
- ③ 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 10,000円
 - ② 同一建物内2人 10,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 9,000円

13 (略)

14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ (略)

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ (略)

01-2 精神科訪問看護基本療養費(1日につき)

1~4 (略)

注1~7 (略)

8 1及び3（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度として算定する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人又は2人 4,500円
(削る)

② 同一建物内3人以上 4,000円

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人又は2人 9,000円
(削る)

② 同一建物内3人以上 8,100円

(3) 1日に3回以上の場合

① 同一建物内1人又は2人 14,500円
(削る)

② 同一建物内3人以上 13,000円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人又は2人 3,800円
(削る)

8 1及び3（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度として算定する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人 4,500円

② 同一建物内2人 4,500円

③ 同一建物内3人以上 4,000円

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人 9,000円

② 同一建物内2人 9,000円

③ 同一建物内3人以上 8,100円

(3) 1日に3回以上の場合

① 同一建物内1人 14,500円

② 同一建物内2人 14,500円

③ 同一建物内3人以上 13,000円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人 3,800円

② 同一建物内2人 3,800円

② 同一建物内3人以上	3,400円
(2) 1日に2回の場合	
① 同一建物内1人又は2人 (削る)	7,600円
② 同一建物内3人以上	6,800円
(3) 1日に3回以上の場合	
① 同一建物内1人又は2人 (削る)	12,400円
② 同一建物内3人以上	11,200円
ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合	
(1) 同一建物内1人又は2人 (削る)	3,000円
(2) 同一建物内3人以上	2,700円
9 (略)	
10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。	
イ 1日に2回の場合	
(1) 同一建物内1人又は2人 (削る)	4,500円
(2) 同一建物内3人以上	4,000円
ロ 1日に3回以上の場合	
(1) 同一建物内1人又は2人	8,000円

③ 同一建物内3人以上	3,400円
(2) 1日に2回の場合	
① 同一建物内1人	7,600円
② 同一建物内2人	7,600円
③ 同一建物内3人以上	6,800円
(3) 1日に3回以上の場合	
① 同一建物内1人	12,400円
② 同一建物内2人	12,400円
③ 同一建物内3人以上	11,200円
ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合	
(1) 同一建物内1人	3,000円
(2) 同一建物内2人	3,000円
(3) 同一建物内3人以上	2,700円
9 (略)	
10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。	
イ 1日に2回の場合	
(1) 同一建物内1人	4,500円
(2) 同一建物内2人	4,500円
(3) 同一建物内3人以上	4,000円
ロ 1日に3回以上の場合	
(1) 同一建物内1人	8,000円

- (削る)
- ② 同一建物内 3 人以上 7,200円
- 11 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。
- イ (略)
- ロ 介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- ハ (略)

0 2 訪問看護管理療養費

1 月の初日の訪問の場合

- イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,830円
- ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,800円

ハ・ニ (略)

2 (略)

注 1～6 (略)

7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円（区分番号 0 1 の注 10 に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合には、死亡日又は再入院することとなったときに

- ② 同一建物内 2 人 8,000円
- ③ 同一建物内 3 人以上 7,200円
- 11 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。
- イ (略)
- ロ 介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第 19 項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- ハ (略)

0 2 訪問看護管理療養費

1 月の初日の訪問の場合

- イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,530円
- ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,500円

ハ・ニ (略)

2 (略)

注 1～6 (略)

7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合には、死亡日又は再入院することとなったときに算定する。

算定する。

8～10 (略)

11 別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者又は同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「^{かくたん}喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り2,500円を所定額に加算する。

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

イ 緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある利用者（医科点数表の区分

8～10 (略)

11 別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「^{かくたん}喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り2,500円を所定額に加算する。

(新設)

番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。) 2,500円

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合(医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。) 2,500円

03 訪問看護情報提供療養費

1～3 (略)

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

03 訪問看護情報提供療養費

1～3 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。)又は都道府県(以下「市町村等」という。)に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。

。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（大学を除く。）等（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

3 (略)

04 (略)

05 訪問看護ターミナルケア療養費

1・2 (略)

注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡し

2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

3 (略)

04 (略)

05 訪問看護ターミナルケア療養費

1・2 (略)

注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡し

た利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

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

3 （略）

4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステー

た利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

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

3 （略）

（新設）

シヨンの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。

別紙3 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>1 (略)</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者イ～へ (略)</p> <p>ト <u>A 3 1 9</u> 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</p> <p>チ <u>A 4 0 0</u> 短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料1に限る。)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 第一項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 医科点数表区分番号A 2 0 7診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。</p> <p>三～五 (略)</p> <p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) 入院基本料のうち、区分番号A 1 0 0の注4、注5及び注12、A 1 0 4の注5及び注10から注12まで並びにA 1 0 5の注3、注4及び注9に掲げる費用</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A 2 0 0-2、A 2</p>	<p>1 (略)</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者イ～へ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ト A 4 0 0 短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料1に限る。)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 第一項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 医科点数表に<u>掲げる</u>区分番号A 2 0 7診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。</p> <p>三～五 (略)</p> <p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) 入院基本料のうち、区分番号A 1 0 0の注4、注5及び注12、A 1 0 4の注5及び注10並びにA 1 0 5の注3、注4及び注9に掲げる費用</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A 2 0 5からA 2 0</p>

04-2、A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A244（2に限る。）及びA246からA251までに掲げる費用

(3) (略)

(4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで、B001-6からB015まで及びB100に掲げる費用

(5)～(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J003-3、J003-4、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J118-4、J122（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びJ129-2（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）

6まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242まで、A244（2に限る。）及びA246からA251までに掲げる費用

(3) (略)

(4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB015までに掲げる費用

(5)～(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J003-3、J003-4、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J122（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びJ129-2（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用

)に係る費用

(9)・(10) (略)

(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤、血液凝固第VIII因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第IX因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤及び遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤に係る費用

3 (略)

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略) (15日以上30日以内の期間) (31日以上)の期間)	6,308点 6,515点
	救命救急入院料2 (略) (15日以上30日以内の期間) (31日以上)の期間)	7,782点 7,989点
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (略)	

(9)・(10) (略)

(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤、血液凝固第VIII因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第IX因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）及び乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤に係る費用

3 (略)

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略) (新設) (新設)	
	救命救急入院料2 (略) (新設) (新設)	
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (略)	

	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>6,308点</u>
	<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,515点</u>
ロ	(略)	
救命救急入院料 4		
イ	救命救急入院料	
	(略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>7,782点</u>
	<u>(31日以上)</u> の期間	<u>7,989点</u>
ロ	(略)	
注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、 <u>精神疾患診断治療初回加算</u> として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、 <u>次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算</u> する。		
イ	<u>基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第九の二の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において</u>	
	<u>行った場合</u>	<u>7,000点</u>
ロ	<u>イ以外の場合</u>	<u>3,000点</u>

	(新設)
	(新設)
ロ	(略)
救命救急入院料 4	
イ	救命救急入院料
	(略)
	(新設)
	(新設)
ロ	(略)
注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に <u>3,000点を加算</u> する。	
	(新設)
	(新設)

2 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の⑦に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の⑧に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

6 基本診療料の施設基準等第九の二の⑨に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算し

2 基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号) 第九の二の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長(以下「地方厚生局長等」という。)に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の⑤に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

(新設)

て14日を限度として500点を所定点数に加算する。

7 基本診療料の施設基準等第九の二の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

8 注1のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。

9 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 3日以内の期間 750点

ロ 4日以上7日以内の期間 500点

(新設)

(新設)

(新設)

	ハ 8日以上14日以内の期間	300点
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料	
	特定集中治療室管理料1	
	(略)	
	(15日以上30日以内の期間)	11,044点
	(31日以上)の期間)	11,251点
	特定集中治療室管理料2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(略)	
	(15日以上30日以内の期間)	11,044点
	(31日以上)の期間)	11,251点
	ロ (略)	
	特定集中治療室管理料3	
	(略)	
	(15日以上30日以内の期間)	6,529点
(31日以上)の期間)	6,736点	
特定集中治療室管理料4		
イ 特定集中治療室管理料		
(略)		
(15日以上30日以内の期間)	6,529点	
(31日以上)の期間)	6,736点	
ロ (略)		
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の⑤に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する		

区分番号A	特定集中治療室管理料
301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1
	(略)
	(新設)
	(新設)
	特定集中治療室管理料2
	イ 特定集中治療室管理料
	(略)
	(新設)
	(新設)
	ロ (略)
	特定集中治療室管理料3
	(略)
	(新設)
	(新設)
	特定集中治療室管理料4
	イ 特定集中治療室管理料
	(略)
	(新設)
	(新設)
	ロ (略)
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。	

。イ 7日以内の期間 2,000点

ロ 8日以上14日以内の期間 1,500点

2 基本診療料の施設基準等第九の三の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

3 基本診療料の施設基準等第九の三の⑦に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開

（7日以内の期間） 2,000点

（8日以上14日以内の期間） 1,500点

2 基本診療料の施設基準等第九の三の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

3 基本診療料の施設基準等第九の三の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算

	<p>始した場合は、当該開始日以降は400点) を所定点数に加算する。</p> <p>4 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑧に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 3日以内の期間 750点 ロ 4日以上7日以内の期間 500点 ハ 8日以上14日以内の期間 300点</p>
区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略)</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の四の③に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の四の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度とし</p>

	<p>する。</p> <p>(新設)</p>
区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>

	て250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号A 301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ ニット入院 医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (略)</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</p>
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料 (略)</p> <p>(31日以上55日以内の期間) 12,829点</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の(6)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入</p>

区分番号A 301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ ニット入院 医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料 (略) (31日以上35日以内の期間) 12,829点 (新設)</p>

	<p>室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、<u>早期離床・リハビリテーション加算</u>として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の二の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</u></p>			(新設)
区分番号A 302に掲げる新生児 特定集中治 療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上110日以内の期間) 7,052点</p>		区分番号A 302に掲げる新生児 特定集中治 療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上90日以内の期間) 7,052点</p>
区分番号A 303に掲げる総合周 産期特定集 中治療室管 理料	<p>総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 <u>注1 基本診療料の施設基準等第九の六の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であ</u></p>		区分番号A 303に掲げる総合周 産期特定集 中治療室管 理料	<p>総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 (新設)</p>

	<p>ると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。</p>
区分番号A 303-2 に掲げる新 生児治療回 復室入院医 療管理料	<p>新生児治療回復室入院医療管理料 (略) (31日以上140日以内の期間) 4,315点</p>
(略)	(略)
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	<p>小児入院医療管理料 (略) (削る)</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p>3 基本診療料の施設基準等第九の九の</p>

区分番号A 303-2 に掲げる新 生児治療回 復室入院医 療管理料	<p>新生児治療回復室入院医療管理料 (略) (31日以上120日以内の期間) 4,315点</p>
(略)	(略)
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	<p>小児入院医療管理料 (略) 小児入院医療管理料5 <u>(14日以内の期間)</u> 112点 <u>(15日以上30日以内の期間)</u> 617点 <u>(31日以上)</u> 824点</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき所定点数に600点を加算する。</p> <p>3 基本診療料の施設基準等第九の九の</p>

(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該病院の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

5 患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき所定点数に200点を加算する。

(新設)

(新設)

6 当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九のⅣに規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外受入体制強化加算1 300点
- ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

(新設)

5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略)	
	(15日以上30日以内の期間)	6,308点
	(31日以上)の期間)	6,515点
	救命救急入院料2 (略)	

5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表第1章第2部第1節入院基本料区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略)	
	(新設)	
	(新設)	
	救命救急入院料2 (略)	

<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>7,782点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>7,989点</u>
救命救急入院料 3	
イ 救命救急入院料	
(略)	
<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>6,308点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,515点</u>
ロ (略)	
救命救急入院料 4	
イ 救命救急入院料	
(略)	
<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>7,782点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>7,989点</u>
ロ (略)	

注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において行った場合 7,000点
- ロ イ以外の場合 3,000点

2 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているもの

(新設)
(新設)
救命救急入院料 3
イ 救命救急入院料
(略)
(新設)
(新設)
ロ (略)
救命救急入院料 4
イ 救命救急入院料
(略)
(新設)
(新設)
ロ (略)

注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

(新設)

(新設)

2 基本診療料の施設基準等第九の二の④に規定する基準に適合しているもの

として地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

6 基本診療料の施設基準等第九の二の(9)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

7 基本診療料の施設基準等第九の二の(10)に規定する基準に適合しているもの

として地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の(6)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

(新設)

(新設)

	<p><u>として地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>8 注1のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>9 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二のⅢに規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 3日以内の期間 750点</u></p> <p><u>ロ 4日以上7日以内の期間 500点</u></p> <p><u>ハ 8日以上14日以内の期間 300点</u></p>			<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>区分番号A 301に掲げる特定集</p>	<p>特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料1 (略)</p>		<p>区分番号A 301に掲げる特定集</p>	<p>特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料1 (略)</p>

中治療室管理料	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>11,044点</u>
	<u>(31日以上)</u> の期間	<u>11,251点</u>
	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料 (略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>11,044点</u>
	<u>(31日以上)</u> の期間	<u>11,251点</u>
	ロ (略)	
	特定集中治療室管理料 3	
	(略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>6,529点</u>
	<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,736点</u>
	特定集中治療室管理料 4	
	イ 特定集中治療室管理料 (略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	<u>6,529点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,736点</u>	
ロ (略)		
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の <u>⑤</u> に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 において、15歳未満の重篤な患者に対 して特定集中治療室管理が行われた場 合には、小児加算として、当該患者の 入院期間に応じ、次に掲げる点数をそ れぞれ1日につき所定点数に加算する 。		
イ <u>7日以内の期間</u>	2,000点	
ロ <u>8日以上14日以内の期間</u>	1,500点	
2 基本診療料の施設基準等第九の三の		

中治療室管理料	(新設)	
	(新設)	
	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料 (略)	
	(新設)	
	(新設)	
	ロ (略)	
	特定集中治療室管理料 3	
	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
	特定集中治療室管理料 4	
	イ 特定集中治療室管理料 (略)	
	(新設)	
(新設)		
ロ (略)		
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の <u>④</u> に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 において、15歳未満の重篤な患者に対 して特定集中治療室管理が行われた場 合には、小児加算として、当該患者の 入院期間に応じ、次に掲げる点数を1 日につき所定点数に加算する。		
<u>(7日以内の期間)</u>	2,000点	
<u>(8日以上14日以内の期間)</u>	1,500点	
2 基本診療料の施設基準等第九の三の		

⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

3 基本診療料の施設基準等第九の三の①に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

4 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑧に

⑤に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

3 基本診療料の施設基準等第九の三の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

(新設)

	<p>規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 3日以内の期間 750点 ロ 4日以上7日以内の期間 500点 ハ 8日以上14日以内の期間 300点</p>		
区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略)</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の四の③に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の四の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</u></p>	区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>
区分番号A	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	区分番号A	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

<p>301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ ニット入院 医療管理料</p>	<p>(略)</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>㉓に規定する基準に適合しているもの</u> <u>として地方厚生局長等に届け出た病室</u> <u>に入院している患者に対して、入室後</u> <u>早期から離床等に必要な治療を行った</u> <u>場合に、早期離床・リハビリテーショ</u> <u>ン加算として、入室した日から起算し</u> <u>て14日を限度として500点を所定点数に</u> <u>加算する。</u></p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>㉓に規定する基準に適合しているもの</u> <u>として地方厚生局長等に届け出た病室</u> <u>に入院している患者に対して、入室後</u> <u>早期から必要な栄養管理を行った場合</u> <u>に、早期栄養介入管理加算として、入</u> <u>室した日から起算して7日を限度とし</u> <u>て250点（入室後早期から経腸栄養を開</u> <u>始した場合は、当該開始日以降は400点</u> <u>）を所定点数に加算する。</u></p>
<p>区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料</p>	<p>小児特定集中治療室管理料 (略) (31日以上55日以内の期間) 12,829点</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>二の㉖に規定する基準に適合している</u> <u>ものとして地方厚生局長等に届け出た</u> <u>病室に入院している患者に対して、入</u> <u>室後早期から離床等に必要な治療を行</u> <u>った場合に、早期離床・リハビリテー</u> <u>ション加算として、入室した日から起</u></p>

<p>301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ ニット入院 医療管理料</p>	<p>(略) (新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料</p>	<p>小児特定集中治療室管理料 (略) (31日以上35日以内の期間) 12,829点 (新設)</p>

	<p>算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</p>
区分番号A 302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上110日以内の期間) 7,052点</p>
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	<p>総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 注1 基本診療料の施設基準等第九の六の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看</p>

	(新設)
区分番号A 302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上90日以内の期間) 7,052点</p>
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	<p>総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 (新設)</p>

	<u>看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。</u>
区分番号A 303-2 に掲げる新 生児治療回 復室入院医 療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (略) (31日以上140日以内の期間) 4,315点
(略)	(略)
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	小児入院医療管理料 (略) 注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、1日につき100点を所 定点数に加算する。 2 当該病棟に入院している患者が人工 呼吸器を使用している場合は、人工呼 吸器使用加算として、1日につき600点 を所定点数に加算する。 3 基本診療料の施設基準等第九の九の (8)に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 に入院している患者（小児入院医療管 理料3、小児入院医療管理料4又は小 児入院医療管理料5を算定しているも のに限る。）について、重症児受入体

区分番号A 303-2 に掲げる新 生児治療回 復室入院医 療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (略) (31日以上120日以内の期間) 4,315点
(略)	(略)
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	小児入院医療管理料 (略) 注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、1日につき所定点数 に100点を加算する。 2 当該病棟に入院している患者が人工 呼吸器を使用している場合は、人工呼 吸器使用加算として、1日につき所定 点数に600点を加算する。 3 基本診療料の施設基準等第九の九の (8)に規定する基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た病院 に入院している患者（小児入院医療管 理料3、小児入院医療管理料4又は小 児入院医療管理料5を算定しているも のに限る。）について、重症児受入体

制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

- 4 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該病院の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

- 5 患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

- 6 当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長

制加算として、1日につき所定点数に200点を加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外受入体制強化加算1 300点
- ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4に規定する病院及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略) <u>(15日以上30日以内の期間)</u> <u>(31日以上)</u>	<u>6,323点</u> <u>6,515点</u>
	救命救急入院料2 (略) <u>(15日以上30日以内の期間)</u> <u>(31日以上)</u>	<u>7,797点</u> <u>7,989点</u>
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (略) <u>(15日以上30日以内の期間)</u> <u>(31日以上)</u>	<u>6,323点</u> <u>6,515点</u>

6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4に規定する病院及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1 (略) (新設) (新設)	
	救命救急入院料2 (略) (新設) (新設)	
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (略) (新設) (新設)	

ロ (略)
救命救急入院料 4
イ 救命救急入院料
(略)
(15日以上30日以内の期間) 7,797点
(31日以上) 7,989点

ロ (略)
注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において行った場合 7,000点

ロ イ以外の場合 3,000点

2 基本診療料の施設基準等第九の二の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の

ロ (略)
救命救急入院料 4
イ 救命救急入院料
(略)
(新設)
(新設)
ロ (略)
注1 当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

(新設)

(新設)

2 基本診療料の施設基準等第九の二の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の二の

(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

6 基本診療料の施設基準等第九の二の(9)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

7 基本診療料の施設基準等第九の二の(10)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点

(6)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。

4 (略)

5 基本診療料の施設基準等第九の二の(6)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

(新設)

(新設)

	<p>）を所定点数に加算する。</p> <p>8 <u>注1のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>9 <u>重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の二のⅢに規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った病院の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>3日以内の期間</u> 750点</p> <p>ロ <u>4日以上7日以内の期間</u> 500点</p> <p>ハ <u>8日以上14日以内の期間</u> 300点</p>		(新設)	
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料	<p>特定集中治療室管理料</p> <p>特定集中治療室管理料1 (略)</p> <p><u>(15日以上30日以内の期間)</u> 11,059点</p> <p><u>(31日以上)</u> 11,251点</p> <p>特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料 (略)</p> <p><u>(15日以上30日以内の期間)</u></p> <p>11,059点</p>	区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料	<p>特定集中治療室管理料</p> <p>特定集中治療室管理料1 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料 (略)</p> <p>(新設)</p>	

	<u>(31日以上の期間)</u>	11,251点
ロ	(略)	
特定集中治療室管理料 3		
	(略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	6,544点
	<u>(31日以上の期間)</u>	6,736点
特定集中治療室管理料 4		
イ	特定集中治療室管理料	
	(略)	
	<u>(15日以上30日以内の期間)</u>	6,544点
	<u>(31日以上の期間)</u>	6,736点
ロ	(略)	
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の		
	<u>⑤</u> に規定する基準に適合しているもの	
	として地方厚生局長等に届け出た病院	
	において、15歳未満の重篤な患者に対	
	して特定集中治療室管理が行われた場	
	合には、小児加算として、当該患者の	
	入院期間に応じ、次に掲げる点数をそ	
	れぞれ1日につき所定点数に加算する	
	。	
イ	<u>7日以内の期間</u>	2,000点
ロ	<u>8日以上14日以内の期間</u>	1,500点
2 基本診療料の施設基準等第九の三の		
	<u>⑥</u> に規定する基準に適合しているもの	
	として地方厚生局長等に届け出た病室	
	に入院している患者に対して、入室後	
	早期から離床等に必要な治療を行った	
	場合に、早期離床・リハビリテーショ	
	ン加算として、入室した日から起算し	
	て14日を限度として500点を所定点数に	

	(新設)	
ロ	(略)	
特定集中治療室管理料 3		
	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
特定集中治療室管理料 4		
イ	特定集中治療室管理料	
	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
ロ	(略)	
注1 基本診療料の施設基準等第九の三の		
	<u>④</u> に規定する基準に適合しているもの	
	として地方厚生局長等に届け出た病院	
	において、15歳未満の重篤な患者に対	
	して特定集中治療室管理が行われた場	
	合には、小児加算として、当該患者の	
	入院期間に応じ、次に掲げる点数を1	
	日につき所定点数に加算する。	
	<u>(7日以内の期間)</u>	2,000点
	<u>(8日以上14日以内の期間)</u>	1,500点
2 基本診療料の施設基準等第九の三の		
	<u>⑤</u> に規定する基準に適合しているもの	
	として地方厚生局長等に届け出た病院	
	に入院している患者に対して、入室後	
	早期から離床等に必要な治療を行った	
	場合に、早期離床・リハビリテーショ	
	ン加算として、入室した日から起算し	
	て14日を限度として500点を所定点数に	

加算する。

- 3 基本診療料の施設基準等第九の三の⑦に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
- 4 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の⑧に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 3日以内の期間 750点

加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

- 3 基本診療料の施設基準等第九の三の⑥に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

(新設)

	<p>ロ 4日以上7日以内の期間 500点</p> <p>ハ 8日以上14日以内の期間 300点</p>
区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略)</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の四の③に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の四の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</u></p>
区分番号A 301-3 に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (略)</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の④に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った</u></p>

区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>
区分番号A 301-3 に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (略) (新設)</p>

	<p>場合に、<u>早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>Ⅲに規定する基準に適合しているもの</u> <u>として地方厚生局長等に届け出た病室</u> <u>に入院している患者に対して、入室後</u> <u>早期から必要な栄養管理を行った場合</u> <u>に、早期栄養介入管理加算として、入</u> <u>室した日から起算して7日を限度とし</u> <u>て250点（入室後早期から経腸栄養を開</u> <u>始した場合は、当該開始日以降は400点</u> <u>）を所定点数に加算する。</u></p>
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料 (略) (31日以上55日以内の期間) 12,829点</p> <p>注1 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>二の⑥に規定する基準に適合している</u> <u>ものとして地方厚生局長等に届け出た</u> <u>病室に入院している患者に対して、入</u> <u>室後早期から離床等に必要な治療を行</u> <u>った場合に、早期離床・リハビリテー</u> <u>ション加算として、入室した日から起</u> <u>算して14日を限度として500点を所定点</u> <u>数に加算する。</u></p> <p>2 <u>基本診療料の施設基準等第九の五の</u> <u>二の⑦に規定する基準に適合している</u> <u>ものとして地方厚生局長等に届け出た</u> <u>病室に入院している患者に対して、入</u></p>

	(新設)
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料 (略) (31日以上35日以内の期間) 12,829点 (新設)</p> <p>(新設)</p>

	<u>室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。</u>
区分番号A 302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上110日以内の期間) 7,052点
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上110日以内の期間) 9,157点 <u>注1 基本診療料の施設基準等第九の六の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該病院の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。</u>
区分番号A 303-2	新生児治療回復室入院医療管理料 (略)

区分番号A 302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 新生児特定集中治療室管理料2 (略) (31日以上90日以内の期間) 7,052点
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 (略) 新生児集中治療室管理料 (略) (31日以上90日以内の期間) 9,157点 (新設)
区分番号A 303-2	新生児治療回復室入院医療管理料 (略)

に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	(31日以上 <u>140日以内</u> の期間)	4,315点
(略)	(略)	
区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 (略)	
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、1日につき <u>100点を所定点数に加算する。</u>	
	2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき <u>600点を所定点数に加算する。</u>	
	3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき <u>200点を所定点数に加算する。</u>	
	4 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該病院の	

に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	(31日以上 <u>120日以内</u> の期間)	4,315点
(略)	(略)	
区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 (略)	
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、1日につき <u>所定点数に100点を加算する。</u>	
	2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき <u>所定点数に600点を加算する。</u>	
	3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき <u>所定点数に200点を加算する。</u> (新設)	

医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

5 患者に対する支援体制につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

6 当該病院が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

	イ 時間外受入体制強化加算 1	300点
	ロ 時間外受入体制強化加算 2	180点

7・8 (略)

9 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する患者に該当する者(6の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	(削る)	
	(削る)	
	(削る)	
	<u>急性期一般入院料 6</u>	111点
	<u>急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)</u>	94点
	<u>急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)</u>	77点
	(略)	

10・11 (略)

12 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(9)に規定する日(6の表に掲げる点数を加算する日を除く。)の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

--	--	--

7・8 (略)

9 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する患者に該当する者(6の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	<u>急性期一般入院料 6</u>	113点
	<u>急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)</u>	96点
	<u>急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)</u>	79点
	<u>急性期一般入院料 7</u>	111点
	<u>急性期一般入院料 7 (月平均夜勤時間超過減算)</u>	94点
	<u>急性期一般入院料 7 (夜勤時間特別入院基本料)</u>	77点
	(略)	

10・11 (略)

12 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(9)に規定する日(6の表に掲げる点数を加算する日を除く。)の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	(削る)	
	(削る)	
	(削る)	
		急性期一般入院料6 111点
		急性期一般入院料6 (月平均夜勤時間超過減算) 94点
		急性期一般入院料6 (夜勤時間特別入院基本料) 77点
	(略)	

13 (略)

14 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(4)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する日(6の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ・ロ (略)

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	(削る)	
	(削る)	

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料6	113点
	急性期一般入院料6 (月平均夜勤時間超過減算)	96点
	急性期一般入院料6 (夜勤時間特別入院基本料)	79点
	急性期一般入院料7	111点
	急性期一般入院料7 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
	急性期一般入院料7 (夜勤時間特別入院基本料)	77点
	(略)	

13 (略)

14 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(4)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する日(6の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ・ロ (略)

区分番号A	(略)	
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料6	70点
	急性期一般入院料6 (月平均夜勤時間超過減算)	60点

料	(削る)	
	<u>急性期一般入院料 6</u>	69点
	<u>急性期一般入院料 6</u> (月平均夜勤時間超過減算)	59点
	<u>急性期一般入院料 6</u> (夜勤時間特別入院基本料)	48点
	(略)	

15 19の診断群分類点数表に掲げる入院日(日)のⅢの欄に掲げる日数(本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料1から4までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。)を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、1から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第2項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等(化学療法等を実施されたものに限る。)であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日(日)のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第2項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。

16~20 (略)

料	<u>急性期一般入院料 6</u> (夜勤時間特別入院基本料)	49点
	<u>急性期一般入院料 7</u>	69点
	<u>急性期一般入院料 7</u> (月平均夜勤時間超過減算)	59点
	<u>急性期一般入院料 7</u> (夜勤時間特別入院基本料)	48点
	(略)	

15 19の診断群分類点数表に掲げる入院日(日)のⅢの欄に掲げる日数(本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表に掲げる区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料1から4までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。)を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、1から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第2項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等(化学療法等を実施されたものに限る。)であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日(日)のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第2項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。

16~20 (略)

改正後	改正前
<p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ ホ (略)</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならぬ。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認められた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。</p> <p>ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用によ</p>	<p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ ホ (略)</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならぬこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>

(傍線部分は改正部分)

る投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四〇七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ ホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬ。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

イ (略)

ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

四〇七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ ホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

イ (略)

(新設)

ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2) ブリッジ

(イ) (略)

(ロ) ブリッジは、代用合金を使用する。

(3) (略)

七〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2| 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3| (略)

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2) ブリッジ

(イ) (略)

(ロ) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポントイックに限って使用する。

(3) (略)

七〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

(新設)

2| (略)

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

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

患者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電話番号					
	区分	被保険者	被扶養者				都道府県番号		点数表番号	医療機関コード		

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

処方方	変更不可	<p style="font-size: small;">（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）</p>									
		リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)									

備考	保険医署名	<p style="font-size: small;">（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</p>								
----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

改正後	改正前
<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 同法第四条の第二項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。) であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p>	<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 及び同法第四条の第二項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p>

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）

【令和四年四月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（業務継続計画の策定等）</p> <p>第二十二条の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。</p> <p>2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。</p> <p>3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</p>	<p>（新設）</p>

改正後	改正前
<p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イ ホ （略）</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト （略）</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認められた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。</p> <p>ハ （略）</p> <p>ニ イからハまでによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処</p>	<p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イ ホ （略）</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、<u>こととし</u>、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト （略）</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ （略）</p> <p>イ （新設）</p> <p>ロ <u>イ及びロ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>

方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

五〇八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四 処方箋の交付

イ (略)

ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

五〇六 (略)

五〇八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四 処方箋の交付

イ (略)

(新設)

ロ イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五〇六 (略)

七 歯冠修復及び欠損補綴
歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)
(2)ブリッジ

(イ) (略)
(ロ)ブリッジは、代用合金を使用する。

(3) (略)
八〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2| 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上
限を記載しなければならない。

3| (略)

七 歯冠修復及び欠損補綴
歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)
(2)ブリッジ

(イ) (略)
(ロ)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複
雑窩洞又はポントイックに限つて使用する。

(3) (略)
八〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

(新設)

2| (略)

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 同法第四条の第二項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。) であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めると(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p> <p>4 (略)</p>	<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 及び同法第四条の第二項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めると(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p> <p>4 (略)</p>

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【令和四年十月一日施行】

改正後	<p>別表第二</p> <p>病床数が二百以上の病院における初診（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条第三項第二号又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条第三項第二号の規定に基づき厚生労働大臣の定める金額以上の支払いを求めた患者に対するものに限る。）</p> <p>上欄の初診に係る所定点数がら、二百点を控除した点数</p>				
改正前	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(新設)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(新設)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">(新設)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(新設)</td> </tr> </table>	(新設)	(新設)	(新設)	(新設)
(新設)	(新設)				
(新設)	(新設)				

（傍線部分は改正部分）

(略)

(略)

入院期間が百八十日を超えた日以
後の入院に係る療養

上欄の療養に係る所定点数か
ら、当該所定点数を構成する
点数であつて別に厚生労働大
臣が定めるものに百分の十五
を乗じた点数を控除した点数

薬価算定の基準について（案）

目次

- 第1章 定義
- 第2章 新規収載品の薬価算定
 - 第1部 新薬の薬価算定
 - 第1節 類似薬がある新薬の場合
 - 第2節 類似薬がない新薬の場合
 - 第2部 新規後発品の薬価算定
 - 第3部 新規収載品の薬価算定の特例
- 第3章 既収載品の薬価の改定
 - 第1節 市場実勢価格加重平均値調整幅方式
 - 第2節 新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い
 - 第3節 長期収載品の薬価の改定
 - 第4節 既収載品の薬価改定時の加算
 - 第5節 再算定
 - 第6節 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例
 - 第7節 後発品等の価格帯
 - 第8節 低薬価品の特例
 - 第9節 新薬創出・適応外薬解消等促進加算
 - 第10節 既収載品の外国平均価格調整
 - 第11節 費用対効果評価
- 第4章 実施時期等
- 別表

第1章 定義

1 薬価

薬価とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）が薬剤の支給に要する単位（以下「薬価算定単位」という。）あたりの平均的な費用の額として銘柄毎に定める額をいう。

ただし、複数の薬剤について、次のいずれかに該当する場合には、別の銘柄として薬価算定は行わない。

- (1) 組成（有効成分又は有効成分の組合せ及びその配合割合をいう。以下同じ。）、剤形、規格及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認（以下単に

「承認」という。)を受けた者(以下「製造販売業者」という。)の全てが同一である場合

- (2) 組成、剤形及び規格が同一であって、製造販売業者が異なる薬剤のうち、当該製造販売業者の関係が次のいずれかの要件を満たす場合
- イ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則(昭和36年厚生省令第1号)第69条(同規則第111条において準用する場合を含む。)の規定における承認取得者と承認取得者の地位を承継する者の関係であったこと。
 - ロ 「医薬品等の製造(輸入)承認の取扱いについて」(昭和61年薬発第238号)に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。
 - ハ 「医薬品等の製造承認、輸入承認及び外国製造承認の取扱いについて」(昭和62年薬発第821号)に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。
- (3) 組成、剤形及び規格が同一の日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、生薬その他の薬剤であって、当該薬剤の保険医療機関等における使用状況、購入状況その他の状況からみて、製造販売業者の違いに応じ別に薬価を定める必要性が乏しいと認められる場合

2 一日薬価

一日薬価とは、承認された用法及び用量(以下単に「用法及び用量」という。)に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

3 一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日常平均の数量をいう。

4 投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

5 剤形区分

剤形区分とは、別表1に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

6 薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

7 薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

8 新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

9 新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

- イ 医薬品医療機器等法第14条の4第1項（同法第19条の4において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとされた新規収載品
- ロ 組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のものとみなす。）の既収載品（イの新規収載品として薬価収載されたもの（薬価収載された後、薬価基準から削除されたものを含む。）に限る。）がある新規収載品

10 新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品（バイオ後続品を含む。）をいう。

11 汎用新規収載品

汎用新規収載品とは、次の新規収載品のうち、有効成分量を基に計算した年間販売量（以下単に「年間販売量」という。）が、規格別にみて最も多くなると見込まれる規格のものをいう。

- イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一であって、規格が異なる類似薬（15に定義する類似薬をいう。）がない新規収載品
- ロ 組成、剤形区分及び製造販売業者がイの新規収載品と同一であって、規格が異なる新規収載品（効能及び効果が類似するものに限る。）

12 非汎用新規収載品

非汎用新規収載品とは、汎用新規収載品以外の新規収載品をいう。

13 既収載品

既収載品とは、既に薬価収載されている銘柄をいう。

14 汎用規格

汎用規格とは、組成及び剤形が同一の類似薬（15に定義する類似薬をいう。）の年間販売量を、規格別にみて、最もその合計量が多い規格をいう。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

15 類似薬

類似薬とは、次の既収載品をいう。

イ 既収載品のうち、次に掲げる事項からみて類似性があると認められるもの。
ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の
違いは考慮しない。

(イ) 効能及び効果

(ロ) 薬理作用

(ハ) 組成及び化学構造式

(ニ) 投与形態、剤形区分、剤形及び用法

ロ 新薬の薬価算定においては、イの既収載品のうち、新薬として薬価収載さ
れたものに限るものとする。ただし、既収載品に類似性があると認められる
新薬がない場合であって、必要と認められる場合は、イの既収載品のうち、
新規後発品として薬価収載されたもの以外の既収載品を含むものとする。

16 最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項
(新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考
慮しない。) からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められる
ときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

17 薬理作用類似薬

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ 同一の効能及び効果を有するものであって、当該効能及び効果に係る薬理
作用が類似しているものであること。

ロ 投与形態が同一であること。

18 比較薬

比較薬とは、新規収載品の薬価算定上の基準となる既収載品（新薬の薬価算
定においては、第3章第3節2（2）に規定するG1品目又はG2品目を除
く。）をいう。

19 剤形間比

剤形間比とは、剤形が新規収載品と同一の汎用規格の既収載品及び剤形が比
較薬と同一の汎用規格の既収載品（剤形が新規収載品と同一の当該既収載品と
組成及び製造販売業者が同一であるものに限る。）との、有効成分の含有量あ
たりの薬価の比をいう。

20 類似薬効比較方式（Ⅰ）

類似薬効比較方式（Ⅰ）とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新規収載品の薬価とする算定方式をいう。

イ 当該新規収載品と比較薬の剤形区分が同一である場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ 当該新規収載品と比較薬の剤形区分が異なる場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額に、類似薬の剤形間比（剤形間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の剤形間比とし、類似薬に剤形間比がない場合には1（必要があると認められる場合は、剤形区分間比（19中「剤形」とあるのを「剤形区分」と読み替えたものをいう。））とする。）を乗じて得た額

21 類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、新規性に乏しい新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（汎用規格のものに限る。この号において同じ。）を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額（新規収載品が新薬創出等加算（第3章第9節1（1）に規定する新薬創出等加算をいう。以下同じ。）の対象外である場合であって、当該額の算出の対象となった医薬品が新薬創出等加算を受けている場合又は第3章第2節に規定する品目である場合（控除が行われた場合を除く。）は、新薬創出等加算の累積額に相当する額又は第3章第2節の規定により当該額の算出の対象となった医薬品が控除すべき額に相当する額を控除した額により求めた額）を新薬の薬価とする算定方式をいう。

なお、次の各号に規定する期間については、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して計算する。

（1）過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬がある場合

イ 当該新薬の一日薬価と次のいずれか低い額とが同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去6年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

- ロ イにより算定される額が、類似薬効比較方式（I）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（I）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額
 - （イ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額
 - （ロ）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

（2）過去 10 年間に薬価収載された薬理作用類似薬がない場合

- イ 当該新薬の一日薬価と、直近に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価とが、同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

- ロ イにより算定される額が、類似薬効比較方式（I）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（I）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額
 - （イ）過去 20 年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額
 - （ロ）過去 15 年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

22 原価計算方式

原価計算方式とは、薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価に、販売費及び一般管理費、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を薬価とする算定方式をいう。

この場合において、当該算定について、日本以外の国への輸出価格の状況等の資料の提出があった場合は、日本を含む各国（原則として、アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスとする。）への輸出価格のうち最低の価格を日本への輸出価格とみなす。ただし、合理的な理由がある場合には、各国への輸出価格の平均価格又は 2 番目に低い価格等を日本への輸出価格とみなすことができる。

また、営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性の程度に応じて、平均的な営業利益率の -50%～0% の範囲内の値を用いることとする。

なお、平均的な営業利益率等の係数については、前年度末時点で得られる直近 3 か年の平均値を用いることとする。ただし、販売費及び一般管理費の係数については、希少疾病用医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 1 項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）等について、平均的な係数を超えて計算することが妥当とされる場合を除き、次のいずれにも該当する新薬につ

いては、販売費及び一般管理費の上限を70%とする。

イ 原価計算において、製品総原価に対する薬価算定組織での開示が可能な額の割合（開示度）が80%以上であり、その妥当性が確認できること

ロ バイオ医薬品でないこと。または、バイオ医薬品であって、販売費及び一般管理費のうち研究開発費のみで平均的な係数を超えるものであること（ピーク時予測売上高が50億円未満の場合に限る。）。

また、再生医療等製品（医薬品の例により取り扱うものに限る。以下同じ。）の流通経費は、実費を勘案し計算された額とし、平均的な係数により計算された額を超えないこととする。

23 補正加算

補正加算とは、次に掲げる画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、特定用途加算、小児加算及び先駆加算をいう。

24 画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表2に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

25 有用性加算（Ⅰ）

有用性加算（Ⅰ）とは、画期性加算の3つの要件のうち2つの要件を満たす新規収載品（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表2に定める算式により算定される額の加算をいう。

26 有用性加算（Ⅱ）

有用性加算（Ⅱ）とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品（画期性加算又は有用性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表2に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

ニ 製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

27 市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 希少疾病用医薬品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能及び効果が当該新規収載品の主たる効能及び効果であること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと。

28 市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）、特定用途加算又は小児加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果が、日本標準商品分類に定められている薬効分類のうち、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと。

29 特定用途加算

特定用途加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 特定用途医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 3 項の規定により指定されたものをいう。以下同じ。）であること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が特定用途加算の適用を受けていないこと。

30 小児加算

小児加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）又は特定用途加算の対象となるもの及び国内で小児効能に係る臨床試験を実施しておらず、かつ、小児用製剤など、小児に対して臨床使用上適切な製剤が供給されないものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれていること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が特定用途加算（小児の疾病の治療等に係る指定を受けた特定用途医薬品について当該加算の対象となった場合に限る）又は小児加算の適用を受けていないこと。

31 先駆加算

先駆加算とは、先駆的医薬品（医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 2 項の規定により指定されたものをいい、先駆け審査指定制度の対象品目として厚生労働省に指定された品目を含む。以下同じ。）である新規収載品に対する別表 2 に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、本加算の適用を受け算定された既収載品を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される場合には、本加算額を控除した額を比較薬の薬価とみなす。

32 外国平均価格

組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。以下同じ。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格（アメリカ合衆国についてはメディケア又はメディケイドにおける価格表に収載されている価格。いずれにも収載されている場合は、それらの平均価格）をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。ただし、外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が 2 ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2 分の 5 倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額（外国の薬剤の国別の価格が 2 ヶ国のみある場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格）を、また、外国の薬剤の国別の価格が 3 ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の 2 倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の 2 倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

33 外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格がある場合（32 のただし書により、外国平均価格調整に当たって外国平均価格とみなすこととした場合は、当該外国平均価格）において、次の各号に掲げる区分に従い、別表 3 に定めるところにより調整する方式をいう。

- (1) 類似薬効比較方式（Ⅰ）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の 4 分の 5 に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次の全ての要件に該当するものを除く。

イ 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（以下「未承認薬等検討会議」という。）における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要

請又は公募した新規収載品であること。

ロ 外国（外国の薬剤の国別の価格が2ヶ国以上ある場合は、承認日が直近のもの）での承認後10年を経過したものであること。

ハ 算定値が外国平均価格の3倍を上回ること（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）。

(2) 類似薬効比較方式（I）（薬理作用類似薬がない場合に限る。）又は原価計算方式によって算定される場合であって、算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が、外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）

ただし、次のいずれかに該当する場合を除く。

イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

(イ) 汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

(ロ) 汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を下回り、かつ、非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を上回る場合

(ハ) 一の非汎用新規収載品（以下「特定非汎用新規収載品」という。）の算定値が特定非汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、特定非汎用新規収載品以外の非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

(ニ) 非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格の4分の3に相当する額を下回り、かつ、汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格の4分の3に相当する額以上である場合

ロ 外国平均価格が1ヶ国のみ価格に基づき算出されることとなる場合

34 規格間調整

規格間調整とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する薬価及び有効成分の含有量の関係と、非汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係とが、別表4に定める当該非汎用新規収載品の類似薬の規格間比と同じとなるように非汎用新規収載品の薬価を算定する調整方式をいう。

イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がない場合 汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係

ロ 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似

薬がある場合 最類似薬の薬価及び有効成分の含有量の関係

35 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

市場実勢価格加重平均値調整幅方式とは、薬剤の市場実勢価格、消費税率及び薬剤流通の安定性を考慮した別表5に定める算式により行う原則的な薬価の改定方式をいう。

第2章 新規収載品の薬価算定

第1部 新薬の薬価算定

第1節 類似薬がある新薬の場合

1 新薬が補正加算の対象となる場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬（以下「新薬算定最類似薬」という。）を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ただし、新薬算定最類似薬が、当該新薬と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の場合を除く。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

2 新薬が補正加算の対象にならない場合

(1) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第 2 節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が 3 以上である場合には、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ハ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ニ 規格間調整

イ又はロ及びハに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イ又はロ及びハにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

(2) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がな

い場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

(イ) 組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式（I）によって算定される額

(ロ) 組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

② 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) 当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が承認を受けた日の前日から起算して過去 10 年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第 2 節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

第 2 節 類似薬がない新薬の場合

イ 薬価算定の原則

原価計算方式によって算定される額（補正加算の対象となる場合は、当該補正加算を行った額）を新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

第 2 部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100 分の 50 を乗じて得た額を当該新規後発品の薬価とする。ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が 10 を超える場合は、100 分の 40 を乗じて得た額を当該新規後発品

の薬価とする。

ロ バイオ後続品等に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、イのうち「100分の50を乗じて得た額」及び「100分の40を乗じて得た額」をそれぞれ、「100分の70を乗じて得た額」及び「100分の60を乗じて得た額」に読み替えて算定される額に、当該バイオ後続品の製造販売業者が承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100分の10を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

また、当該新規収載品が、先発品と組成及び剤形区分が同一のバイオ医薬品（バイオ後続品を除く。）である後発品の場合は、イのうち「100分の50を乗じて得た額」及び「100分の40を乗じて得た額」をそれぞれ、「100分の70を乗じて得た額」及び「100分の60を乗じて得た額」に読み替えて算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ 有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ 規格間調整

イからハマまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）イからハマまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ホ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に100分の50（イのただし書に該当する場合は、100分の40）を乗じて得た額（当該新規後発品がバイオ後続品等に係る特例又は有用性加算（Ⅱ）の適用を受ける場合には、適用後の額）を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ヘ 最類似薬が新薬創出等加算を受けたことがあり、新薬創出等加算の累積額

の控除を受けていない場合又は最類似薬が第3章第2節に規定する品目であり、同規定に基づく控除を受けていない場合は、最類似薬の薬価から、新薬創出等加算の累積額又は第3章第2節の規定により控除すべき額を控除した額を当該最類似薬の薬価とみなして、イからホまでの規定を適用する。

2 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がある場合

(1) 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該類似薬が複数となる場合には、薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ 薬価算定の特例

次の（イ）から（ハ）に掲げる内用薬について合計した銘柄数が初めて10を超える場合には、次の（ロ）に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、1のイのただし書に該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とする。

（イ）当該新規後発品

（ロ）組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品

（ハ）当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ 有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

(2) 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

当該新規後発品の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該最類似薬が複数となる場合には一日薬価が最も低い額のもの（製造販売業者が同一の類似薬がある場合には、当該類似薬のうち薬価が最も低い額のもの）を比較薬とする。

ロ 有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

第3部 新規収載品の薬価算定の特例

1 キット製品である新規収載品の薬価算定

イ キット製品に係る特例

第1部及び前部の規定に関わらず、キット製品（「注射剤に溶解液等を組み合わせたキット製品等の取扱いについて」（昭和61年薬審2第98号）に規定するキット製品をいう。以下同じ。）である新規収載品の薬価は、当該キット製品に含まれる薬剤について第1部又は前部の規定により算定される額に、薬剤以外の部分のうちキット製品としての特徴をもたらしている部分の製造販売に要する原材料費を加えた額とする。

ロ 有用性の高いキット製品の薬価算定の特例

当該キット製品が次のいずれかの要件を満たす場合（既収載品のキット製品と比較して、キットの構造、機能に新規性が認められる場合に限る。）には、イにより算定される額に、別表2に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を当該キット製品の薬価とする。

- (イ) 既収載品（キット製品である既収載品を除く。以下この号において同じ。）を患者に投与する場合に比して、感染の危険を軽減すること
- (ロ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、調剤時の過誤の危険を軽減すること
- (ハ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、救急時の迅速な対応が可能となること
- (ニ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、治療の質を高めること

2 類似処方医療用配合剤の薬価算定

イ 類似処方医療用配合剤の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものに限る。）である新規収載品の薬価は、新薬又は類似処方医療用配合剤として薬価収載された最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（処方の類似性が同様である最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定され

る額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額) を当該類似処方医療用配合剤の薬価とする。

ロ 規格間調整

イに関わらず、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該類似処方医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ハ 最類似薬がイに規定する類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものを除く。）に該当する医療用配合剤については、第1部及び前部の規定に関わらず、類似薬効比較方式（I）により算定される額に100分の70を乗じて得た額を当該医療用配合剤の薬価とする。

3 規格間調整のみによる新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部第1節2（2）②の規定の適用を受けたもののうち、当該新薬が次の（イ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表2に定める市場性加算（II）の算式を準用して算定される額を加えた額を、当該新薬が次の（ロ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表2に定める小児加算の算式を準用して算定される額を加えた額を当該新薬の薬価とする。

- (イ) 類似薬に比して、投与回数の減少等高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。
- (ロ) 第1章29の特定用途加算又は30の小児加算の要件。

4 不採算品再算定の要件に該当する既収載品について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品の薬価算定

イ 算定の特例

第3章第8節2の不採算品再算定の要件に該当する既収載品（製造販売業者が同一のものに限る。）について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品であって、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式（I）又は類似薬効比較方式（II）により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

5 新医療用配合剤の薬価算定

(1) 特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するものとする。ただし、抗 HIV 薬並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかな注射用配合剤及び外用配合剤を除く。

- イ 当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品（配合剤（単剤が薬価収載されていない有効成分を含有する配合剤に限る。）を含む。以下「単剤等」という。）があること（ただし、薬価基準に収載されていない有効成分のうち、一般用医薬品の有効成分等新規性がないと判断される有効成分が配合されている場合には、当該有効成分についてはこの限りでない）。
- ロ 効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤等の効能及び効果の組合せと同様であると認められること（薬価基準に収載されていない有効成分に係る効能及び効果を除く。）。
- ハ 当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全ての単剤等の投与形態が同一であること。

（2）新医療用配合剤の特例

- ① 新医療用配合剤に係る全ての単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第 1 部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に 100 分の 80 を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 単剤等の一日本薬価との調整

イに関わらず、イにより算定される薬価に基づき計算した一日本薬価が、比較薬とした単剤等の一日本薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日本薬価と当該新医療用配合剤の一日本薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該

有効成分の含有量
(ハ) 類似薬の規格間比

- ② 新医療用配合剤に係る単剤等の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

- (イ) 新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤等を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤等を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）
- (ロ) 次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）
- (い) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がある有効成分について、当該単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じて得た額
- (ろ) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤等がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤等を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額

ロ 単剤等の一日本薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日本薬価が、比較薬とした単剤等の一日本薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日本薬価と当該新医療用配合剤の一日本薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

- (イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

- ③ 新医療用配合剤に係る単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 単剤等の一日本価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日本価が、比較薬とした単剤等の一日本価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日本価と当該新医療用配合剤の一日本価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

(イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

- ④ 有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ 算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

(イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

(ロ) 当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

- ⑤ 薬価基準に収載されていない有効成分が配合された新医療用配合剤であって、当該有効成分に新規性が認められない場合

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、薬価基準に記載されていない有効成分が配合されていない新医療用配合剤とみなして、①～④のいずれかにより算定する。

6 临床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤の薬価算定

第1部及び前部の規定に関わらず、临床上併用されない単剤等の組合せを比較薬とする新医療用配合剤（抗HIV薬を除く。）については、第1部第1節の規定により算定される額が当該比較薬の単剤等ごとの一日薬価の合計額を超える場合には、当該合計額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

7 組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬（未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を要請又は公募した医薬品等及び主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を超える場合には、当該類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

- (ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

8 ラセミ体又は先行品が存在する新薬の薬価算定

(1) 特例の対象となる新薬

本号の対象となる新薬は、次のいずれかの要件に該当するものとする。

イ 光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能及び効果等に大きな違いがないもの。

ただし、光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている場合を除く。

ロ 製造販売業者、主たる効能及び効果、薬理作用、投与形態並びに臨床上の位置付けが同一、又は同一とみなせる既収載品（以下「先行品」という。）があり、当該先行品の薬価収載の日から5年を経過した後に薬価収載されるもの。

ただし、補正加算に該当する場合又は開発の経緯や臨床試験等から臨床的意義が認められる場合を除く。

(2) ラセミ体又は先行品が存在する新薬の特例

イ 算定の特例

第1部の規定に関わらず、当該ラセミ体の既収載品又は当該先行品を比較薬とした類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に100分の80を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新薬の薬価とする。ただし、類似薬効比較方式（Ⅱ）の要件にも該当し、当該算定額がより低い場合は、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

9 最低薬価を下回る新規収載品の薬価算定の特例

第1部、第2部又は前号の規定によって算定される額が、別表9の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、同部の規定に関わらず、原則として、最低薬価を当該新規

収載品の薬価とする。

第3章 既収載品の薬価の改定

薬価改定においては、改定前の薬価に対して、次の第1節から第11節までの規定を順に適用して算定される額に改定する。

第1節 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式（別表5）により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第2節 新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い

新規に薬価収載された際に新薬創出等加算の対象外であった場合であって、以下のいずれかを比較薬として算定された品目（類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定された品目を除く。）は、薬価収載の日から4年を経過した後の最初の薬価改定の際、薬価収載された時点における比較薬の新薬創出等加算の累積額に相当する額又は本規定により比較薬が控除すべき額に相当する額を控除する。ただし、現に新薬創出等加算の対象となっている場合又は薬価改定に際し、新薬創出等加算の対象となる場合はこの限りでない。

（イ）新薬創出等加算を受けたことのある既収載品（第9節2の控除が行われたものを除く。）

（ロ）本節に規定する品目（本規定による控除が行われたものを除く。）

第3節 長期収載品の薬価の改定

1 後発品への置換えが進まない既収載品の薬価の改定

（1）対象品目

本規定の対象品目は、医薬品医療機器等法の規定により昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。以下「先発品」という。）であって、当該先発品に係る最初の後発品（当該先発品と組成及び剤形区分が同一のもので最も早く薬価収載された類似薬をいう。以下同じ。）の新規収載後5年を経過し、10年を経過しないもののうち、後発品置換え率（組成及び剤形区分が同一である類似薬のうち後発品であるものへの数量ベースでの置換え率をいう。以下同じ。）が80%未満であって、次のいずれにも該当しないものとする。

イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ 漢方製剤及び生薬

- ニ 希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品
- ホ 第8節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品
- へ 後発品価格（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬のうち後発品であるものの価格をいう。以下同じ。）のうち最も低いものを下回る医薬品

（2）薬価の改定方式

（1）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に対して、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を引き下げる。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

- イ 後発品置換え率が60%未満 100分の2
- ロ 後発品置換え率が60%以上80%未満 100分の1.75

2 後発品収載後10年を経過した長期収載品の後発品価格への引下げ

（1）対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

- ① 先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過したもののうち、次のいずれにも該当しないもの。
 - イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）
 - ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）
 - ハ 漢方製剤及び生薬
 - ニ 希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品
 - ホ 第8節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品
 - へ 後発品価格のうち最も低いものを下回る医薬品
- ② 先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過していないもののうち、令和2年度薬価改定以降の薬価改定において後発品置換え率が80%以上であったもので、それ以降の薬価改定（令和3年度薬価改定を除く。）において改めて後発品置換え率が80%以上であることが確認され、かつ、①のイからへまでのいずれにも該当しないもの。

（2）薬価の改定方式

① 後発品への置換えが進んでいるもの（G1）

（1）①に該当する品目のうち、最初の後発品の収載後10年を経過した以降に後発品置換え率が80%以上になったもの又は（1）②に該当する品目（先発品と後発品の効能又は効果が同一でないものを除く。以下「G1品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に引き下げる。

ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価

格のうち最も高いものを引下げの下限とする。また、下記②に規定するG2品目に該当したことがある品目については、次に掲げる各倍率については、②のイからへまでの適用されたことがある倍率のうち最も低い倍率を上限とする。

- イ G1品目に該当してから初めて薬価改定（令和3年度薬価改定を除く。以下、この（2）において同じ。）を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2.5倍
- ロ G1品目に該当してから2年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2倍
- ハ G1品目に該当してから4年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の1.5倍
- ニ G1品目に該当してから6年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値

② 後発品への置換えが困難なもの（G2）

（1）に該当する品目のうち、G1品目以外のもの（以下「G2品目」という。）については、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格を超えないこととし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

- イ G2品目に該当してから初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2.5倍
- ロ G2品目に該当してから2年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2.3倍
- ハ G2品目に該当してから4年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の2.1倍
- ニ G2品目に該当してから6年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の1.9倍
- ホ G2品目に該当してから8年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の1.7倍
- へ G2品目に該当してから10年を経過した後に初めて薬価改定を受けるもの 後発品価格の加重平均値の1.5倍

（3）補完的な引下げ（C）

（2）の規定により算定される額が、次に掲げる各号の区分に従い当該各号に掲げる額を上回る品目については、（2）の規定に関わらず、当該各号に掲げる額に改定する。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

また、バイオ医薬品については、（2）の規定は適用せず、本規定を適用することとする。ただし、第2章第2部1ロに該当する後発品が収載されたバイオ医薬品については、（2）の規定及び本規定のいずれも適用する。

- イ 後発品置換え率が60%未満 本規定の適用前の価格から、当該額に100分の2を乗じて得た額を控除した額
- ロ 後発品置換え率が60%以上80%未満 本規定の適用前の価格から、当該額に100分の1.75を乗じて得た額を控除した額

3 既記載の内用配合剤の薬価の改定の特例

(1) 対象品目

本規定の対象品目は、第2章第3部5の規定により薬価算定されることとなる内用配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既記載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤等（当該既記載配合剤の比較薬に限る。）が第3節1又は2に該当するものとする。

(2) 薬価の改定方式

(1)に該当する品目については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

- イ 当該内用配合剤の記載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤等について薬価改定後の額を反映し、算定した額
- ロ 本規定を適用しなかった場合の薬価改定後の額

4 円滑実施措置

本節2の規定の適用について次に掲げる措置を講じる。

- (1) 品目ごとに、本規定の適用による引下げ率（本規定の適用前の価格からの本規定の適用後の価格への変化率をいう。以下同じ。）が50%を超えるものについては、50%を上限として本規定を適用する。
- (2) 企業ごとに、本規定の適用による影響率（当該企業の医療用医薬品の総売上に対する、本規定の適用により減少すると見込まれる売上の割合をいう。）が5%を超える企業については、当該企業の本規定の適用を受ける全ての品目については、本規定の適用による引下げ率が、次の円滑実施係数を乗じた率となるように本規定を適用する。

$$\text{円滑実施係数} = \frac{\text{影響率} \times 0.5 + 2.5\%}{\text{影響率}}$$

第4節 既記載品の薬価改定時の加算

(1) 対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

① 小児に係る効能又は効果等が追加された既記載品

医薬品医療機器等法第14条第9項（同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき小児に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能又は効果等の追加の

承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

② 希少疾病に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項の規定に基づき希少疾病に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの（希少疾病用医薬品又はそれに相当すると認められるものに限る。）とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

③ 先駆的な効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された先駆的医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

④ 特定用途に係る効能又は効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項の規定に基づき効能又は効果又は用法及び用量が追加された特定用途医薬品とする。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

⑤ 市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品

市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたものとする。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

(1) に該当する品目については、本規定の適用前の価格に、別表2に定める有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。ただし、(1)の①から④までの複数に該当する場合は、それらのうち補正加算率が最も大きなものを用いる。

第5節 再算定

次に掲げる再算定のいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

1 市場拡大再算定

(1) 市場拡大再算定対象品

次の要件の全てに該当する品目(以下「市場拡大再算定対象品」という。)については、別表6に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額となる場合は、当該額に改定する。

イ 次のいずれかに該当する既収載品

(イ) 薬価収載される際、原価計算方式により薬価算定された既収載品

(ロ) 薬価収載される際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたものであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ 薬価収載の日(医薬品医療機器等法第14条第9項の規定に基づき効能又は効果の変更(以下「効能変更等」という。)が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日)から10年を経過した後の最初の薬価改定(令和3年度薬価改定を除く。)を受けていない既収載品

ハ 次のいずれかに該当する既収載品

(イ) 年間販売額(組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬(以下「同一組成既収載品群」という。)の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額をいう。以下同じ。)が150億円を超え、基準年間販売額の2倍以上となるもの

(ロ) 年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上となるもの(イ)を除き、原価計算方式により算定された既収載品に限る。)

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

① 薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定(令和3年度薬価改定を除く。)以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既記載品群が薬価記載された時点における
予想年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既記載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大
再算定（（３）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）
又は３に規定する用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変
更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既記載品（類似品を含む。）
に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定
を行った時点における同一組成既記載品群の年間販売額の合計額とする。

② 効能変更等の承認があった場合であって、薬価記載の日から 10 年を経過
した後の最初の薬価改定（令和 3 年度薬価改定を除く。）後の場合

基準年間販売額は、効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令
和 3 年度薬価改定を除く。）の時点における同一組成既記載品群の年間販
売額の合計額

ただし、当該同一組成既記載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更等
の承認後に限る。）に市場拡大再算定（（３）①に規定する市場拡大再算
定類似品の価格調整を含む。）又は用法用量変化再算定（主たる効能又は効
果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既記載品
（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、
直近に当該再算定を行った時点における同一組成既記載品群の年間販売額
の合計額とする。

（２）市場拡大再算定の特例

次の全ての要件に該当する既記載品（以下「特例拡大再算定対象品」とい
う。）については、別表 6 に定める算式により算定される額に改定する。た
だし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改
定する。また、（１）に該当する既記載品については、（１）又は（２）の
いずれか低い額とする。

イ 薬価記載の日（効能変更等が承認された既記載品については、当該効能
変更等の承認を受けた日）から 10 年を経過した後の最初の薬価改定（令和
3 年度薬価改定を除く。）を受けていない既記載品

ロ 次のいずれかに該当する既記載品

（イ）年間販売額が 1,500 億円を超え、基準年間販売額の 1.3 倍以上となるも
の

（ロ）年間販売額が 1,000 億円を超え、基準年間販売額の 1.5 倍以上となるも
の（（イ）を除く。）

（３）類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既記載品については、別表 6 に定める算式により
算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改

定される場合は、当該額に改定することとし、（１）又は（２）に該当する既収載品については、（１）又は（２）により算定される額とする。

① 市場拡大再算定の場合

次のいずれかに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定類似品」という。）

イ 当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ 市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

② 市場拡大再算定の特例の場合

特例拡大再算定対象品の薬理作用類似薬であって、次のいずれかに該当する既収載品（以下「特例拡大再算定類似品」という。）

イ 薬価収載の際の比較薬が当該特例拡大再算定対象品である既収載品

ロ 薬価収載の際の比較薬が特例拡大再算定類似品である既収載品

ハ 特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、特例拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

ただし、特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品として改定を受けた品目は、当該改定の適用日の翌日から起算して４年を経過する日までの間、一回に限り、①又は②に該当した場合であっても、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わないものとする。

２ 効能変化再算定

（１）主たる効能変化品の再算定

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表７に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表７の１（１）に該当する場合は本規定を適用しない。

イ 効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品

ロ 当該変更後の主たる効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がある既収載品

(2) 主たる効能変化品の再算定の特例

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（以下「特例効能変化再算定対象品」という。）については、別表7に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表7に定めるところにより算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合は本規定を適用しない。

- イ 効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品
- ロ 当該変更後の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がない既収載品
- ハ 当該変更後の主たる効能及び効果と同一又は類似する効能及び効果を有する既収載品であって、治療上の位置づけ等が類似するもの（以下「参照薬」という。）があり、当該変更後の主たる効能及び効果に係る一日薬価が、参照薬の一日薬価の10倍以上となるもの
- ニ 参照薬の年間販売額が150億円以上である既収載品
- ホ 主たる効能及び効果の変更に伴い適用対象患者が現に使用されている患者数から最大で10倍以上に拡大すると認められる既収載品であって、適用対象患者が最大で5万人以上と認められる既収載品
- ヘ 当該変更後の主たる効能及び効果が根治的治療法に該当する既収載品、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗HIVの効能及び効果を追加した既収載品でないこと。

(3) 主たる効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表7に定める算式より算定される額に改定する。

- イ 主たる効能変化品（特例効能変化再算定対象品を含む。以下、本節において同じ。）と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用規格の既収載品（主たる効能変化品と同様の効能変更等があったものに限る。）
- ロ (1)又は(2)の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更等があった既収載品

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

医薬品医療機器等法第14条第9項の規定に基づき、主たる効能又は効果に係る用法及び用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表8に定める算式により算定される額に改定する。

主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品については、市場規模が100億円を超え、かつ、市場規模が効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定（令和3年度薬価改定を除く。）の時点における年間販売額（同一組成既収載品群の年間販売額をいう。）から10倍以上となった場合に、別表8に定める算式により算定される額に改定する。

これらの規定は、当該規定の対象となった医薬品（類似品を含む。）が薬価収載の際の比較薬である医薬品（用法及び用量の変更後に比較薬とした場合に限る。）についても、類似品として適用する。

（2）用法用量変化再算定の特例

薬価収載時又は効能又は効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表8に定める算式により算定される額に改定する。ただし、（1）に該当する既収載品については、（1）により算定される額に改定する。

4 薬価改定の際以外の再算定

（1）効能変更等又は主たる効能若しくは効果に係る用法及び用量の変更が承認された既収載品及び薬価収載時に2年度目の予想販売額が、原価計算方式により算定された品目にあつては100億円以上、それ以外の品目にあつては150億円以上であるもののうち、本節1又は3に定める要件に該当する既収載品について、薬価改定の際に限らず、年4回、薬価を改定する。ただし、1に該当する品目については、1（1）ハの150億円及び100億円とあるのは、いずれも350億円と読み替えて適用する。

（2）効能変更等がなされた既収載品であつて、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品のうち、本節2に定める要件に該当する既収載品について、当該効能変更等の前の年間販売額が350億円を超える場合は、薬価改定の際に限らず、年4回、薬価を改定する。

（3）薬価改定の際の再算定（市場拡大再算定、効能変化再算定又は用法用量変化再算定をいう。以下同じ。）又は薬価改定の際以外の再算定を連続して行う場合は、これらの改定が施行される前の年間販売額に基づく再算定は、行わないこととする。ただし、次のとおりとする。

イ 薬価改定の際以外の再算定が施行される前に実施された薬価調査に基づき薬価改定を行う場合は、当該再算定が施行される前の薬価を改定前薬価とする薬価改定後の額が当該再算定後の額より低い場合は、当該薬価改定後の額に改定する。

ロ 薬価改定（再算定が行われたものを除く。）が施行される前の年間販売額に基づき薬価改定の際以外の再算定を行う場合は、当該薬価改定が施行

される前の薬価を再算定前薬価とする再算定後の額が当該薬価改定後の額より低い場合は、当該再算定後の額に改定する。

第6節 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例

1 対象品目

医薬品医療機器等法第23条の26第1項の規定により条件及び期限を付して承認（以下「条件・期限付承認」という。）を受けた再生医療等製品であって、同条第5項に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたもの。

2 改めて評価を行う場合の取扱い

対象品目の条件・期限付承認を受けた効能及び効果について、条件・期限付承認を受けた時点では明らかでなかった医療上の有用性が改めて承認を受けた際に客観的に示された場合は、改めて補正加算の該当性を決定し、薬価改定の際に限らず、年4回、価格調整を行う。その際、補正加算額は別表2に定める算式により算定する。

第7節 後発品等の価格帯

1 組成、剤形区分及び規格が同一である既記載品群の価格帯

次の（1）から（3）までに定めるいずれかの要件に該当する既記載品については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

ただし、改定前の薬価が、各号に掲げる品目の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る品目については、各号ごとに、本規定の適用前の当該品目の価格を別途加重平均する（（1）に掲げる品目を除く。）。

（1）組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに100分の50を乗じて得た額以上の算定額となる既記載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既記載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既記載品であって、前回の薬価改定において（2）又は（3）に該当したものを除く。

（2）次のいずれかに該当するもの。

イ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに100分の30を乗じて得た額以上かつ100分の50を乗じて得た額を下回る算定額となる既記載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既記載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既記載品であって、前回の薬価改定において（3）に該当したものを除く。

ロ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに100分の50を乗じて得た額以上の算定額となる既記載品のうち、改定前の薬価が（1）に掲げる既記載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回るものであって、前回の薬価改定

において本号に該当したもの。

(3) 次のいずれかに該当するもの。

- イ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに 100 分の 30 を乗じて得た額を下回る算定額となる既収載品。
- ロ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、(1) 及び(2) に該当しない既収載の後発品。

ただし、第2章第2部1イの規定により比較薬の薬価に 100 分の 50 を乗じて算定された後発品の額が、同部2(1)ロの規定により比較薬の薬価に 100 分の 40 を乗じて算定された後発品(薬価調査により市場実勢価格が把握できないものに限る。)のみからなる価格帯に入る場合、前者の額は、後者の本規定の適用前の価格に集約する。

2 G 1 品目又はG 2 品目に係る後発品の価格帯

(1) G 1 品目に係る後発品の価格帯

1の規定に関わらず、G 1 品目のうち、市場から撤退する予定の先発品に係る後発品については、当該G 1 品目が撤退を決めた後の最初の薬価改定(当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定に限る。)の際、次に掲げる各号の区分に該当する企業が製造販売する後発品ごとに加重平均により価格を集約する。

ただし、ロの企業が製造販売する後発品については、改定前の薬価が加重平均値(組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬ごとに本規定の適用前の価格を加重平均した値。以下本節において同じ。)以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。また、ロの企業が製造販売する後発品の価格はイの企業が製造販売する後発品の価格を超えないこととする。

- イ 当該G 1 品目に係る後発品について増産対応する企業であって、合算して後発品生産量が全後発品の 50%を超える単一又は複数の企業
- ロ イ以外の企業

(2) G 2 品目に係る後発品等の価格帯

1の規定に関わらず、G 1 品目のうち、市場から撤退しない予定の先発品に係る後発品及びG 2 品目に係る後発品については、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後 12 年を経過した後の薬価改定において、改定前の薬価が加重平均値以上の品目と加重平均値を下回る品目のそれぞれで改めて加重平均を行い、価格を集約する。なお、集約した価格が最低薬価を下回る場合、

当該加重平均に含まれる各後発品について、当該後発品に係る最低薬価を適用する。

第8節 低薬価品の特例

1 基礎的医薬品

(1) 対象品目の要件

本規定の対象品目は、次の①又は②のいずれかに該当する既収載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。）とする。

① 次の全ての要件に該当する既収載品

- イ 過去に不採算品再算定が適用された有効成分を含有する既収載品、病原生物に対する医薬品、医療用麻薬、生薬、軟膏基剤又は歯科用局所麻酔剤のいずれかに該当すること。
- ロ 医療上の位置付けが確立し、広く臨床現場で使用されていることが明らかであること。
- ハ 当該既収載品並びに組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているものがあること。
- ニ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

② 次の全ての要件に該当する安定確保医薬品のカテゴリA（令和3年3月26日付け厚生労働省医政局経済課公表）に位置付けられた既収載品

- イ 長期収載品の薬価改定の規定に係る次のいずれにも該当しないこと。
 - (イ) 先発品（当該先発品に係る後発品が収載されているものに限る。）であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過していないもの
 - (ロ) (イ)に該当する先発品と組成、剤形区分が同一である類似薬
 - (ハ) G1品目であって、G1品目に該当してから6年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの
 - (ニ) G2品目であって、G2品目に該当してから10年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの
- ロ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているものがあること。
- ハ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤形区分が同一である全ての類似薬（イを満たすものに限る。）の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないこと。

(2) 薬価の改定方式

① (1)の要件に該当する既収載品について、当該既収載品並びに当該既収載品と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一である類似薬(1)の要件に該当する品目に限る。)の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない場合は、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる額に改定する。

イ 前回の薬価改定において(1)の要件に該当した既収載品

薬価改定前の薬価(本規定適用前の額が薬価改定前の薬価を上回る場合には、当該額。以下この(2)において同じ。)

ロ 前回の薬価改定において(1)の要件に該当しなかった既収載品

薬価改定前の薬価(ただし、当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合は、薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額が最も大きい銘柄の薬価改定前の薬価(以下「汎用銘柄薬価」という。))

② ①以外の場合には、(1)の対象となった既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一の類似薬であって、①に該当しない全ての当該類似薬の本規定の適用前の価格の加重平均値に改定する。ただし、改定前薬価を超える場合は当該額とする。

③ ①の規定に関わらず、前回の薬価改定において②に該当した既収載品が①に該当する場合は、当該既収載品については、当該既収載品の薬価改定前の薬価と汎用銘柄薬価の相加平均値に改定する。ただし、当該相加平均値が、当該既収載品の改定前薬価を下回る場合には、当該薬価とする。また、これまでに本規定の対象となったことがある品目について、本規定適用後の額がその際の改定後の薬価を上回る場合には、当該薬価とする。

2 不採算品再算定

1 (1)の要件に該当しない既収載品又は1(1)の要件に該当する既収載品のうち、製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等について、次のいずれかの要件に該当する場合は、原価計算方式によって算定される額(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額)を当該既収載品の薬価とする。

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限とする。

イ 保険医療上の必要性が高いものであると認められる既収載品であって、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)

ロ 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であ

るため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

なお、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行ったものであって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。

3 最低薬価

薬価改定の際、1又は2の要件に該当しない既収載品について、本規定の適用前の価格が、別表9の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、最低薬価に改定する。

なお、本規定の適用前に価格帯集約を受けた医薬品であって、価格帯のうちいずれかの品目が最低薬価を下回る場合は、同一の価格帯に含まれる既収載品の中で最も高額な最低薬価を当該価格帯に含まれる全ての医薬品の最低薬価とする。

第9節 新薬創出・適応外薬解消等促進加算

1 加算

(1) 対象品目

新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）の対象品目は、次に掲げる全ての要件に該当する既収載品とする。

イ 新薬として薬価収載され、当該品目に係る後発品が薬価収載されていないこと（薬価収載の日から15年を経過していないものに限る。）

ロ 次のいずれかの要件に該当すること

- ① 希少疾病用医薬品として指定された効能又は効果について承認を受けている医薬品
- ② 未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省が開発を公募した医薬品
- ③ 薬価収載の際、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）若しくは営業利益率のプラスの補正の対象となった医薬品（第3章第6節の規定により画期性加算、有用性加算（Ⅰ）若しくは有用性加算（Ⅱ）の対象となった再生医療等製品を含む。）、薬価改定までに、これらの加算（有用性加算（Ⅱ）の要件ニのみに該当する場合を除く。）に相当すると認められる効能又は効果が追加されたもの（既存の効能又は効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）又は薬価改定の際、市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例を受けた医薬品（以下「加算適用品」という。）

- ④ 新規作用機序医薬品（薬価収載時に薬理作用類似薬がなしとされた医薬品をいう。）又は新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能若しくは効果が追加されたもの（既存の効能又は効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）であって、別表 10 の基準に該当する医薬品
 - ⑤ 薬価収載時に薬理作用類似薬が 1 又は 2 であり、かつ最も早く収載された薬理作用類似薬の収載から 3 年以内に収載された医薬品であって、薬理作用類似薬のうち最も早く収載された医薬品が加算適用品又は別表 10 の基準に該当するもの
 - ⑥ 先駆的医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの
 - ⑦ 特定用途医薬品であって、当該医薬品の指定に係る効能又は効果又は用法及び用量について承認を受けているもの
 - ⑧ 薬剤耐性菌の治療に用いる医薬品
- ハ 第 2 章第 3 部 5 の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものでないこと
- ニ 第 5 節の再算定（薬価改定の際の再算定に限る。）のいずれにも該当しないこと

（2）対象企業

新薬創出等加算の対象企業は、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省から開発を要請された品目について、開発の拒否、合理的な理由のない開発の遅延等、適切に対応を行わなかった企業以外の企業とする。

（3）薬価の改定方式

（1）に該当する品目については、（2）に掲げる企業が製造販売するものに限り、本規定の適用前の価格に、別表 11 に定める額を加えた額に改定する。

2 控除

これまで新薬創出等加算を受けたことのある既収載品について、初めて次の要件のいずれかに該当した場合は、これまで受けた新薬創出等加算の累積額を本規定の適用前の価格から控除する。

- イ 当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていること
- ロ 薬価収載の日から 15 年を経過していること
- ハ 第 2 章第 3 部 5 の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められるものについては、

薬価収載の日から 15 年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するものであること

- ニ 未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえ、厚生労働省から開発を要請された品目について、開発の拒否、合理的な理由のない開発の遅延等、適切に対応を行わなかった企業が製造販売するものであること

第 10 節 既収載品の外国平均価格調整

次の全ての要件に該当する品目（平成 30 年 3 月以前に薬価収載された品目については、再算定の対象となったものに限る。）については、本規定の適用前の価格に外国平均価格調整（引上げ調整を除く。）を行う。

- イ 原薬・製剤を輸入していること
- ロ 薬価収載の際、原価計算方式により算定されたこと
- ハ 薬価収載の際、参照できる外国価格がなかったこと
- ニ 薬価収載の後、いずれかの外国価格が初めて掲載されたこと

第 11 節 費用対効果評価

1 対象品目

費用対効果評価に基づく価格調整の対象品目は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和 4 年●月●日 医政発●●第●号、保発●●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用対効果評価の対象品目に指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された医薬品とする。

2 価格調整方法

対象品目について、費用対効果評価の結果及び別表 12 に定める算式により、薬価改定の際に限らず、年 4 回、価格調整を行う。なお、薬価改定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該医薬品及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第 4 章 実施時期等

1 実施時期

- (1) 新規収載品に係る薬価算定基準は、平成 12 年 4 月に承認を受けた薬剤に係る通常の薬価収載時から適用する。
- (2) 効能変化再算定、用法用量変化再算定は、平成 12 年 4 月以降に医薬品医療機器等法の承認を受けたものその他の当該各号に定める要件を満たしたものについて適用し、当該要件を満たした時期に応じ、平成 12 年度薬価改定以降

の最初の薬価改定又は当該薬価改定後の薬価改定の際に実施する。

- (3) 第3章第2節の規定は、令和2年度薬価改定以降に薬価収載されたものに適用する。第3章第3節2(1)②の規定は令和2年度薬価改定以降の薬価改定より施行する。また、第3章第9節1(1)ロの④の新規作用機序医薬品に相当すると認められる効能又は効果が追加されたものに関する規定並びに⑥及び⑧の規定は、令和2年度薬価改定以降に薬価収載又は効能追加等されたものに適用する。
- (4) 第3章第9節1(1)ロの③の効能又は効果が追加されたものに係る規定は、令和4年4月以降に追加された効能又は効果に係る医薬品医療機器等法の承認を受けたものに適用する。

2 改正手続

薬価算定基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

3 経過措置

- (1) 薬価算定基準の実施にあたっては、平成12年3月31日において薬価収載されているものについては、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新薬の定義に該当すると認められる場合には、新薬として薬価収載された既収載品とみなし、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新規後発品の定義に該当すると認められる場合には、新規後発品として薬価収載された既収載品とみなす。
- (2) 前回の薬価改定において最低薬価とみなして最低薬価に係る規定を適用することとされた既収載品及び令和4年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品の薬価については、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、最低薬価に係る規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。
- (3) 令和4年度薬価改定においては、第3章第8節1(2)中、「前回の薬価改定において(1)の要件に該当」とあるのは、「前回の薬価改定において「薬価算定の基準について」（令和3年2月10日付け保発0210第3号厚生労働省保険局長通知別添）第3章第8節1(1)イ、ロ及びハのすべての要件に該当」と、「前回の薬価改定において②に該当した」とあるのは、「前回の薬価改定において「薬価算定の基準について」（令和3年2月10日付け保発0210第3号厚生労働省保険局長通知別添）第3章第8節1(2)の適用を受けた」と読み替えるものとする。

別表 1

剤形区分

内用薬

- 内-1 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
- 内-2 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
- 内-3 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（成人用）
- 内-4 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤、経口ゼリー剤（小児用）
- 内-5 チュアブル、バツカル、舌下錠

注射薬

- 注-1 注射剤（キット製品でないもの）
- 注-2 注射剤（キット製品）

外用薬

- 外-1 軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、スプレー剤、ゼリー剤、パウダー剤、ゲル剤
- 外-2 吸入剤（吸入粉末剤、吸入液剤、吸入エアゾール剤）
- 外-3 眼科用剤（点眼剤、眼軟膏）
- 外-4 耳鼻科用剤（点鼻剤、点耳剤、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤）
- 外-5 パップ剤、貼付剤、テープ剤、硬膏剤
- 外-6 坐剤、膣剤
- 外-7 注腸剤
- 外-8 口嗽剤、トローチ剤（口腔内に適用するものを含む。）
- 外-9 外-1 から外-8 までのそれぞれの区分のキット製品

（注）ただし、上記で同一の剤形区分とされる薬剤であっても、組成及び規格が同一であって、製剤の工夫により効能、効果、用法又は用量が明らかに異なる場合は、別の剤形区分とみなす。

別表 2

補正加算の計算方法

1 基本的考え方

(1) 一つの補正加算に該当する場合

$$\text{加算額} = \text{算定値} \times \alpha \quad (\text{補正加算率})$$

(2) 複数の補正加算に該当する場合

$$\text{加算額} = \text{算定値} \times (\alpha_1 + \alpha_2 + \dots)$$

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち薬価算定組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

$$\text{加算係数} = 1.0 \quad (\text{開示度} \geq 80\%)$$

$$\text{加算係数} = 0.6 \quad (50\% \leq \text{開示度} < 80\%)$$

$$\text{加算係数} = 0 \quad (\text{開示度} < 50\%)$$

2 各補正加算率の計算方法

(1) 補正加算における補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100}$$

(注) A : 当該新規収載品目に対して適用される率 (%)

ただし、Aの範囲は次のとおり。

・画期性加算	$70 \leq A \leq 120$
・有用性加算 (I)	$35 \leq A \leq 60$
・有用性加算 (II)	$5 \leq A \leq 30$
・市場性加算 (I)	$10 \leq A \leq 20$
・市場性加算 (II)	$A = 5$
・特定用途加算	$5 \leq A \leq 20$
・小児加算	$5 \leq A \leq 20$
・先駆加算	$10 \leq A \leq 20$

(2) 補正加算前の価格が1,000万円を超える再生医療等製品（年間販売額（収載時にあっては本規定適用前のピーク時予測売上高）が50億円を超えるものに限る。）における補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{10,000,000}\right) / \log\left(\frac{5,000,000}{10,000,000}\right)}$$

(ただし、 $P > 10,000,000$)

(注) A：当該再生医療等製品に対して適用される率(%) (2(3)に該当する再生医療等製品の場合は、2(3)により算出された α に100を乗じた値。)

P：補正加算前の価格

(3) 第3章第6節に定める条件・期限付承認を受けた再生医療等製の特例における補正加算率(α)の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{20})/\log(\frac{10}{20})}$$

(ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$)

(注) α ：補正加算率

A：当該再生医療等製品に対して適用される率(%)

X：億円単位で示した当該再生医療等製品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

(4) 別表6において有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用する場合における補正加算率(α)の算式

イ) 内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{50})/\log(\frac{25}{50})}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

ロ) 注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{20})/\log(\frac{10}{20})}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

(注) A：当該市場拡大再算定対象品、当該特例拡大再算定対象品又は当該類似品に対して適用される率(%)

X：億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品又は当該特例拡大再算定対象品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$ とする。

(5) 第3章第4節に定める既収載品の薬価改定時の加算において、有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用する場合における補正加算率(α)の算式

イ) 内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{50})/\log(\frac{25}{50})}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

ロ) 注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{20})/\log(\frac{10}{20})}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

(注) A：当該既収載品に対して適用される率 (%)

X：億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群（当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$ とする。

別表 3

外国平均価格調整の計算方法

- 1 当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の 4 分の 5 に相当する額を超える場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を上回る場合を除く。）

次の算式により算定される額

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{5}{6} \right) \times \text{外国平均価格}$$

- 2 当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の 4 分の 3 に相当する額未満の場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を下回る場合を除く。）

次の算式により算定される額（ただし、算定値の 2 倍に相当する額を超える場合には、当該額とする。）

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{1}{2} \right) \times \text{外国平均価格}$$

- 3 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が、同時に薬価収載される場合

当該新規収載品のうち、上記 1 又は 2 の場合に該当するものについて、下記の算式により算定された変化率を、全ての新規収載品の数で相加平均した数値を用いて、薬価を求める算式により算定される額

<変化率を求める算式>

$$\text{変化率} = \frac{1 \text{ 又は } 2 \text{ の算式により算定される額}}{\text{算定値}} - 1$$

<薬価を求める算式>

$$\text{算定値} \times (1 + \text{変化率の相加平均値})$$

別表 4

規格間調整の計算方法

1 類似薬の規格間比を求める算式

$$\log (Q2/Q1) / \log (Y2/Y1)$$

Q1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の薬価

Q2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が2番目のものの薬価

Y1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の有効成分の含有量

Y2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が2番目のものの有効成分の含有量

（注）組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合であって、当該最類似薬に別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）があるときは、当該最類似薬と、当該類似薬のうち最類似薬に次いで2番目の年間販売量のもの（剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）とで規格間比を計算する。

2 非汎用新規収載品の薬価（P2）を求める関係式

$$\log (P2/P1) / \log (X2/X1) = \text{類似薬の規格間比}$$

P1＝汎用新規収載品又は最類似薬の薬価

P2＝当該非汎用新規収載品の薬価

X1＝汎用新規収載品又は最類似薬の有効成分の含有量

X2＝当該非汎用新規収載品の有効成分の含有量

（注）類似薬の規格間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の規格間比とし、規格間比が1を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は1とする。ただし、内用薬については、 $X2 > X1$ （ $X2$ が通常最大用量を超える用量に対応するものである場合に限る。）であって、最も類似性が高い類似薬の規格間比が0.5850を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は0.5850とする。

また、製剤上の工夫をすることなく、投与期間の延長のみを目的として含有量が増加した製剤に対し、規格間調整が適用される場合は、規格間比の上限を0.5850とする。

別表 5

市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該既収載品の保険医療} \\ \text{機関等における薬価算定} \\ \text{単位あたりの平均的購入} \\ \text{価格（税抜き市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right] \times \{ 1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \} + \text{調整幅}$$

消費税率：消費税法（昭和 63 年法律第 108 号）第 29 条に定める率

地方消費税率：地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 72 条の 83 に定める率

調整幅：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の 2/100 に相当する額

別表 6

市場拡大再算定対象品等の計算方法

1 市場拡大再算定対象品及び市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額の合計額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \}$$

(注) 上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の 85/100 を下回る場合には、当該額とする。

第 3 章第 2 節の新薬創出等加算対象品目等を比較薬にして算定された品目の取扱い及び第 9 節 2 の新薬創出等加算の控除の対象となる品目については、薬価改定前の薬価については、当該規定に基づく控除を行った後の額とする。以下同じ。

2 特例拡大再算定対象品及び特例拡大再算定類似品に係る計算方法

(1) 年間販売額の合計額が 1,000 億円を超え 1,500 億円以下、かつ基準年間販売額の 1.5 倍以上となる場合

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.5} + \alpha \}$$

(2) 年間販売額の合計額が 1,500 億円を超え、かつ基準年間販売額の 1.3 倍以上となる場合

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 1.3} + \alpha \}$$

(注) 上記算式による算定値が、(1) については薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額を下回る場合、(2) については薬価改定前の薬価の 50/100 に相当する額を下回る場合には、当該額とする。

$$X \text{ (市場規模拡大率)} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{市場拡大再算定対象品又は特例拡大再算定対象品} \\ \text{の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に} \\ \text{計算した年間販売額の合計額} \end{array} \right)}{\text{当該同一組成既収載品群の基準年間販売額}}$$

3 過去に市場拡大再算定を受けた品目の特例

直近に市場拡大再算定を行った際、上記1又は2の算式による算定値が下表の下限値を下回った場合、改めて再算定を行う際の計算方法において用いる市場規模拡大率は以下の算式により得た値とする。

$$\left[\begin{array}{l} \text{再算定後薬価の計算} \\ \text{方法で用いる市場規} \\ \text{模拡大率}(X) \end{array} \right] = \text{年間販売額の合計額} / \text{基準年間販売額} \times \text{調整係数}$$

直近の再算定	下限値	調整係数
年間販売額の合計額が150億円を超え、かつ基準年間販売額の2倍以上となる場合の再算定（原価計算方式以外の方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の85/100に相当する額	$0.85 / \{(0.9)^{\log X_p / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が150億円を超え、かつ基準年間販売額の2倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の75/100に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log X_p / \log 2} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が100億円を超え150億円以下、かつ基準年間販売額の10倍以上となる場合の再算定（原価計算方式により算定されたもの及びその類似品）	薬価改定前の薬価の75/100に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log X_p / \log 10} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が1,000億円を超え1,500億円以下、かつ基準年間販売額の1.5倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の75/100に相当する額	$0.75 / \{(0.9)^{\log X_p / \log 1.5} + \alpha_p\}$
年間販売額の合計額が1,500億円を超え、かつ基準年間販売額の1.3倍以上となる場合の市場拡大再算定の特例	薬価改定前の薬価の50/100に相当する額	$0.50 / \{(0.9)^{\log X_p / \log 1.3} + \alpha_p\}$

(X_p : 前回の市場拡大再算定の際の市場規模拡大率)

(α_p : 前回の市場拡大再算定の際の補正加算率)

α (補正加算率) : 個別の市場拡大再算定対象品、特例拡大再算定対象品又は当該類似品について、第3章第4節(1)①から④までに定めるいずれかの要件に該当する場合に有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率のうち最も大きな率及び市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合に有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率。ただし、それぞれ $5 \leq A \leq 10$ とする。

別表 7

効能変化再算定の計算方法

1 主たる効能変化品に係る計算方法

(1) 次のいずれかに該当する場合には、効能変化再算定を適用しない。

(イ) AがBより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合

(ロ) AがBより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を下回る場合

(2) (1) 以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

A = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価（効能変化再算定の適用前の額を基に計算）

B = 当該既収載品の効能変更等の後の最類似薬の当該効能及び効果に係る一日薬価（最類似薬の薬価改定後の薬価を基に計算）

(注) 効能変更等の後の最類似薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額とする。

P = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Q = 当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

X = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

Y = 当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

(注) この場合、年間販売額は薬価改定後の薬価を基に計算する。

2 効能変化再算定の特例に係る計算方法

下記の算式により算定される額

$$\frac{C \times \frac{M}{M+N} + D \times \frac{N}{M+N}}{P \times \frac{M}{M+N} + Q \times \frac{N}{M+N}}$$

C = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価

D = 参照薬の一日薬価

P = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Q = 当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

M = 当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）及び当該既収載品（直近の薬価調査後に当該効能変更等が行われた場合に限る。組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品を含む。）の年間販売額の合計額

N = 参照薬の年間販売額の合計額

（注）参照薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの一日薬価を当該参照薬の年間販売量で加重平均した額とする。

3 主たる効能変化品の類似薬の価格調整の計算方法

（1）主たる効能変化品が、1（1）に該当した場合には、効能変化再算定を適用しない

（2）（1）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\left(\frac{\text{当該既収載品の}}{\text{薬価改定前の薬価}} \right) \times \frac{\left(\frac{\text{当該主たる効能変化品の 1 又は 2 の}}{\text{算式により算定される額}} \right)}{\left(\frac{\text{当該主たる効能変化品の}}{\text{薬価改定前の薬価}} \right)}$$

別表 8

用法用量変化再算定の計算方法

1 用法用量変化再算定の原則の場合

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品に係る} \\ \text{本規定の適用前の価格} \end{array} \right) \times \frac{\left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品の従前の一日通常最大単位数量} \\ \text{(主たる効能又は効果に係るもの)} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品の変更後の一日通常最大単位数量} \\ \text{(主たる効能又は効果に係るもの)} \end{array} \right)}$$

2 用法用量変化再算定の特例の場合

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該既収載品に係る} \\ \text{本規定の適用前の価格} \end{array} \right] \times \text{当該既収載品の使用量変化率}$$

(注) 上記算定式による算定値が、薬価改定前の薬価の 75/100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

$$\text{当該既収載品の使用量変化率} = \frac{A \times B}{C \times D}$$

A : 当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の投与期間

B : 当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の推計患者数

C : 当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の投与期間

D : 当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の推計患者数

別表 9

最低薬価

区 分		最低薬価
日本薬局方収載品		
錠剤	1 錠	10.10 円
カプセル剤	1 カプセル	10.10 円
丸剤	1 個	10.10 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※1	7.50 円
顆粒剤	1g※1	7.50 円
末剤	1g※1	7.50 円
注射剤	100mL 未満 1 管又は 1 瓶	97 円
	100mL 以上 500mL 未満 1 管又は 1 瓶	115 円
	500mL 以上 1 管又は 1 瓶	152 円
坐剤	1 個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	89.60 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	1 日薬価	9.80 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※2	10.20 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※1	10.00 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上 1 枚	17.10 円
	その他 1 枚	12.30 円
その他の医薬品		
錠剤	1 錠	5.90 円
カプセル剤	1 カプセル	5.90 円
丸剤	1 個	5.90 円
散剤（細粒剤を含む。）	1g※1	6.50 円
顆粒剤	1g※1	6.50 円
末剤	1g※1	6.50 円
注射剤	100mL 未満 1 管又は 1 瓶	59 円
	100mL 以上 500mL 未満 1 管又は 1 瓶	70 円
	500mL 以上 1 管又は 1 瓶	93 円
坐剤	1 個	20.30 円
点眼剤	5mL1 瓶	88.80 円
	1mL	17.90 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものを除く。）	1 日薬価	6.70 円
内用液剤、シロップ剤 （小児への適応があるものに限る。）	1mL※2	6.70 円
外用液剤 （外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10mL※1	6.60 円
貼付剤	10g	8.60 円
	10cm×14cm 以上 1 枚	17.10 円
	その他 1 枚	12.30 円

※1 規格単位が 10g の場合は 10g と読み替える。

※2 規格単位が 10mL の場合は 10mL と読み替える。

別表 10

新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準

1 新規作用機序により既存治療で効果不十分な疾患に有効性を示したものであること

当該疾患に対する標準療法で効果不十分又は不耐容の患者を含む臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、効果不十分又は不耐容の患者の目標症例数が事前に設定された企業治験に限る。）において有効性が示されることなどにより、添付文書の効能・効果、使用上の注意、臨床成績の項において、これらの患者に対して投与可能であることが明示的になっているものであること。

2 新規作用機序により既存治療に対して比較試験により優越性を示したものであること

対象疾患に対する既存治療（本邦における治療方法として妥当性があるものに限る。）を対照群（プラセボ除く）に設定した臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された企業治験に限る。）を実施し、主要評価項目において既存治療に対する本剤の優越性が示されていること。

また、製造販売後において、当初の承認時の疾患を対象とした製造販売後臨床試験も同様に取り扱うものとする。

注）既存治療を対照群とし、既存治療に本剤を上乗せした比較試験によって優越性が検証された場合は除く。

用法・用量を変更した群を対照とした場合や、同一有効成分の医薬品を対照としたものは除く。

製剤改良など、活性本体に明確な変更がない新薬は除く。

製造販売後臨床試験の場合においても、既存治療は本邦における治療方法として妥当性があるもの限り、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された試験に限る。

3 新規作用機序により認められた効能を有する他の医薬品が存在しないこと

薬事承認時点において、本剤と効能・効果が一致するものがなく、対象疾患に対して初めての治療選択肢を提供するもの、又は類似の効能・効果を有する既存薬と比べて、治療対象となる患者の範囲が拡大することが明らかであるもの。

別表 11

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の計算方法

1 平均乖離率以内の品目の場合

対象品目の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないものの場合、次の算式により算定される額（ただし、加算後の薬価が改定前の薬価を超えないようになる額を上限とし、下限は0とする。）に加算係数を乗じた額

$$\left(\frac{\text{新薬創出等加算の適用前の価格}}{\text{適用前の価格}} \right) \times \left(\text{全ての既収載品の平均乖離率} - \frac{2}{100} \right) \times \frac{80}{100}$$

2 平均乖離率を超える品目の場合

対象品目の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えるものの場合、次の算式により算定される額（ただし、加算後の薬価が改定前の薬価を超えないようになる額を上限とし、下限は0とする。）に加算係数を乗じた額

$$\left(\frac{\text{新薬創出等加算の適用前の価格}}{\text{適用前の価格}} \right) \times \left(\text{全ての既収載品の平均乖離率} - \frac{2}{100} \right) \times \frac{50}{100}$$

3 加算係数

1 及び 2 における加算係数は、次に掲げる企業指標及びこれに基づく分類方法に従って定める。

(1) 企業指標

次の表の各項目ごとに、右欄に掲げるポイントを合計したポイントを企業指標に基づくポイントとする。

	指標の内容	
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む） （実施数）（Phase II 以降）	上位 25% 4 ポイント 中位 50% 2 ポイント
A-2	新薬収載実績（収載成分数） （過去 5 年）	上位 25% 4 ポイント 中位 50% 2 ポイント
A-3	革新性のある新薬の収載実績 （過去 5 年）	実績あり 2 ポイント

A-4	薬剤耐性菌の治療に用いる医薬品 (過去5年)	1品目について2ポイント
A-5	新型コロナウイルスの治療等に用いる医薬品 (過去5年)	1品目について4ポイント
B-1	開発公募品(開発着手数) (過去5年)(B-2分を除く)	1品目について2ポイント
B-2	開発公募品(承認取得数) (過去5年)	1品目について2ポイント
C-1	世界に先駆けた新薬の開発(品目数) (過去5年)	1品目について2ポイント
C-2	特定の用途に係る医薬品の開発(品目数) (過去5年)(A-4分を除く)	1品目について2ポイント

- ※ A-1 については、令和3年9月末時点の数値とし、それ以外の指標については、令和3年9月末時点までの数値とする。
- ※ A-1 については、成分数単位とし、効能追加を含む。(一の成分について、複数の効能に係る試験を実施している場合であっても、「1」と計上する。)
- ※ A-1 については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の対面助言の相談記録により、海外試験の試験成績のみをもって承認申請して差し支えない旨が確認できる場合には、当該海外試験を計上する。
- ※ A-2 については、新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品を1成分相当、それ以外の新薬を2/3成分相当として計上する。
- ※ A-3 については、新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品の収載実績とする。
- ※ A-4 については、薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。
- ※ A-5 については、新型コロナウイルスによる感染症の治療又は予防に用いるもので、薬事審査において新型コロナウイルスによる感染症に対する治療又は予防効果が明確になったものに限り、ワクチンを含む。
- ※ B-1 については、治験を実施していることを開発着手とみなす。
- ※ C-1 については、先駆的医薬品の指定数とする。
- ※ C-2 については、特定用途医薬品の指定数とする。

(2) 分類方法

新薬創出等加算の対象品目を有する企業について、(1)のポイントの合計が次の表の中欄に掲げる範囲に該当する企業について、下欄に掲げる値を加算係数とする。

区分	I	II	III
範囲	上位25%※	I、III以外	2pt以下
加算係数	1.0	0.9	0.8

- ※ 上位25パーセントの企業指標点数の企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の30%を超えないことを限度として、当該点数の企業は区分Iとして取り扱う。

ただし、次の全ての要件に該当する企業については、区分Ⅲに分類された場合であっても、区分Ⅱとみなす。

- ① 中小企業であること（従業員数 300 人以下又は資本金 3 億円以下）
- ② 他の法人が株式総数又は出資総額の 1/2 以上の株式又は出資金を有していないこと
- ③ 複数の法人が株式総数又は出資総額の 2/3 以上の株式又は出資金を有していないこと
- ④ 新薬創出等加算の対象となる成分が 1 つのみであって、当該品目の承認のあった年の前事業年度（過去 5 年間に限る）において、当期利益が計上されていない又は当期利益は計上されているが事業収益がないこと

別表 12

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

1 価格調整の対象範囲

(1) 類似薬効比較方式により算定された医薬品

類似薬効比較方式により算定された医薬品については、画期性加算、有用性加算（Ⅰ）又は有用性加算（Ⅱ）（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額（以下「有用性系加算部分」という。）を価格調整対象とする。

加算部分割合は、薬価収載時における算定薬価（外国平均価格調整を受けた品目については、当該価格調整前の価格をいう。）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

(2) 原価計算方式により算定された医薬品

原価計算方式により算定された医薬品については、次のいずれかを価格調整対象とする。

- ① 開示度が 50%以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。
- ② 開示度が 50%未満の品目については、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。ただし、令和 4 年 3 月 31 日以前に薬価収載された品目のうち、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に薬価収載時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。
- ③ 平成 30 年 3 月 31 日以前に薬価収載された品目であって、営業利益率のプラスの補正の対象になったものについては、価格調整前の価格に薬価収載時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合（以下「補正割合」という。）を乗じて得た額を価格調整対象とする。

薬価収載時から価格調整までの間に行われた薬価改定時の加算の対象となった品目については、当該加算を受けた際の、当該加算額及び当該加算を除いた額に薬価収載時における補正割合を乗じて得た額の合計額を新たな加算額とし、価格調整前の価格に当該加算を受けた直後の価格に対する当該新たな加算額の割合を乗じて得た額を価格調整対

象とする。

2 価格調整の計算方法

(1) 類似薬効比較方式等により算定された医薬品

① 費用対効果評価による価格の算式

1 (1) 並びに 1 (2) ①及び③に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数 (β) は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

$$= \text{価格調整前の価格} - \text{価格調整対象} \times (1 - \beta)$$

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数 (β) を用いて分析対象集団ごとの価格 (②ア i の場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 5% を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10% を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者 1 人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の 2 分の 1 に相当する額を下回らない額とする。) を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数 (β)

ア 対象となる医薬品の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術 (比較対照品目を含む。以下同じ。) より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数 (β) は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、次の (一) 及び (二) のいずれにも該当するもの 1.25

(一) 対象品目に係るメタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

(ア) 対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor (Clarivate analytics 社の “InCites Journal Citation Reports” により提供されている impact factor をいう。) の平均値 (当該論文の受理又は論文掲載時から過去 5 年

間の平均値)が15.0を超える学術誌に原著論文として受理されていること。

(イ) 当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊10年以内の学術誌でないこと。

(ウ) 当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること。

(二) 対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。

- ii ICERが200万円/QALY未満の品目であって、価格調整時点において、上記(一)若しくは(二)のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの 1.0
 - iii ICERが200万円/QALY以上500万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが200万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目 1.0
 - iv ICERが500万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満の品目 0.7
 - v ICERが750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満の品目 0.4
 - vi ICERが1,000万円/QALY以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,500万円/QALY以上の品目 0.1
- イ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数(β)は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。
- i 価格調整時点において、次の(一)及び(二)のいずれにも該当する品目 1.5
 - (一) 対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマチックレビューを除く臨床試験により示されていること。
 - (二) 対象品目の薬理作用等が比較対照技術と著しく異なること。
 - ii 価格調整時点において、上記(一)若しくは(二)のいずれかに該当しない品目又はいずれにも該当しない品目 1.0
- ウ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数(β)は0.1とする。
- エ 製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウまでの取扱いに関わらず、価格調整係数(β)

は 0.1 とする。

(2) 原価計算方式により算定された医薬品（開示率が低いものに限る。）

① 費用対効果評価による価格の算式

1 (2) ②に該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、対象品目の有用性系加算部分に係る価格調整係数 (γ) 及び価格調整対象のうち営業利益率を乗じて得た額の部分（以下「営業利益部分」という。）に係る価格調整係数 (θ) は、②に定めるとおりとする。

$$\begin{aligned} & \text{価格調整後の価格} \\ = & \text{価格調整前の価格} & - & \text{有用性系加算部分} \times (1 - \gamma) \\ & & - & \text{営業利益部分} \times (1 - \theta) \end{aligned}$$

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあつては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数 (γ 及び θ) を用いて分析対象集団ごとの価格（(1) ②ア i の場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 5% を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、(1) ②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10% を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者 1 人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の 2 分の 1 に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数 (γ)

価格調整係数 (γ) は、(1) ②アからエまでに掲げる品目ごとに、それぞれ (1) ②アからエまでに定める係数とする。

③ 価格調整係数 (θ)

ア 対象となる医薬品の費用及び効果が比較対照技術より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数 (θ) は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

- i ICER が 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 未満の品目 1.0
- ii ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円

/QALY 未満の品目 0.83

iii ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目 0.67

iv ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目 0.5

イ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数 (θ) は 1.0 とする。

ウ 対象となる医薬品の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数 (θ) は 0.5 とする。

エ 製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウまでの取扱いに関わらず、価格調整係数 (θ) は 0.5 とする。

(3) 価格調整後の価格の下限

(1) 又は (2) により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出した ICER が 500 万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、1 (2) ③に該当する品目については、薬価収載時における補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

① 有用性系加算の加算対象とならない品目又は有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表 2 に規定する加算係数を乗じる前であつ別表 2 の 2 (2) の算式を適用する前の加算率をいう。以下同じ。）が 25%以下のもの

価格調整前の価格を 10%引き下げた額

② 有用性系加算の加算対象となる品目であつて、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%未満のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$= 10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率 (\%) - 25}{15} (\%)$$

- ③ 有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が100%以上のもの

価格調整前の価格を15%引き下げた額

- (4) 費用対効果評価通知に規定するH5区分に該当する品目の価格調整

H5区分に該当する品目の価格調整については、対象品目の薬価収載時における比較薬に係る費用対効果評価に基づく価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。配合剤については、各成分の価格調整前の価格に対する価格調整後の価格の比率を各成分の1日薬価相当額で加重平均した値を、対象品目の価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整後の価格とする。

医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて（案）

1 新医薬品の薬価基準収載手続

新医薬品の薬価基準収載の手続は、次のとおりであること。

なお、「薬価算定の基準について」（令和4年●月●日保発●●第●号）第2章第3部4の新規収載品の薬価基準収載の手続並びに第3章第6節の条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例の手続及び第8節2本文なお書の薬価改定の手続についても、これに準じて行うこと。

（1）新医薬品の薬価基準収載希望書

① 新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第14条の4第1項に掲げる新医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「新薬収載希望者」という。）が、別紙様式1又は2に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新医薬品について、承認後1週間を経過した日又は承認前の直近の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会（以下「医薬品部会」という。）終了後から3週間を経過した日のいずれか早い日（薬事・食品衛生審議会薬事分科会において審議される医療用医薬品又は緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内）までに提出すること。

ただし、当該新医薬品の迅速な供給が困難であることその他新薬収載希望者に特別の事情がある場合には、この限りでない。この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

② ①（又は③）により薬価基準収載希望書を提出する場合であって、「薬価算定の基準について」第1章22に規定する原価計算方式による算定を希望する場合及び原価計算方式による算定が妥当と判断される可能性が否定できない場合（厚生労働省より原価計算方式による算定を検討する必要があるとの指摘を受けた場合に限る。）には、当該新薬収載希望者が希望する係数を用いた薬価基準収載希望書及び当該算定に必要な資料を提出すること。なお、当該新医薬品が輸入医薬品である場合、新薬収載希望者は、薬価算定組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、輸入先国における価格（当該輸入医薬品が原体である場合の当該原体の輸入先国における価格を含む。）の状況、日本以外の国への輸出価格の状況等の輸入原価設定の根拠となる資料を提出すること。

なお、薬価算定組織が日本への輸入価格・製造原価を確認する必要があると認める場合には、薬価収載後も輸入価格・製造原価を証明する資料を提出すること。

- ③ 新薬収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価基準収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

(2) 新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として60日以内、遅くとも90日以内とする。

ただし、(1)による新医薬品の薬価基準収載希望書が指定された期限内に提出されない場合、(4)⑤又は(5)によって決定された薬価算定案等に不服がある場合、(1)①のただし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合、必要な資料が指定された期限内に提出されない場合には、この限りでない。

(3) 新薬収載希望者からの意見聴取等

- ① 新医薬品の薬価基準への収載に係る事務を円滑に進めるため、薬価基準収載希望書の提出期限前に、薬価基準収載希望書に添付して提出すべき書類について、別に定めるところにより事前提出を求めることができるものとする。

当該書類の事前提出があった場合においては、別に日時を定め、当該新薬収載希望者の意見を事前に聴取することができるものとする。

- ② 新薬収載希望者から新医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該新薬収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも1週間前に通知するものとする。

ただし、①による意見聴取が行われた場合においては、新薬収載希望者との合意により、薬価基準収載希望書の提出後の意見聴取を行わないことができるものとする。

(4) 薬価算定組織の関与と中医協の承認

薬価基準収載希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、薬価基準への収載における取扱いを決定する。

- ① 薬価基準収載希望書の提出のあった新医薬品の薬価算定に関し、次の事項について薬価算定組織の専門的見地からの検討を経て薬価算定案等を策定する。

なお、薬価算定組織の検討にあたっては別に定める基本方針による。

ア 類似薬の有無（算定方式の妥当性）

イ 類似薬・最類似薬選定の妥当性

- ウ 補正加算適用の妥当性（加算要件への適否、加算適用が妥当とする場合の加算率）
 - エ 製品製造原価及び係数（新薬収載希望者が希望する係数を含む。）の妥当性（原価計算方式の場合に限る。）
 - オ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の該当性
 - カ 費用対効果評価の指定基準の該当性
 - キ 薬価算定案等に対する新薬収載希望者の不服の妥当性
- ② 薬価基準収載希望書を提出した新薬収載希望者であつて、薬価算定組織における意見陳述を希望するものは、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。
- この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。
- ③ 薬価算定組織の検討を経た薬価算定案等を、中医協総会での審議の前に、その理由を付して新薬収載希望者に通知する。
- ④ 通知した薬価算定案等について不服がある新薬収載希望者は、1回に限り、別紙様式3に定める薬価算定案等不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された薬価算定案等が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。
- ⑤ 薬価算定案等不服意見書を提出した新薬収載希望者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。
- この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。
- 当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価算定案等を決定する。この薬価算定案等を予め新薬収載希望者に通知し、さらに不服がないことを確認する。
- ⑥ 新薬収載希望者の不服がないことが確認された新医薬品の薬価算定案等について中医協総会で審議し、その了承を求める。

（5）中医協総会の審議結果の通知

中医協総会の審議結果について、その了承の有無及び了承され薬価収載が決定された新医薬品については、次の事項を新薬収載希望者に対し通知する。

- ① 品名、規格単位、決定された薬価
- ② 薬価収載予定日
- ③ 保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

なお、中医協総会の審議において、当該新医薬品について薬価収載を行わないこととされた場合には、新薬収載希望者は、根拠となる資料を添えて書面で不服意見を提出することができる。

（6）薬価基準収載品目の供給について

- ① 新薬収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から3ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。
- ② 新薬収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式4に定める供給開始報告書を提出すること。

2 報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載手続

(1) 報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載希望書

① 報告品目

報告品目（医薬品部会の報告品目及び審議品目であつて新医薬品以外のもの（原則として、2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、報告品目の収載を希望する製造販売業者（以下「報告品目収載希望者」という。）が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該報告品目について、それぞれ2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から3週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

② 新キット製品

新キット製品（既存のキット製品がない医薬品について新たにキット製品として承認されたもの又は既承認のキット製品と機能・形態あるいは組み合わせられた医薬品の組成が異なるものとして承認された医薬品（原則として、2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続は、新キット製品の収載を希望する製造販売業者（以下「新キット収載希望者」という。）が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該新キット製品について、それぞれ2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から3週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

③ 後発医薬品

後発医薬品（新医薬品、報告品目及び新キット製品以外の医療用医薬品を

いう。以下同じ。)の薬価基準への収載手続は、後発医薬品の収載を希望する製造販売業者(以下「後発医薬品収載希望者」という。)が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、原則として、2月15日及び8月15日(当該日が土曜日又は日曜日に該当するときは、その日後においてその日に最も近い平日とする。)までに医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた当該後発医薬品について、それぞれ当該年の3月10日及び9月10日までの指定する日までに提出すること。

- ④ 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。ただし、この場合、薬価収載希望書は、別に指定する期限までに提出すること。

(2) 薬価基準収載の時期等

- ① 報告品目及び新キット製品
5月及び11月を標準とする。
- ② 後発医薬品
6月及び12月を標準とする。

(3) 報告品目収載希望者、新キット製品収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの意見聴取

- ① 報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者からそれぞれ報告品目又は新キット製品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも1週間前に通知するものとする。

- ② 後発医薬品収載希望者から後発医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、必要に応じ当該収載希望者から意見を聴取する機会を設けることができる。

(4) 薬価収載の決定の通知

薬価基準収載希望書の提出があった場合には、当該希望書の内容を審査のうえ、薬価基準収載日から3ヶ月以内の供給開始及びその後の継続した安定供給に支障がないことが確認された場合に限り、予め次の事項を報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者に対し通知したうえで、薬価基準に収載する。

- ① 品名、規格単位、決定された薬価
- ② 薬価収載予定日
- ③ 保険適用上の取扱い(特に必要な品目に限る。)

(5) 薬価基準収載品目の供給について

- ① 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から3ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。
- ② 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式4に定める供給開始報告書を提出すること。

3 再算定手続

薬価基準既収載品のうち、薬価改定の際に、「薬価算定の基準について」に規定する市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定により薬価を改定することとなる品目については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し、再算定品目を決定する。

- (1) 薬価改定年の前年の薬価調査月の末日時点において市場拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定の要件に該当すると考えられる品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式5に定める再算定候補品目要件該当性検討資料（以下「再算定要件該当性資料」という。）の提出を求める。
- (2) 提出された再算定要件該当性資料に基づき、薬価算定組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定品目として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。
- (3) 通知された再算定品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式6に定める再算定品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された再算定品目案が適当ではないと主張する理由について「薬価算定の基準について」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。
- (4) 再算定品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。
この際、当該再算定候補品目の臨床試験に関与した者が当該製造販売業者に同行して意見を表明することができる。
当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度再算定品目案を決定する。この再算定品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有

無について確認する。

- (5) 通知された再算定品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても算定組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。
- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。
- (7) 中医協総会で了承された再算定品目については、当該品目の製造販売業者にその旨を通知した上で、その直後の薬価改定時に再算定により薬価を改定する。
なお、市場拡大再算定の対象候補品目として再算定要件該当性資料の提出が求められた日以降に市場規模の拡大、効能変化又は用法用量変化があった品目については、当該薬価改定時以降の薬価改定時に再算定対象品目の該当性を検討する。
- (8) 薬価改定の際以外の再算定に該当する品目については、上記の手順に準じて再算定手続を行う。

4 既収載品の費用対効果評価の手続

薬価基準既収載品のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和4年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により指定基準の該当性を検討する。なお、厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ薬価算定組織の意見を聴くことができる。

- (1) 費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式7に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。
- (2) 当該資料に基づき、指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。
- (3) 通知された費用対効果評価の対象品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式8に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づい

て説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。

- (4) 費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。

当該意見を踏まえ厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案を予め当該品目の製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

- (5) 通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

薬価基準収載希望書

整理番号	— — —			収載区分	新医薬品 ・ 報告品目
薬効分類					新キット製品 ・ 後発医薬品
成分名					
会社名		販売会社名			
販売名					
規格単位					
効能・効果					
用法・用量					
薬事・食品衛生審議会審議日					
承認年月日					
算定希望内容	算定方式				
	比較薬	成分名			
		会社名			
		販売名			
		規格単位			
		薬価 (一日薬価)			
	補正加算				
算定薬価 (一日薬価)					
外国価格					
市場規模予測	初年度	億円(患者数	人)		
	2年度	億円(患者数	人)		
	3年度	億円(患者数	人)		
	4年度	億円(患者数	人)		
	5年度	億円(患者数	人)		
	6年度	億円(患者数	人)		
	7年度	億円(患者数	人)		
	8年度	億円(患者数	人)		
	9年度	億円(患者数	人)		
	10年度 (最大) 年度	億円(患者数	人)		
包装単位					
担当者連絡先	氏名	TEL	FAX	メールアドレス	
備考	最初に承認された国(年月)				

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	— — —		
薬効分類			
成分名			
会社名		販売会社名	
販売名			
規格単位			
効能・効果			
用法・用量			
薬事・食品衛生審議会審議日			
承認年月日			
算定希望内容	算定方式	原価計算方式	
	原価計算	製品総原価	
		営業利益	
		流通経費	
		消費税相当額	
	補正加算		
算定薬価			
外国価格			
市場規模予測	初年度	億円(患者数	人)
	2年度	億円(患者数	人)
	3年度	億円(患者数	人)
	4年度	億円(患者数	人)
	5年度	億円(患者数	人)
	6年度	億円(患者数	人)
	7年度	億円(患者数	人)
	8年度	億円(患者数	人)
	9年度	億円(患者数	人)
	10年度	億円(患者数	人)
	(最大) 年度	億円(患者数	人)
包装単位			
担当者連絡先	氏名	TEL	FAX
			メールアドレス
備考	最初に承認された国(年月)		

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所

法人にあっては、主
たる事務所の所在地

氏 名

法人にあっては、名
称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

薬価算定案等不服意見書

成分名

品目名

通知された算定案等

算定方式:

比較薬 :

補正加算:

算定式 :

新薬創出等加算の該当性:

費用対効果評価の指定基準の該当性:

算定案に対する意見及びその根拠

上記により通知された薬価算定案等に対する意見を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

厚生労働大臣

殿

薬価基準収載医薬品に関する供給開始報告書

年 月 日

厚生労働省医政局長 殿

所在地
会社名
代表者

		報 告 事 項												
1. 薬価基準収載医薬品コード(12桁コード)														
2. 収 載 名 (販 売 名)														
3. 規格単位														
4. 承認番号及び承認年月日														
5. 製造販売業者名														
6. 薬価基準収載年月日														
7. 供給開始年月														
8. 供給開始を証明する書面 (医療機関等に対する販売伝票の写)		別添												
9. 薬価基準収載後3ヵ月以内に供給することができなかった場合はその理由														
10. GS1コード	包 装 単 位	G S 1 コ ー ド												

(注) 本報告書は、規格単位別に作成すること。

再算定候補品目要件該当性検討資料
(再算定要件該当性資料)

区分	1 市場拡大再算定、2 効能変化再算定、3 用法用量変化再算定	
名称等	一般的名称	
	販売名 規格単位	
成分及び分量又は本質		
用法及び用量		
効能又は効果		
承認日、承認番号 再審査期間 一部変更承認日 再審査期間		
これまでの再算定		
<p>1) 市場拡大再算定の場合は薬価収載時又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額を添付 なお、令和3年11月以降に小児、希少疾病、先駆的医薬品又は特定用途医薬品に係る効能・効果又は用法・用量が追加された場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付。また、市販後に集積された調査成績により真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合は当該調査成績の概要を添付</p> <p>2) 効能変化再算定又は用法用量変化再算定の場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付</p>		

上記により再算定候補品目の要件該当性に関する検討資料を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名
称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

再算定品目案不服意見書

区分	1 市場拡大再算定、2 効能変化再算定、3 用法用量変化再算定
通知された再算定品目の概要	
販売名	
汎用規格	
主たる効能	
主たる効能の一日用量	
予想年間販売額	
販売額の推移	
再算定品目案に対する意見及びその根拠	

上記により通知された再算定品目案に対する意見を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名
称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

費用対効果評価指定基準該当性検討資料

区分	H1、 H2、 H4、 H5	
名称等	一般的名称	
	販売名 規格単位	
成分及び分量又は本質		
用法及び用量 (用法及び用量ごとに承認日を併記)		
効能又は効果 (効能又は効果ごとに承認日を併記)		
収載時ピーク時予測売上高		
1) 市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準 (H1 区分の場合は年間販売額 10 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1,000 億円以上) に該当することとなった場合には収載後から直近までの年間販売額を添付 2) 指定難病の効能・効果を有する場合には、根拠となる関連資料を添付		

上記により費用対効果評価の指定基準該当性に関する検討資料を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名
称及び代表者の氏名

厚生労働大臣 殿

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について

第1章 定義

1 特定保険医療材料

特定保険医療材料とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）における医療材料の支給に要する平均的な費用の額が、診療報酬とは別に定められる医療材料をいう。

2 機能区分

機能区分とは、構造、使用目的、医療上の効能及び効果等からみて類似していると認められる特定保険医療材料の一群として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める区分をいう。

3 基準材料価格

基準材料価格とは、特定保険医療材料の保険償還価格として、機能区分毎に定められる価格をいう。

4 基準材料価格改定

基準材料価格改定とは、厚生労働省が実施する材料価格調査の結果に基づき、基準材料価格に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

5 新規収載品

新規収載品とは、新たに保険適用の対象とされた医療材料の銘柄をいう。

6 既収載品

既収載品とは、既に保険適用の対象である医療材料の銘柄をいう。

7 新規機能区分

新規機能区分とは、新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）と明らかに異なるものと認められ、新規収載品が属する機能区分として新たに設定された機能区分をいう。

8 既存機能区分

既存機能区分とは、既収載品が属している機能区分をいう。

9 暫定機能区分

暫定機能区分とは、期限付改良加算（別表1に別に定める算式により算定される額を当該材料が新規収載されてから2回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまでに限り加算することができる改良加算をいう。以下同じ。）が付与された特定保険医療材料が属する機能区分として、当該加算が加算される間に限り設定される機能区分をいう。

10 類似機能区分

類似機能区分とは、当該新規機能区分と類似性が最も高い既存機能区分をいう。

11 類似機能区分比較方式

類似機能区分比較方式とは、類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。なお、既存機能区分を組み合わせる又は機能区分同士の差分を用いることにより、類似機能区分としてみなせる場合、既存機能区分の基準材料価格の和や差分を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

また、新規機能区分の基準材料価格を設定するに当たり、長さや面積、体積等が異なるものの、基本的な構成素材等が同一である既収載品が属する既存機能区分がある場合には、当該既存機能区分を類似機能区分として、製品の長さや面積、体積等により類似機能区分の基準材料価格を按分した額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とすることができる。

12 原価計算方式

原価計算方式とは、新規収載品の製造又は輸入に要する原価に、販売費及び一般管理費（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 68 条の 5 第 1 項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた特定医療機器に係る対策費用を含む。））、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

13 開示度

開示度とは、原価計算において、製品総原価に対する保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合のことをいい、開示度に応じて別表 1 に定める算式により加算係数を決定する。

14 補正加算

補正加算とは、類似機能区分比較方式又は原価計算方式で算定される新規機能区分に対して行われる画期性加算、有用性加算、改良加算、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）、先駆加算及び特定用途加算をいう。

15 画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。

イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品（原価計算方式の場合は、臨床現場で使用されている既収載品）に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

16 有用性加算

有用性加算とは、画期性加算の 3 つの要件のうちいずれかを満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

17 改良加算

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。以下同じ。）に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であっても、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、別表 1 に別に定める算式により算定される額を加算する。

また、新規機能区分の設定により既収載品と区別して評価する場合には該当しないが、既収載品から一定程度の臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、期限付改良加算を加算することができる。

イ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療

が可能となることや合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、客観的に示されていること。

- ニ 小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。
- ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。
- ヘ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること。
- ト 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養を安全かつ容易とすることが、客観的に示されていること。
- チ 人その他生物（植物を除く。）に由来するものを原料又は材料（以下「生物由来原料等」という。）として用いた類似機能区分に属する既収載品に比して、全ての生物由来原料等を除いた場合で、かつ、同等の機能を有することが客観的に示されていること。

18 市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 1 項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

19 市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

20 先駆加算

先駆加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 2 項の規定により、先駆的医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定された医療材料についても、同様の取扱いとする。

21 特定用途加算

特定用途加算とは、医薬品医療機器等法第 77 条の 2 第 3 項の規定により、特定用途医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表 1 に定める算式により算定される額の加算をいう。

22 外国平均価格に基づく価格調整

外国平均価格に基づく価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。以下同じ。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。以下同じ。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（2 ヶ国以上 4 ヶ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の 1.5 倍又は 1.25 倍に相当する額を上回る場合に、別表 2 に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

ただし、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ 外国の医療材料の国別の価格が 2 ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の 2.5 倍を上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が 2 ヶ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を外国平均価格とみなす。

ロ 外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が 3 ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の 1.6 倍を上回る場合、

当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

23 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式とは、当該機能区分に属する全ての既収載品（材料価格調査時以降に保険適用されたことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既収載品及び第3章第4節に該当する新規収載品を除く。）の市場実勢価格、消費税率その他を考慮した別表3に定める算式により行う原則的な基準材料価格の改定方式をいう。

24 外国平均価格に基づく再算定

外国平均価格に基づく再算定とは、基準材料価格の改定において、市場実勢価格加重平均値一定幅方式に代えて、別表4に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

25 市場拡大再算定

市場拡大再算定とは、適応追加等により年間販売額が基準年間販売額の一定倍数を超えた既存機能区分に適用する別表5に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

26 医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会に係る評価を行う場合の要件

医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会（以下「ニーズ検討会」という。）における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたものについて評価を行う場合に必要な要件とは、以下の全ての要件を満たす場合をいう。

イ 医療ニーズの高い医療機器として選定されてから3年以内に薬事承認申請（医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項に規定する製造販売の承認を得るために申請することをいう。以下同じ。）がなされたものであること。

ロ 総審査期間（医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項に規定する製造販売の承認を得るまでの期間をいう。以下同じ。）について、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合は120日以内、新医療機器の通常品目の場合は210日以内であること。

ハ 承認（医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項に規定する製造販売の承認のことをいう。以下同じ。）又は認証（医薬品医療機器等法第23条の2の23第1項に規定する製造販売の認証のことをいう。以下同じ。）を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が120日以内であること。

27 再製造単回使用医療機器

再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）とは、単回使用の医療機器（一回限り使用できることとされている医療機器をいう。以下同じ。）のうち、再製造（単回使用の医療機器が使用された後、新たに製造販売をすることを目的として、これに検査、分解、洗浄、滅菌その他必要な処理を行うことをいう。以下同じ。）をされたもので、原型医療機器（再製造の用に供される単回使用の医療機器であって、未だ再製造されていないものをいう。以下同じ。）と同等の品質、有効性及び安全性を有し、原型医療機器と使用目的又は効果が同様の医療機器をいう。

第2章 特定保険医療材料の保険償還価格

第1節 保険償還価格の原則

特定保険医療材料の保険償還価格は、当該特定保険医療材料が属する機能区分（「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）●（●）に基づき、当該機能区分の基準の見直しが行われる場合を含む。）の基準材料価格とする。

第3章 新規機能区分の基準材料価格の算定

第1節 類似機能区分がある場合

1 基準材料価格算定の原則

類似機能区分比較方式により、当該新規機能区分の類似機能区分の基準材料価格、既存機能区分の基準材料価格の和若しくは差の額、又は類似機能区分の基準材料価格を製品の長さや面積、体積等により按分した額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

2 補正加算

1にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、1により算定された額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

3 基準材料価格からの減額

1にかかわらず、当該新規収載品が既収載品よりも単純化した製品である場合には、1により算定された額から、既収載品よりも単純化した内容に応じて減額することができる。

4 外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ただし、輸入原価の内訳に関する資料が提出されている場合であって、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格が、ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）については外国平均価格の0.8倍以下である場合、それ以外のものについては外国平均価格の0.5倍以下である場合は、原価計算方式によって算定される額をもって基準材料価格とすることができる。なお、この場合において、基準材料価格が外国平均価格を上回る場合は、外国平均価格を基準材料価格とする。

第2節 類似機能区分がない場合

1 基準材料価格算定の原則

原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

2 補正加算

1にかかわらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、1により算定された額に、補正加算を加算した額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

3 外国平均価格に基づく価格調整

当該新規収載品について、外国平均価格に基づく価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第3節 再製造品の場合

再製造品における基準材料価格算定については、第1節及び第2節の規定にかかわらず、当該新規収載品の原型医療機器が属する機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第4章により算定された額とする。）に、再製造係数を乗じて得た額を、当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

なお、再製造係数は、0.7を原則とするが、当該再製造品の製造工程等を勘案し、決定する。

第4節 新規収載品に係る特例（暫定価格）

暫定価格で保険償還が認められた新規収載品については、当該新規収載品に係る機能区分が明確化されるまでの間、材料の定義通知からみて当該新規収載品と最も類似すると認められる既存の特定保険医療材料が属する機能区分の基準材料価格により保険償還を行う。

第5節 新規収載品に係る特例（迅速な保険導入に係る評価）

1 対象とする医療材料

類似機能区分比較方式又は原価計算方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で補正加算の要件を満たしたものを対象とする。

2 評価の対象となる要件

迅速な保険導入に係る評価の対象とするのは、1の医療材料のうち、次のいずれの要件も満たすものとし、当該要件への適合が確認できる資料をそれぞれ保険適用希望書に添付すること。

イ 日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法（Federal Food, Drug, and Cosmetic Act、FFDCA、FDCA、FD&C）に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日から180日以内又は日本での医薬品医療機器等法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日と比較して早いこと。（アメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出前を含む。）

ロ 総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目の場合には90日以内、新医療機器の通常品目の場合には180日以内、改良医療機器の臨床ありの場合には105日以内であること。

3 評価

迅速な保険導入に係る評価は、新規機能区分の価格に追加して、2年間に限り、当該医療機器に対して、補正加算額の50/100を算定できることとする。

第6節 機能区分の特例

1 対象とする医療材料

次のいずれかの要件を満たし、新たに機能区分を設定した医療材料を対象とする。

イ 画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けた医療材料に限る。）を受け、新たに機能区分を設定した医療材料であること。

ロ 医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定により、希少疾病用医療機器として指定された医療材料であること。

ハ ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）であること。

ニ ハに該当する医療機器について中央社会保険医療協議会総会で保険適用の了承を得た製造販売業者から、当該公募品目の次に保険適用希望書が提出されたものであって、以下の全ての要件を満たすものであること。

i ハに該当する医療機器の保険適用が中央社会保険医療協議会総会で了承された時点で、承認申請が既になされていたものであること。

ii 総審査期間が、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合には120日以内、新医療機器の通常品目の場合には210日以内であること。

iii 承認又は認証を受けた日から保険適用希望書の提出までの期間が120日以内であること。

ホ 医薬品医療機器等法第77条の2第2項の規定により、先駆的医療機器として指定された医療材料であること。なお、先駆け審査指定制度の対象品目として指定され承認された医療材料についても、同様の取扱いとする。

ヘ 医薬品医療機器等法第77条の2第3項の規定により、特定用途医療機器として指定された医療材料であること。

2 基準材料価格改定及び再算定における取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料については、当該材料が新規収載されてから2回の改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を経るまで、当該機能区分に属する他の既収載品とは別に基準材料価格改定及び再算定を行う。

3 新たに当該機能区分に該当する製品の基準材料価格の取扱い

他の定めにかかわらず、機能区分の特例の対象となる医療材料が属する機能区分で、2により異なる基準材料価格が設定されている場合において、新たに当該機能区分に該当すると判断された製品の基準材料価格は、機能区分の特例の対象となる製品以外の基準材料価格を、当該新規収載品の基準材料価格とする。

第7節 使用成績を踏まえた再評価を行う場合の特例

1 対象とする医療材料

新規保険適用までの間に真の臨床的有用性が検証されなかったものであって、再評価を行うことの妥当性について、新規収載時に別に定める方法により認められたもの又は医薬品医療機器等法第23条の26第1項の規定により条件及び期限を付して承認を与えられた再生医療等製品であって、同条第5項の規定に基づき期限内に承認申請を行い、承認を受けたものを対象とする。

2 当該評価により基準材料価格を再評価する場合の基準材料価格の取扱い

イ 再評価により真の臨床的有用性が検証された医療材料

新規機能区分の設定妥当性、補正加算の該当性を決定する。その際、現に当該製品が属する既存機能区分の基準材料価格（基準材料価格改定時においては第4章により算定された額とする。）に補正加算を加算した額を、当該新規機能区分の基準材料価格とする。

ロ 再評価により真の臨床的有用性が保険収載時の評価よりも下回るとされた医療材料 当該医療材料の属する機能区分の見直しを検討する。

第4章 既存機能区分の基準材料価格の改定

基準材料価格の改定においては、次の第1節から第3節までのいずれか複数に該当する品目については、最も価格の低いものを適用する。

第1節 基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表6に定める方式により改定する。

第2節 外国平均価格に基づく再算定

当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（平成24年3月までに基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限り、平成24年4月以降に基準材料価格を決定した機能区分についてはアメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）における国別の価格が計算できる場合（3カ国又は4カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格」という。）の1.25倍以上である場合については、別表4に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。ただし、小児又は希少疾病のみを対象とする機能区分については、原則として、上記の取扱いの対象外とする。

さらに、直近2回の材料価格改定（令和元年度の消費税引上げに伴う基準材料価格改定を除く。）を通じて保険償還価格の下落率が15%以内である場合であって、以下のイ又はロに該当する場合には、それぞれ、下記の取扱いとする。

イ 外国の医療材料の国別の価格が2カ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の2.5倍

を上回る場合、当該最高の価格を除いた外国の医療材料の国別の価格を相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が2ヵ国のみある場合は、外国の医療材料の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の医療材料の価格）を既存品外国平均価格とみなす。

- ロ 外国の医療材料の国別の価格（イに該当する場合は、イにおける最高の価格を除く。）が3ヵ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍を上回る場合、当該最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の1.6倍に相当する額とみなした上で各国の外国の医療材料の価格を相加平均した額を、既存品外国平均価格とみなす。

なお、外国における価格が把握できない機能区分については、当該機能区分が属する分野の各機能区分の市場実勢価格加重平均値と既存品外国平均価格の比率の指数その他の方法により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

第3節 市場拡大再算定

次の1から3までの全てに該当する機能区分（以下「市場拡大再算定対象機能区分」という。）については、別表5に定める算式により算定される額に改定する。

1 次のいずれかに該当する既存機能区分

- イ 機能区分が設定される際、原価計算方式により算定された既存機能区分
- ロ 機能区分が設定される際、原価計算方式以外の方式により算定されたものであって、機能区分の設定後に、当該機能区分に属する既収載品の使用方法の変化、適用対象患者の変化その他の変化により、当該既存機能区分に属する既収載品の使用実態が著しく変化した既存機能区分

2 機能区分が設定された日又は機能区分の定義若しくは算定に係る留意事項の変更がされた日から10年を経過した後の最初の材料価格改定を受けていない既存機能区分

3 次のいずれかに該当する既存機能区分

- イ 年間販売額（当該機能区分の材料価格改定前の基準材料価格に年間算定回数を乗じて得た、当該機能区分に属する全ての既収載品の年間販売額の合計額をいう。以下同じ。）が150億円を超え、基準年間販売額の2倍以上となるもの
- ロ 年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上となるもの（イを除き、原価計算方式により算定された既存機能区分に限る。）

なお、基準年間販売額は、次のとおりとする。

i 機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定以前の場合

基準年間販売額は、当該機能区分が設定された時点における当該機能区分全体の予想年間販売額（機能区分が設定された時点において当該機能区分に属する全ての医療機器の推定適用対象患者数を基に計算した予想年間販売額をいう。）とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前に、市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

ii 機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更があった場合であって、当該機能区分が設定された日から10年を経過した後の最初の材料価格改定後の場合

基準年間販売額は、機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた日の直前の材料価格改定の時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。ただし、当該機能区分が、前回の材料価格改定以前（機能区分の定義又は算定に係る留意事項の変更がされた日以降に限る。）に市場拡大再算定の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における当該機能区分全体の年間販売額とする。

第4節 迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器の特例

第3章第5節の評価を受けた医療機器については、第1節による基準材料価格改定を行う際は、当該評価を医療機器の市場実勢価格から除外する。

また、当該医療機器については、第1節及び第2節による基準材料価格改定後の当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第5節 暫定機能区分に属する医療機器の特例

暫定機能区分に属するとされた医療機器については、第1節による基準材料価格改定を行う際は、期限付改良加算額を医療機器の市場実勢価格から除外した上で、暫定機能区分を新設する際に類似機能区分とした機能区分に属する医療機器として取り扱う。

また、当該暫定機能区分については、第1節及び第2節による基準材料価格改定後の当該類似機能区分の基準材料価格に当該加算を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

第6節 歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の別表第二第2章第12部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表7に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、第1節の規定にかかわらず、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して3月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表8に定める算式により算定される額に改定する。

第7節 中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第1節又は第2節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第5章 機能区分の見直しに伴う基準材料価格の算定

第1節 当該機能区分に既収載品が属する場合

既存機能区分の見直しが行われ、当該機能区分に既収載品（第3章第4節に該当する新規収載品を除く。）が属するものに係る基準材料価格については、市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額とする。ただし、当該機能区分に属する全ての既収載品の基準材料価格改定前の保険償還価格を、当該既収載品の年間販売量で加重平均した額を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

第2節 中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

第1節の規定にかかわらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第6章 保険上の算定制限の見直しに伴う基準材料価格の再評価

特定保険医療材料の保険上の算定制限の見直しが行われた場合は、必要に応じて、保険適用時の保険償還価格設定の状況及び保険上の算定制限の見直しに伴う状況の変化を踏まえ、再評価を行う。

第7章 費用対効果評価に基づく価格調整

第1節 対象とする医療材料

費用対効果評価に基づく価格調整の対象となる特定保険医療材料は、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●第●号、保発●第●号。以下「費用対効果評価通知」という。）に基づき費用対効果評価の対象品目に

指定され、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の結果が決定された特定保険医療材料とする。

第2節 基準材料価格の調整方法

対象品目が属する機能区分の基準材料価格について、費用対効果評価の結果及び別表9に定める算式により、第4章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定に限らず、価格調整を行う。なお、第4章で定める既存機能区分の基準材料価格の改定と費用対効果評価に基づく価格調整を同時に行う場合には、各品目の ICER（対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。）等は、当該特定保険医療材料及び比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）の改定後の価格に基づき算出したものを用いることとする。

第8章 実施時期等

第1節 実施時期等

- 1 本基準は、令和4年4月1日から適用する。ただし、材料価格基準において、当該機能区分の基準材料価格が保険医療機関等における購入価格によるものとされているものについては、保険医療機関等における実購入価格を当該特定保険医療材料の保険償還価格とする。
- 2 1により、保険医療機関等における実購入価格が保険償還価格とされている特定保険医療材料の基準材料価格を新たに設定する場合については、第5章の規定にかかわらず、当該機能区分に属する既収載品の税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税相当額を加えた額とする。

第2節 改正手続等

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の見直し等、特定保険医療材料の基準材料価格算定の基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

別表 1

補正加算の計算方法

1 基本的考え方

(1) 一つの補正加算に該当する場合
 加算額 = 算定値 × α (補正加算率)

(2) 複数の補正加算に該当する場合
 加算額 = 算定値 × (α₁ + α₂ + …)

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち保険医療材料等専門組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

加算係数 = 1.0 (開示度 ≥ 80%)
 加算係数 = 0.6 (50% ≤ 開示度 < 80%)
 加算係数 = 0.2 (開示度 < 50%)

2 各補正加算率の計算方法

(1) (2) 以外の場合

補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B) / \log(0.5 \times B/B)}$$

A : 当該新規掲載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)

B : 当該新規機能区分の類似機能区分が属する分野の基準材料価格を相加平均した額

X : 算定値

ただし、α の値は次の各区分に定める範囲内とする。

画期性加算 : 25/100 ≤ α ≤ 150/100
 有用性加算 : 2.5/100 ≤ α ≤ 45/100
 改良加算 : 2.5/100 ≤ α ≤ 30/100
 市場性加算 (I) : 5/100 ≤ α ≤ 15/100
 市場性加算 (II) : 1.5/100 ≤ α ≤ 4.5/100
 先駆加算 : 5/100 ≤ α ≤ 15/100
 特定用途加算 : 5/100 ≤ α ≤ 15/100

また、0.5A/100 ≤ α ≤ 1.5A/100 であり、A の範囲は次のとおり。

(改良加算について、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合及び期限付改良加算の場合は、1 ≤ A ≤ 10 とする。)

画期性加算 : 50 ≤ A ≤ 100
 有用性加算 : 5 ≤ A ≤ 30
 改良加算 : 1 ≤ A ≤ 20
 市場性加算 (I) : A = 10

市場性加算（Ⅱ）	$1 \leq A \leq 5$
先駆加算	$A = 10$
特定用途加算	$A = 10$

- (2) 補正加算前の額が1,000万円を超える医療機器（年間販売額（収載時にあつては(1)の補正加算率（ α ）に基づき算出したピーク時予測売上高）が50億円を超えるものに限る。）の場合

以下の算式により算出された補正加算率（ β ）に100を乗じた数を、（1）のAに置き換え、補正加算率（ α ）を算出する。

補正加算率（ β ）の算式

$$\beta = \frac{C}{100} \times 1.5^{\log(D/10,000,000) / \log(5,000,000/10,000,000)}$$

C：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)

D：当該新規機能区分の補正加算を行う前の額

別表 2

外国平均価格に基づく価格調整の計算方法

- 1 2以外の場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の1.25倍に相当する額を超える場合

$$\text{外国平均価格} \times 1.25$$

- 2 当該新規収載品が以下のいずれかを満たす場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の1.5倍に相当する額を超える場合

- イ ニーズ検討会における検討結果を踏まえ厚生労働省が行った開発要請又は公募に応じて開発されたもの（ニーズ検討会に係る評価を行う場合の要件を満たすものに限る。）
- ロ 医薬品医療機器等法第77条の2第1項の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定されたもの
- ハ 医薬品医療機器等法第77条の2第2項の規定に基づき、先駆的医療機器として指定されたもの
- ニ 医薬品医療機器等法第77条の2第3項の規定に基づき、特定用途医療機器として指定されたもの
- ホ 画期性加算又は有用性加算（10%以上の補正加算を受けたものに限る。）を受け、新たに機能区分を設定したもの（原価計算方式で同様の要件を満たすものを含む。）

$$\text{外国平均価格} \times 1.5$$

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の計算方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全} \\ \text{ての既収載品の保険医療} \\ \text{機関等における平均的購} \\ \text{入価格（税抜市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right] \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right] + \text{一定幅}$$

消費税率：消費税法(昭和 63 年法律第 108 号)第 29 条に定める率

地方消費税率：地方税法(昭和 25 年法律第 226 号)第 72 条の 83 に定める率

- (注) 1 令和 4 年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の 4/100 に相当する額とする。
- 2 機能区分の見直しが行われた区分における一定幅については、改定後の基準材料価格の基礎となる算定値（税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税及び地方消費税を加えた額）の 4/100 に相当する額とする。
- 3 再製造品が属する機能区分については、当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分とは別に基準材料価格改定を実施するが、改定後の基準材料価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の基準材料価格を超えない額とする。

別表 4

外国平均価格に基づく再算定の計算方法

次の算式により算定される額

ただし、市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値を超えることはできない。

$$\left(\begin{array}{l} \text{基準材料価格改定前の} \\ \text{当該機能区分の基準材} \\ \text{料価格} \end{array} \right) \times \frac{B \times 1.25}{A}$$

A：当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値

B：既存品外国平均価格

(注) 上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の 50/100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

市場拡大再算定対象機能区分の計算方法

市場拡大再算定対象機能区分に係る計算方法

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha \}$$

ただし、原価計算方式により算定され、年間販売額が 100 億円を超え 150 億円以下、かつ基準年間販売額の 10 倍以上となる場合

$$\text{材料価格改定前の基準材料価格} \times \{ (0.9)^{\log X / \log 10} + \alpha \}$$

(注) 上記算式による算定値が、原価計算方式により基準材料価格を算定した対象機能区分について材料価格改定前の基準材料価格の 75/100 に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により基準材料価格を算定した機能区分については材料価格改定前の基準材料価格の 85/100 を下回る場合には、当該額とする。

$$X \text{ (市場規模拡大率)} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{市場拡大再算定対象機能区分} \\ \text{の材料価格改定前の基準材料価格を基に} \\ \text{計算した年間販売額} \end{array} \right)}{\text{当該機能区分の基準年間販売額}}$$

α (補正加算率) : 個別の市場拡大再算定対象機能区分に属する医療機器について、第 3 章第 7 節に定める要件に該当する場合、補正加算の計算方法を準用して算定される補正加算率。

別表 6

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の 基準材料価格の改定方法

1 対象区分の選定の基準

- ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。
- イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。
(関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等。)
- ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。
(保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。)

2 算定方法

- 原価計算方式により算定すること。

別表 7

歯科用貴金属機能区分

品 名
歯科鑄造用 14 カラット金合金インレー用 (JIS 適合品)
歯科鑄造用 14 カラット金合金鉤用 (JIS 適合品)
歯科用 14 カラット金合金鉤用線 (金 58.33%以上)
歯科用 14 カラット合金用金ろう (JIS 適合品)
歯科鑄造用金銀パラジウム合金 (金 12%以上 JIS 適合品)
歯科用金銀パラジウム合金ろう (金 15%以上 JIS 適合品)
歯科鑄造用銀合金 第 1 種 (銀 60%以上インジウム 5%未満 JIS 適合品)
歯科鑄造用銀合金 第 2 種 (銀 60%以上インジウム 5%以上 JIS 適合品)
歯科用銀ろう (JIS 適合品)

別表 8

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

1 基準材料価格改定時における算式

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全} \\ \text{ての既記載品の保険医療} \\ \text{機関等における平均的購} \\ \text{入価格（税抜市場実勢價} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right] + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right] + \text{一定幅}$$

補正幅 = X - Y

X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降における金、銀及びパラジウムのそれぞれの取引価格の平均値に、別表 7 に定める当該機能区分に属する特定保険医療材料の標準的な金、銀及びパラジウムの含有比率をそれぞれ乗じて算定される額の合計額（以下「平均素材価格」という。）

Y = 材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

(注) 令和 4 年度基準材料価格改定における歯科用貴金属機能区分の一定幅は、改定前の基準材料価格の 4 / 100 に相当する額とする。

2 随時改定時における算式

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該機能区分に係る} \\ \text{随時改定時前の基準} \\ \text{材料価格} \end{array} \right] + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

$$\text{補正幅} = X - Y$$

X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格

Y = 当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

費用対効果評価に基づく価格調整の計算方法

1 価格調整対象

(1) 類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料

類似機能区分比較方式により算定された特定保険医療材料については、画期性加算、有用性加算又は改良加算のハ（以下「有用性系加算」という。）の加算部分割合を費用対効果評価による価格調整前の価格に乗じて得た額を価格調整対象とする。

加算部分割合は、基準材料価格算定時における価格（外国平均価格に基づく価格調整を受けた品目については、当該価格調整前の価格）に対する有用性系加算の加算額の割合とする。

(2) 原価計算方式により算定された特定保険医療材料

原価計算方式により算定された特定保険医療材料については、次のいずれかを価格調整対象とする。

① 令和2年4月1日以降に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア 開示度が50%以上の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。

イ 開示度が50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象となるものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に基準材料価格算定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

ウ 開示度が50%未満の品目であって、有用性系加算の加算対象とならないものについては、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

② 令和2年3月31日以前に基準材料価格が定められた特定保険医療材料

ア 開示度が50%以上の品目であって、営業利益率のプラスの補正（有用性系加算に相当する補正が行われた場合に限る。）の対象となったもの（以下「営業利益率補正品目」という。）については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合を乗じて得た額（以下「営業利益率補正部分」という。）を価格調整対象とする。

イ 開示度が50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目については、価格調整前の価格に基準材料価格算定時における営業利益率（基準材料価格算定時における営業利益率に対する補正率の割合を営業利益率に乗じて得た割合部分を除く。）を乗じて得た額（以下「営業利益部分」という。）及び営業利益率補正部分を価格調整対象とする。

ウ 開示度が50%未満の品目のうち、営業利益率補正品目以外のものについては、営業利益部分を価格調整対象とする。

2 価格調整の計算方法

(1) 類似機能区分比較方式又は原価計算方式（開示度が50%以上のものに限る。）により算定された特定保険医療材料

① 費用対効果評価による基準材料価格の算式

1 (1) 並びに 1 (2) ①ア及び②アに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、価格調整係数（ β ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

$$= \text{価格調整前の価格} - \text{価格調整対象} \times (1 - \beta)$$

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとに ICER を算出し、それぞれの ICER に応じた価格調整係数（ β ）を用いて分析対象集団ごとの価格（②ア i の場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 5% を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団の ICER が 200 万円/QALY 以下となる額とし、②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の 10% を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者 1 人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の 2 分の 1 に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数（ β ）

ア 対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が費用対効果評価における比較対照技術（比較対照品目を含む。以下同じ。）より増加し、ICER が算出可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当するもの 1.25

（一）対象品目に係るメタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究が、次のいずれにも該当すること。

（ア）対象品目に係る新規の臨床研究に関する論文が、impact factor（Clarivate analytics 社の “InCites Journal Citation Reports” により提供されている impact factor をいう。）の平均値（当該論文の受理又は論文掲載時から過去 5 年間の平均値）が 15.0 を超える学術誌に原著論文として受理されていること。

（イ）当該論文を受理した学術誌が、レビュー雑誌又は創刊 10 年以内の学術誌でないこと。

（ウ）当該臨床研究において、比較対照技術より効果が増加することが日本人を含むアジア人を対象とした集団において統計学的に示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ii ICER が 200 万円/QALY 未満の品目であって、価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しないもの又はいずれにも該当しないもの 1.0

iii ICER が 200 万円/QALY 以上 500 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 200 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目 1.0

iv ICER が 500 万円/QALY 以上 750 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 750 万円/QALY 以上 1,125 万円/QALY 未満の品目 0.7

v ICER が 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満の品目 0.4

vi ICER が 1,000 万円/QALY 以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされた ICER が 1,500 万円/QALY 以上の品目 0.1

イ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（ β ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

i 価格調整時点において、次の（一）及び（二）のいずれにも該当する品目 1.5

（一）対象品目の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であることが、メタ解析及びシステマティックレビューを除く臨床研究により示されていること。

（二）対象品目の基本構造や作用原理が比較対照技術と著しく異なる等一般的な改良の範囲を超えた品目であること。

ii 価格調整時点において、上記（一）若しくは（二）のいずれかに該当しない品目又はい

- ずれにも該当しない品目 1.0
- ウ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加し、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数（ β ）は0.1とする。
- エ 製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウの取扱いに関わらず、価格調整係数（ β ）は0.1とする。

（2）原価計算方式により算定された特定保険医療材料（開示度が50%未満のものに限る。）

① 費用対効果評価による価格の算式

1（2）①イ及びウ並びに1（2）②イ及びウに該当する品目は、次の算式により価格調整後の価格を算出する。なお、有用性系加算部分又は営業利益率補正部分に係る価格調整係数（ γ ）及び営業利益部分に係る価格調整係数（ θ ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の価格

＝価格調整前の価格

- － 有用性系加算部分（又は営業利益率補正部分） \times （ $1 - \gamma$ ）
- － 営業利益部分 \times （ $1 - \theta$ ）

ただし、当該対象品目が複数の分析対象集団を持つ場合にあっては、分析対象集団ごとにICERを算出し、それぞれのICERに応じた価格調整係数（ γ 及び θ ）を用いて分析対象集団ごとの価格（（1）②アiの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の5%を上回らない額とし、かつ価格調整後の価格で算出するそれぞれの分析対象集団のICERが200万円/QALY以下となる額とし、（1）②イの場合において、価格調整による引上げ額については、価格調整前の価格の10%を上回らない額とし、かつ対象品目の比較対照技術と比較した当該分析対象集団における患者1人当たりの費用削減額について、価格調整後の価格で算出する費用削減額が価格調整前の価格で算出する費用削減額の2分の1に相当する額を下回らない額とする。）を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均して算出したものを価格調整後の価格とする。

② 価格調整係数（ γ ）

価格調整係数（ γ ）は、それぞれ（1）②アからエに掲げる品目ごとに、それぞれ（1）②アからエに定める係数とする。

③ 価格調整係数（ θ ）

ア 対象となる特定保険医療材料の費用及び効果が比較対象技術より増加し、ICERが算出可能な場合、価格調整係数（ θ ）は次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める係数とする。

- i ICERが500万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY未満の品目 1.0
- ii ICERが500万円/QALY以上750万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満の品目 0.83
- iii ICERが750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満の品目 0.67
- iv ICERが1,000万円/QALY以上の品目又は総合的評価で配慮が必要とされたICERが1,500万円/QALY以上の品目 0.5

イ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し増加又は同等であり、かつ費用が削減され、ICERが算出不可能な場合、価格調整係数は1.0とする。

ウ 対象となる特定保険医療材料の効果が比較対照技術に対し同等であり、かつ費用が増加

- し、ICER が算出不可能な場合、価格調整係数（ θ ）は 0.5 とする。
- エ 製造販売業者による分析期間を超過した場合には、事前に製造販売業者に対して遅れた理由を確認した上で、その理由が妥当性を欠く場合は、上記のアからウの取扱いに関わらず、価格調整係数（ θ ）は 0.5 とする。

(3) 価格調整後の価格の下限

(1) 又は (2) により算出された価格が、次に掲げる品目ごとに、それぞれ次に定める価格を下回る場合には、それぞれ当該価格を価格調整後の価格とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の価格については、当該価格に基づき算出した ICER が 500 万円/QALY（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 750 万円/QALY）を下回らない額とする。

なお、1 (2) ②に該当する品目については、基準材料価格設定時における営業利益率補正割合を有用性系加算の加算率とみなして、本規定を適用する。

ア 有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率（別表 1 に規定する補正加算率を乗じる前の加算率をいう。以下同じ。）が 25%以下のもの

価格調整前の価格を 10%引き下げた額

イ 有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%以下のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$= 10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率}(\%) - 25}{15} (\%)$$

3 費用対効果評価通知に規定する H 5 区分に該当する品目の価格調整

H 5 区分に該当する品目の価格調整については、代表品目（費用対効果評価通知に規定する代表品目をいう。）と同様の価格調整を行うこととする。

医療機器の保険適用等に関する取扱いについて

1 保険医療機器の区分

医療機器（プログラム医療機器を含む。以下同じ。）の保険適用上の区分は次のとおりとする。

A 1（包括） 当該医療機器を用いた技術が、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定方法告示」という。）に掲げられている項目のいずれかによって評価され、保険診療で使用できるものであって、A 2（特定包括）・A 3（既存技術・変更あり）以外のもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

A 2（特定包括） 当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のうち特定のものにおいて評価され、保険診療で使用できる別に定める特定診療報酬算定医療機器の区分のいずれかに該当するもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

A 3（既存技術・変更あり） 当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されるが、算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

B 1（既存機能区分） 当該医療機器が、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号。以下「材料価格基準」という。）に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかに該当するもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

B 2（既存機能区分・変更あり） 当該医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分若しくは暫定機能区分のいずれかにおいて評価されるが、機能区分の定義又は算定にあたり定められている留意事項等に変更を伴うもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

B 3（期限付改良加算・暫定機能区分） 当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、材料価格基準において既存機能区分に対して期限付改良加算を付すことについて中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）における審議が必要なもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はR（再製造）に相当しないもの）

C 1（新機能） 当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（R（再製造）に相当しないもの）

C 2（新機能・新技術） 当該医療機器（改良がなされた医療機器を含む。）を用いた技術が算定方法告示において、新たな技術料を設定し評価すべきものであって、中医協において保険適用の可否について審議が必要なもの。

R（再製造） 当該再製造単回使用医療機器（以下「再製造品」という。）の原型医療機器が、材料価格基準に掲げられている機能区分又は暫定機能区分のいずれかに属するものであり、中医協において材料価格基準における新たな機能区分の設定について審議が必要なもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）に相当しないもの）

F 保険適用に馴染まないもの。

2 決定区分A 1（包括）、A 2（特定包括）又はB 1（既存機能区分）を希望する医療機器の保険適用 手続

(1) 保険適用希望書の提出

決定区分A 1（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）、A 2（特定包括）又はB 1（既存機能区分）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する承認若しくは認証を受けた後、又は届出（承認された事項の一部の変更に係る計画（以下「変更計画」という。）に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙 1、2 又は 3 に定める保険適用希望書を提出すること。なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。

また、新規掲載後に使用成績を踏まえた再評価に係る申請（以下「チャレンジ申請」という。）を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、令和4年3月31日までに決定区分A1（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）又はA2（特定包括）として保険適用された医療機器については、令和6年3月31日までの期間に限り、既掲載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

（2）保険適用時期

決定区分A1（包括）（別に定める医療機器に限る。）については、医薬品医療機器等法に規定する承認若しくは認証を受けた日、届出が受理された日又は変更計画に従った変更を行った日から保険適用とする。ただし、承認、認証、届出又は変更の前に、決定区分A1（包括）を希望しない旨の申出を行った場合はこの限りでない。

決定区分A1（包括）（別に定める医療機器以外の医療機器に限る。）、A2（特定包括）又はB1（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、決定区分に応じそれぞれ次のとおり保険適用する。ただし、（4）の保険適用不服意見書の提出を行った場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合はこの限りでない。

① 決定区分A1（包括）

保険適用希望書が受理された日（内容等に係る不備の補正が終了した日）から起算して、20日（ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日、1月2日、1月3日、12月29日、12月30日及び12月31日（以下「休日等」という。）を除いて計算する日数とする。）を経過した日から保険適用とする。

② 決定区分A2（特定包括）及びB1（既存機能区分）

各月10日までに保険適用希望書が受理された（内容等に係る不備の補正が終了した）ものについては、原則として、翌月1日から保険適用する。

（3）決定案の事前連絡

決定区分A1（包括）、A2（特定包括）又はB1（既存機能区分）として希望のあった医療機器が希望する機能区分等（決定区分A1（包括）については当該決定区分を、A2（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、B1（既存機能区分）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

(4) 保険医療材料等専門組織の関与

- ① 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙8に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。
- ② 提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、決定区分を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。
- ③ 決定区分A1（包括）、A2（特定包括）又はB1（既存機能区分）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合には、チャレンジ申請を行うことの妥当性について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた際には、保険医療材料等専門組織は、当該製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも2年に1回以上の定期的な報告を求める。ただし、データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。また、製造販売業者のうち、希望するものは、1回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。
- ④ チャレンジ申請を行うことの妥当性に関する保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。

(5) 保険適用等の決定通知

決定区分A2（特定包括）又はB1（既存機能区分）として希望のあった医療機器について、保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等及び都道府県知事に対し通知する。

- ① 決定区分及び機能区分等
- ② 保険適用開始年月日

(6) 決定区分非A1（包括）、非A2（特定包括）又は非B1（既存機能区分）の取扱い

- ① 決定区分A1（包括）、A2（特定包括）又はB1（既存機能区分）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Fの場合を除き、それぞれ非A1（包括）、非A2（特定包括）又は非B1（既存機能区分）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記2の(2)と同様とする。

- ② 決定区分非A1（包括）、非A2（特定包括）又は非B1（既存機能区分）として決定された医療機器については、他の機能区分等による再希望を妨げない。

3 決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の保険適用手続

(1) 保険適用希望書の提出

決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、又は届出（承認された事項の一部の変更に係る計画（以下「変更計画」という。）に従った変更に係る届出を含む。）が受理された後、それぞれの区分に応じ別紙4に定める保険適用希望書を提出すること。なお、変更計画に従った変更に係る届出に伴い保険適用希望書を提出する場合、保険適用となる日が当該変更を行う日以降となるように保険適用希望書を提出し、当該変更が行われなかった場合は、当該変更に係る保険適用希望書を取り下げること。

また、新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、令和4年3月31日までに決定区分A3（既存技術・変更あり）として保険適用された医療機器については、令和6年3月31日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

(2) 審査に係る標準的な事務処理期間

決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）を希望する場合、各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して4月（審査に係る標準的な事務処理期間が80日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、(4)④の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

(3) 上記(2)の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

- ① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間
- ② 追加資料の要求等に係る期間
- ③ 休日等

(4) 保険医療材料等専門組織の関与

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、変更希望のあった内容について取扱いを決定する。なお、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

① 決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器の変更希望内容等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、1回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 既存の機能区分の定義、算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

ウ 既存の算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項を見直す場合の妥当性

エ 決定区分A3（既存技術・変更あり）として希望のあった医療機器において、当該医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しを検討する基準の設定

オ 決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）として希望のあった医療機器において保険収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

② 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。

③ チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた場合には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも2年に1回以上の定期的な報告を求める。なお、データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。

④ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙7-2に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙8に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

⑤ 提出された不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。

(5) 保険適用時期

決定区分A3（既存技術・変更あり）又はB2（既存機能区分・変更あり）として決定された医療機器については、決定された月の翌月1日から保険適用するものとする。

(6) 保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

(ア) 決定区分及び機能区分等

(イ) 保険適用開始年月日

4 決定区分C1（新機能）、C2（新機能・新技術）、B3（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）を希望する医療機器の保険適用手続

(1) 保険適用希望書の提出

決定区分C1（新機能）、C2（新機能・新技術）、B3（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）を希望する医療機器の製造販売業者は、医薬品医療機器等法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙5、6又は7に定める保険適用希望書を提出すること。

新規収載後にチャレンジ申請を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。

なお、新規収載時にチャレンジ申請を行うことが妥当であると認められた製品であって、特定保険医療材料であるものについてチャレンジ申請を行う場合は、C1（新機能）の例に準じること。

また、技術料に一体として包括して評価される医療機器についてチャレンジ申請を行う場合は、C2（新機能・新技術）の例に準じ、保険医療材料等専門組織において、再評価の妥当性等に係る審議を行うこととする。保険医療材料等専門組織における審議の内容（製造販売業者による意見表明を含む。）及び結果を踏まえ、直近の診療報酬改定（保険医療材料等専門組織における審議の結果が当該診療報酬改定の前年の10月以降に定められた場合には、その次の診療報酬改定）において技術料の見直しを行うこととし、具体的な評価については、医療技術評価分科会において審議することとする。ただし、令和4年3月31日までに決定区分C2（新機能・新技術）で、技術料に一体として包括して評価される医療機器については、令和6年3月31日までの期間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

ただし、当該医療機器が後発医療機器（薬事承認時における区分が後発医療機器、薬事認証品又は届出品）である場合については、別紙12により後発医療機器であるにも関わらずC1（新機能）、C2（新機能・新技術）又はB3（期限付改良加算・暫定機能区分）を希望することに係る理由書を提出することとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

(2) 審査に係る標準的な事務処理期間

① 決定区分C 1（新機能）、B 3（期限付改良加算・暫定機能区分）、R（再製造）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して4月（審査に係る標準的な事務処理期間が80日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、(5)③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

② 決定区分C 2（新機能・新技術）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して5月（審査に係る標準的な事務処理期間が100日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、(5)③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

(3) 上記(2)の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

- ① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間
- ② 追加資料の要求等に係る期間
- ③ 休日等

(4) 保険適用希望者からの意見聴取

決定区分C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）、B 3（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として希望のあった医療機器については、当該保険適用希望書の審査に際し必要に応じ製造販売業者から意見を聴取する。

(5) 保険医療材料等専門組織の関与と中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、材料価格基準への収載における取扱いを決定する。なお、プログラム医療機器については、保険医療材料等専門組織における検討に先立ち、その開発・改修等が終了しており、保険適用後遅滞なく、販売等が開始できることを確認し、確認内容について保険医療材料等専門組織に報告するものとする。

- ① 決定区分C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）若しくはR（再製造）として希望のあった医療機器の機能区分設定等又は決定区分B 3（期限付改良加算・暫定機能区分）として希望のあった医療機器にあつては既存機能区分に対する補正加算率等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提

出した製造販売業者であって、希望するものは、1回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）、B 3（期限付改良加算・暫定機能区分）

又はR（再製造）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 類似機能区分の有無（類似機能区分比較方式か原価計算方式かの妥当性）

ウ 類似機能区分選定の妥当性（暫定価格による保険償還を希望する場合を含む。）

エ 補正加算又は減額の適用の妥当性（補正加算の場合は加算要件への適否）

オ 補正加算を期限付改良加算として適用する場合、その妥当性（加算要件への適否）

カ 製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料等専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

キ 当該再製造品の原型医療機器が属する機能区分及び再製造係数の妥当性（決定区分R（再製造）の場合）

ク 価格調整における類似外国医療機器の選定の妥当性

なお、保険医療材料等専門組織は、外国平均価格や各国の価格が大きく異なる場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、販売実績などを含めた外国価格の参考となる資料の提出を求めることができる。

ケ 新規の機能区分の定義の妥当性

コ 当該医療機器を用いる技術が評価されている算定方法告示項目選定の妥当性（決定区分C 1（新機能）の場合）

サ 当該機能区分の基準年間販売額（決定区分C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）、又はR（再製造）の場合）

シ 当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示項目選定の妥当性及び両者の技術的相違点（決定区分C 2（新機能・新技術）の場合）

ス 当該医療機器を用いる技術として準用する算定方法告示に掲げられる技術料の算定に係る留意事項（施設基準に係る留意事項を含む。）の見直しに係る妥当性（決定区分C 2（新機能・新技術）の場合）

セ 当該医療機器を用いる技術を評価する技術料の見直しを検討する基準の設定（決定区分C 2（新機能・新技術）の場合）

ソ 当該医療機器の新規収載後にチャレンジ申請を希望する場合は、チャレンジ申請を行うことの妥当性

なお、チャレンジ申請を行うことの妥当性が認められた場合には、保険医療材料等専門組織は、当該医療機器の製造販売業者に対し、収載後のデータ集積状況や臨床成績等について、少なくとも2年に1回以上の定期的な報告を求める。データ収集困難等の正当な理由があるものであって、当該医療材料の再評価の希望の取り下げが認められた場合には、その後の定期的な報告は不要とする。

タ 費用対効果評価の指定基準の該当性

- ② 保険医療材料等専門組織の検討を経た決定案（暫定価格を希望している場合は選定した類似機能区分及び基準材料価格を含む。）は、中医協総会での審議の前にその理由を付記し製造販売業者に通知する。
- ③ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙7-2に定める同意書を提出することとする。また、通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙8に定める保険適用不服意見書を提出することができる。
- ④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、更に不服の有無について確認する。
- ⑤ C1（新機能）、C2（新機能・新技術）、B3（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として通知した決定案について製造販売業者の不服がないことを確認した医療機器及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された機能区分（B3（期限付改良加算・暫定機能区分）にあつては既存機能区分に対する補正加算率）については中医協総会で審議し、その了承を求める。
- ⑥ 中医協総会の審議において、当該新規医療機器について保険適用を行わないこととされた場合には、製造販売業者は、1回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

(6) 保険適用時期

決定区分C1（新機能）、B3（期限付改良加算・暫定機能区分）又はR（再製造）として決定された医療機器及び決定区分C2（新機能・新技術）として決定された医療機器については、1年に4回を標準として保険適用する。保険適用時期については、3月、6月、9月及び12月を基準とする。なお、医薬品の適応判定の補助を目的として使用される医療機器については、決定区分C

2（新機能・新技術）として決定されたものであっても、当該医薬品の保険適用状況を踏まえ、特例として、当該医療機器の保険適用を決定した月の翌月1日から保険適用することができる。

ただし、いずれの場合においても、診療報酬改定が行われる前後1か月以内に当たる場合には、この限りでない。

（7）保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

- ① 決定区分
- ② 保険適用開始年月日
- ③ 暫定価格等

（8）決定区分非C1（新機能）、非C2（新機能・新技術）の取扱い

- ① 決定区分C1（新機能）又はC2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器が保険医療材料等専門組織により当該区分に該当しないと判断された場合は、決定区分Fの場合を除き、それぞれ非C1（新機能）又は非C2（新機能・新技術）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記3（2）と同様とする。

- ② 決定区分非C1（新機能）又は非C2（新機能・新技術）として決定された医療機器については、決定された日をもって当該区分として保険適用希望書を受理したものと見なし、その保険適用時期は2（2）に準じることとする。

5 機能区分の設定及び見直しに係る手続

（1）新規機能区分設定に係る手続

- ① 新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効果等）からみて、既存の機能区分とは明らかに異なるものと認められる場合（再製造品は除く。）には、新規機能区分を設定する。
- ② 再製造品については、当該再製造品の原型医療機器が属する既存機能区分とは別に新規機能区分を設定する。なお、機能区分を決定する再製造品の原型医療機器と同一機能区分に属する別の原型医療機器に、再製造品がある場合にあっては、当該再製造品と同一の機能区分とする。
- ③ 新規機能区分の設定にあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議する。

（2）既存機能区分の見直しに係る手続

- ① 既存機能区分の見直しが必要な場合は、基準材料価格改定にあわせて見直しを行う。なお、機能区分の見直しが行われた際は、市場拡大再算定における基準年間販売額の見直しを行う。
- ② 既存の機能区分の見直しにあたっては、保険医療材料等専門組織の検討を経て、中医協において審議する。検討にあたっては、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。

6 再算定手続

材料価格基準に規定する機能区分のうち、基準材料価格改定の際に、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和●年●月●日保発●第●号）に規定する市場拡大又は外国平均価格に基づく再算定により基準材料価格を改定することとされている機能区分については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し決定する。

- (1) 材料価格改定年の前年において市場拡大に基づく再算定の要件に該当するとされる機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙9に定める再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。また、各機能区分に属する医療機器の外国価格については、関係する製造販売業者から、毎年、別紙10に定める外国価格報告書の提出を求める。
- (2) 提出された要件該当性検討資料及び外国価格報告書に基づき（製造販売業者から外国価格報告書の提出がない場合は、この限りでない。）、保険医療材料等専門組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定の対象として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者に通知する。なお、市場拡大再算定の要件に該当する機能区分に属する既収載品のうち、保険医療材料等専門組織において市場における競争性が乏しいと認められたものについては、5（2）の手続に準じて当該既収載品の属する機能区分の見直しを行った上で、市場拡大再算定の対象からは除く。
- (3) 通知された再算定案に対して、不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙11に定める再算定案不服意見書を提出することができる。
- (4) 再算定案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。
当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度再算定案を決定する。この再算定案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。
- (5) 通知した再算定案について、製造販売業者に不服がないことを確認した機能区分及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に再算定が適切と認められる機能区分については、当該再算定案をもって中医協総会で審議する。
- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

- (7) 中医協総会で了承された再算定対象機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者にその旨を通知した上で、その後の基準材料価格改定時に再算定により基準材料価格を改定する。

7 既存医療機器を用いる技術に係る技術料の見直しに係る手続

(1) 技術料の見直しを検討する基準の設定に係る手続

決定区分A3（既存技術・変更あり）又はC2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器については、3（4）又は4（5）に規定する手続に則り、保険医療材料等専門組織における保険適用に係る決定案の策定時に、技術料の見直しを検討する基準（以下「見直し基準」という。）の設定についても検討を行う。

また、令和2年3月31日以前に保険収載された悪性腫瘍に係る遺伝子検査については、当該技術の収載時点のピーク時市場規模予測の2倍に相当する年間算定額を、技術料の見直し基準とする。

(2) 設定された見直し基準を上回った技術料の見直しに係る手続

技術料の見直し基準が設定された技術のうち、診療報酬改定の際に、年間算定額が見直し基準を上回ることを確認された技術については、次の手順により見直し要件への該当性を検討し決定する。

- ① 診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる技術については、当該技術に用いる医療機器の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙9に定める要件該当性検討資料の提出を求める。
- ② 提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該技術に用いる医療機器の製造販売業者に通知する。
- ③ 通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙11に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。
- ④ 技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該医療機器の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

- ⑤ 通知した見直し案について、製造販売業者等に不服がないことを確認した技術及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた技術については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

8 既記載品に係る費用対効果評価の手続

材料価格基準に規定する機能区分に属する特定保険医療材料のうち、「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」（令和●年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する費用対効果評価の対象となる可能性のある品目については、次の手順により費用対効果評価の指定基準の該当性を検討する。なお、厚生労働省は、対象品目案の検討に当たって、必要に応じ保険医療材料等専門組織の意見を聴くことができる。

- (1) 費用対効果評価の指定基準を満たす可能性のある品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙 13 に定める費用対効果評価指定基準該当性検討資料の提出を求める。
- (2) 当該資料に基づき、費用対効果評価の指定基準の該当性を検討し、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該品目の製造販売業者に通知する。
- (3) 通知された費用対効果評価の対象品目案（以下「対象品目案」という。）に対して、不服がある製造販売業者は、別紙 14 に定める費用対効果評価の対象品目案不服意見書を別に指定する期限までに提出することができる。この場合、通知された費用対効果評価の対象品目案が適当ではないと主張する理由について「医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて」に基づいて説明する資料を根拠とともに添付する。不服がない場合は、当該品目案について中医協で審議する。
- (4) 費用対効果評価の対象品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。当該意見を踏まえ、厚生労働省において検討を行い、再度対象品目案を決定する。この対象品目案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。
- (5) 通知された対象品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても厚生労働省の検討を経て最終的に費用対効果評価が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。
- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、費用対効果評価の対象とする。

9 保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙1～14を取り下げる場合は、別紙15に定める医療機器保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

10 その他

(1) 事前相談

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

(2) 医療機器の供給について

- ① 製造販売業者は、その販売等を行う医療機器が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく、販売等を行い、当該医療機器の医療機関への供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。
- ② 保険適用された医療機器について、安定供給が困難な事態に至るおそれがある場合には、別に定める方法により遅滞なく報告するものとする。
- ③ 特にやむを得ない正当な理由がなく、①及び②の規定が履行されなかった場合又はされないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る医療機器について、保険適用の手続を保留することができる。
- ④ ②の報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

医療機器保険適用希望書
(決定区分A2 (特定包括))

希望する特定診療報酬算定 医療機器の区分			
保険適用希望種別	1. 新規 2. 販売名、製品名、製品コードの追加・変更 3. 使用目的又は効果の追加・変更		
算定する関連診療報酬項目			
販売名			
製品名・製品コード	製品名		製品コード
類別		一般的名称	
承認番号 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
製品概要			
医療機関向け取扱い説明書 又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書 パンフレット	有 有	無 無
メンテナンスの要・不要	要	・	不要
希望小売価格 (参考)			
担当者連絡先	担当者名 :	電話番号 :	
		E-mail :	
備考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

厚生労働大臣 殿

医療機器保険適用希望書
(決定区分B1 (既存機能区分))

希望する特定保険医療材料の区分	機能区分コード			
	B			
保険適用希望種別	1. 新規 2. 販売名、製品名、製品コードの追加・変更 3. 使用目的又は効果の追加・変更			
関連する診療報酬項目				
販売名				
製品名・製品コード	製品名		製品コード	
類別		一般的名称		
承認番号、 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 (及び最終一部変更年月日)		
製品概要				
医療機関向け取扱い説明書 又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書 パンフレット	有 有	・ ・	無 無
メンテナンスの要・不要	要	・	不要	
使用成績を踏まえた 再評価希望の有無	有	・	無	
歯科材料該当性の有無	有	・	無	
希望小売価格 (参考)				
担当者連絡先	担当者名 :	電話番号 :	E-mail :	
備考				

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書
 [決定区分 A 3 (既存技術・変更あり)、B 2 (既存機能区分・変更あり)]

販売名			
製品名・製品コード	製品名		製品コード
類別		一般的名称	
承認番号、 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
製品概要			
変更希望の概要			
使用成績を踏まえた 再評価希望の有無	有・無		
歯科材料該当性の有無	有・無		
担当者連絡先	担当者名：	電話番号：	E-mail：
備考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日
 住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

厚生労働大臣 殿

別紙5

医療機器保険適用希望書

〔決定区分C1（新機能）、C2（新機能・新技術）、B3（期限付改良加算・暫定機能区分）（類似機能区分がある場合）〕

販売名			
製品名・製品コード		製品名	製品コード
類別		一般的名称	
承認番号、 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
製品概要			
医療機関向け取扱い説明書 又はパンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書 パンフレット	有 有	・ 無 ・ 無
メンテナンスの要・不要	要 ・ 不要		
算定希望内容	算定方式	類似機能区分比較方式	
	類似機能区分		
	補正加算		
	算定希望価格		
	外国平均価格及び外国 平均価格との比		
	迅速な保険導入に 係る評価の希望の有無	有	・ 無
	暫定価格希望の有無	有	・ 無
	使用成績を踏まえた再 評価希望の有無	有	・ 無
	歯科材料該当性の有無	有	・ 無
担当者連絡先	担当者名：	電話番号：	E-mail：
備考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書

〔決定区分C1（新機能）、C2（新機能・新技術）（類似機能区分がない場合）〕

販売名				
製品名・製品コード		製品名	製品コード	
類別		一般的名称		
承認番号、 認証番号又は 届出番号		承認年月日、 認証年月日又は 届出年月日 <small>（及び最終一部変更年月日）</small>		
製品概要				
医療機関向け取扱い説明書 又はパンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書 パンフレット	有 有	無 無	
メンテナンスの要・不要	要	不要		
算定希望内容	算定方式	原価計算方式		
	原価計算	原材料費		
		一般管理販売費		
		研究開発費		
		営業利益		
		流通経費		
		消費税相当額		
		算定希望価格		
	外国平均価格及び外国平均価格との比			
	迅速な保険導入に係る評価の希望の有無	有	無	
使用成績を踏まえた再評価希望の有無	有	無		
歯科材料該当性の有無	有	無		
担当者連絡先	担当者名：	電話番号：	E-mail：	
備考				

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

医療機器保険適用希望書
〔決定区分 R (再製造)〕

販売名			
製品名・製品コード		製品名	製品コード
類 別		一般的名称	
承認番号又は認 証番号		承認年月日又は 認証年月日 (及び最終一部変更年月日)	
製品概要			
医療機関向け取扱い説明書 又はパンフレットの有無		医療機関向け取扱い説明書 パンフレット	有 ・ 無 有 ・ 無
メンテナンスの要・不要		要 ・ 不要	
算定希望 内容	算定方式	類似機能区分比較方式	
	類似機能区分		
	算定希望価格		
	外国平均価格及び外国 平均価格との比		
	迅速な保険導入に 係る評価の希望の有無	有 ・ 無	
	歯科材料該当性の有無	有 ・ 無	
担当者連絡先	担当者名 :	電話番号 :	E-mail :
備 考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

厚生労働大臣

殿

同意書

販売名			
保険適用希望書提出日			
承認番号又は認証番号			
決定区分案		算定方式	
類似機能区分・決定機能区分		補正加算	
原型医療機器		再生製造係数	
材料価格案・保険点数案・ 準用保険点数案			
	販売金額	本医療機器使用患者数	
初年度			
2年度			
3年度			
4年度			
5年度			
6年度			
7年度			
8年度			
9年度			
10年度			
担当者連絡先	担当者名：	電話番号：	
		E-mail：	
備考			

上記により、通知された決定案に同意します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

保険適用不服意見書

販売名	
通知された決定案 決定案： 費用効果評価の指定基準の該当性：	
決定案に対する意見	
新規文献等の提出の有無	有 ・ 無
担当者連絡先	担当者名： 電話番号： E-mail：

上記により、通知された決定案に対する意見書を提出します。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

別紙9

再算定候補機能区分及び技術料見直し要件該当性検討資料
(要件該当性検討資料)

区分	市場拡大再算定・技術料の見直し		
名称等	対象機能区分 もしくは 対象技術		
	販売名等	販売名	前年度販売実績及び販売額
使用目的又は効果			
承認日、承認番号 再審査期間 一部変更承認日 再審査期間			
これまでの再算定			
1) 市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、機能区分設定時、技術料の設定又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額（又はピーク時市場規模）を添付 2) 市場拡大再算定もしくは技術料の見直しの場合は、製品概要について添付 3) 市場における競合性が乏しいと考えられる医療機器については、その妥当性の説明資料を添付			
担当者連絡先		担当者名：	電話番号：
			E-mail：

上記により、要件該当性検討資料を提出します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

再算定案不服意見書／技術料見直し案不服意見書

通知された再算定案（技術料見直し案）の概要対象となる機能区分名（技術）

対象となる機能区分（技術）コード

再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見及びその根拠

担当者連絡先

担当者名：

電話番号：

E-mail：

上記により、通知された再算定案（技術料見直し案）に対する不服意見を提出します。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書等取下げ書

提出年月日			
提出書類名			
販売名			
製品名・製品コード	製品名	製品コード	
承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
担当者連絡先	担当者名 電話番号： E-mail：		
取下げ理由			

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣 殿

体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて（案）

1 保険適用上の区分

体外診断用医薬品の保険適用上の区分は、それぞれ次のとおりとする。

E 1（既存項目）	測定項目、測定方法とも既存の品目
E 2（既存項目・変更あり）	測定項目は新しくないが測定方法等が新しい品目で、E 3（新項目、改良項目）に該当しないもの
E 3（新項目、改良項目）	測定項目が新しい品目又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存測定項目
F	保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められないもの

2 保険適用の手続

(1) 区分 E 1（既存項目）

ア 保険適用希望書の提出

区分 E 1（既存項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）の規定に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）を受けた後、別紙 1 に定める保険適用希望書を提出するものとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ 保険適用時期

区分 E 1（既存項目）として保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、保険適用希望書を受理した日から起算して 20 日を経過した日から保険適用するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出が行われ、保険医療材料等専門組織で区分 E 1（既存項目）として決定した場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合又は追加資料の要求等を行った場合についてはこの限りではない。

ウ 決定案の事前連絡

区分 E 1（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が、当該区分に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由とともに決定案を通知する。

エ 保険医療材料等専門組織の関与

- ① 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1 回に限り別紙 2 に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料等専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。
- ② 提出された保険適用不服意見書を踏まえ、保険医療材料等専門組織において

検討を行い、当該保険適用不服意見書を踏まえた決定案を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

オ 区分非E 1（既存項目）の取扱い

- ① 区分E 1（既存項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合は、区分Fに該当する場合を除き、それぞれ非E 1（既存項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記イと同様とする。

- ② 区分非E 1（既存項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

(2) 区分E 2（既存項目・変更あり）又は区分E 3（新項目、改良項目）

ア 保険適用希望書の提出

区分E 2（既存項目・変更あり）又は区分E 3（新項目、改良項目）の保険適用を希望する体外診断用医薬品の製造販売業者は、薬事承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ、別紙1に定める保険適用希望書を提出するものとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

イ 審査に係る標準的な事務処理期間

保険診療上有用性があると認められる場合にあっては、保険適用希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して5月（審査に係る標準的な事務処理期間が100日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに、保険適用を認める旨を決定するものとする。ただし、エの保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りではない。

また、保険適用希望書の提出のあった体外診断用医薬品について、保険診療上の有用性に関し、明確な立証があったと認められない場合は、区分Fに該当するものとして、保険適用しない。

ウ 製造販売業者からの意見聴取

保険適用希望書の提出があった体外診断用医薬品については、当該保険適用希望書の審査に際し、必要に応じ、製造販売業者から意見を聴取するものとする。

エ 保険医療材料等専門組織の関与と中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）による承認

保険適用希望書の内容を審査の上、次の手順に従い、診療報酬における取扱いを決定する。

- ① 区分E 2（既存項目・変更あり）又は区分E 3（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品の診療報酬における取扱い等に関し、次の事項について保険医療材料等専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、1回に限り決定案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

- 1) 区分E 2 (既存項目・変更あり) 又は区分E 3 (新項目、改良項目) として希望のあった体外診断用医薬品について、区分案の妥当性
 - 2) 既存の測定項目選定の妥当性 (区分E 2 (既存項目・変更あり) の場合)
 - 3) 当該体外診断用医薬品を用いた新規測定項目の算定に当たって準用する既存の測定項目選定の妥当性及び両者の技術的相違点 (区分E 3 (新項目、改良項目) の場合)
 - 4) 当該体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しを検討する基準の設定 (区分E 2 (既存項目・変更あり) 又は区分E 3 (新項目、改良項目) の場合)
- ② 保険医療材料等専門組織の検討を経た区分案は、その理由を付記し製造販売業者に通知する。
 - ③ 通知した決定案に同意する製造販売業者は、別紙2に定める同意書を提出すること。また、通知した区分案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙3に定める保険適用不服意見書を提出することができる。
 - ④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、さらに不服の有無について確認する。

- ⑤ 区分E 2 (既存項目・変更あり) として通知した区分案については、保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案をもって保険適用するものとする。
- ⑥ 区分E 3 (新項目、改良項目) として通知した区分案について製造販売業者の不服がないことを確認した体外診断用医薬品及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案については、中医協総会で審議し、その了承を求める。

なお、中医協総会の審議において、当該体外診断用医薬品について保険適用しないこととされた場合には、製造販売業者は、1回に限り根拠となる資料を添えて不服意見書を提出することができる。

オ 保険適用時期

区分E 2 (既存項目・変更あり) 又は区分E 3 (新項目、改良項目) として保険適用を認める旨決定を行った体外診断用医薬品については、当該決定を行った月の翌月1日から保険適用するものとする。

カ 区分非E 2 (既存項目・変更あり) 又は区分非E 3 (新項目、改良項目) の取扱い

- ① 区分E 2 (既存項目・変更あり) 又は区分E 3 (新項目、改良項目) として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合

は、区分Fに該当する場合を除き、それぞれ区分非E 2（既存項目・変更あり）又は区分非E 3（新項目、改良項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記2(2)イと同様とする。

- ② 区分非E 2（既存項目・変更あり）又は区分非E 3（新項目、改良項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

- (3) (1)イの保険適用までの期間及び(2)イの審査に係る標準的な事務処理期間からは、次に掲げるものを除く。

ア 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

イ 追加資料の要求等に係る期間

ウ 土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日、1月2日、1月3日、12月29日、12月30日及び12月31日

3 既存体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しに係る手続

- (1) 測定項目の技術料の見直しを検討する基準の設定に係る手続

区分E 2（既存項目・変更あり）又は区分E 3（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品については、2(2)に規定する手続に則り、保険医療材料等専門組織における保険適用に係る決定案の策定時に、測定項目の技術料の見直しを検討する基準（以下「見直し基準」という。）の設定についても検討を行う。

また、令和2年3月31日以前に保険収載された悪性腫瘍に係る遺伝子検査等については、当該測定項目の収載時点のピーク時市場規模予測の2倍に相当する年間算定額を、技術料の見直し基準とする。

- (2) 設定された見直し基準を上回った測定項目の技術料の見直しに係る手続

技術料の見直し基準が設定された測定項目のうち、診療報酬改定の際に、年間算定額が見直し基準を上回ることが確認された測定項目については、次の手順により見直し要件への該当性を検討し決定する。

ア 診療報酬改定年の前年において、技術料の見直しの要件に該当すると考えられる測定項目については、当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙4に定める技術料見直し要件該当性検討資料（以下「要件該当性検討資料」という。）の提出を求める。

イ 提出された要件該当性検討資料に基づき、保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しの要件への該当性を検討し、技術料見直しの対象として妥当と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該測定項目に用いる体外診断用医薬品の製造販売業者に通知する。

ウ 通知された見直し案に対して、不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙5に定める技術料見直し案不服意見書を提出することができる。

エ 技術料見直し案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間

の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。なお、この際、当該体外診断用医薬品の臨床上の使用方法等に関する専門家等が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度見直し案を決定する。この見直し案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

オ 通知した見直し案について、製造販売業者に不服がないことを確認した測定項目及び製造販売業者等の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て技術料の見直しが妥当と認められた測定項目については、当該見直し案をもって技術料の見直しについて中医協総会で審議する。

4 保険適用希望書等の取下げについて

やむを得ない理由により、提出した別紙1～5を取り下げる場合は、別紙6に定める体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書により取下げを行うことができる。

5 事前相談について

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等の保険適用手続に関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

6 体外診断用医薬品の供給について

(1) 製造販売業者は、その販売等を行う体外診断用医薬品が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、保険適用後遅滞なく販売等を行い、当該体外診断用医薬品の供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

(2) 当該体外診断用医薬品について、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。

(3) 特にやむを得ない正当な理由がなく、(1)及び(2)の規定が履行されなかった場合又は履行されないと判断される場合には、その改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者から提出された全ての保険適用希望書に係る体外診断用医薬品について、保険適用の手続を保留することができる。

保険適用不服意見書

販売名	
通知された区分案 区分案：	
区分案に対する意見	
区分案について	
新規文献等の提出の有無	有 ・ 無
担当者連絡先	担当者名： 電話番号： E-mail：

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

技術料見直し要件該当性検討資料（要件該当性検討資料）

区分	技術料の見直し		
名 称 等	対象測定項目		
	販売名等	販売名	前年度販売実績及び販売額
使用目的、効能又は効果			
承認日、承認番号 再審査期間 一部変更承認日 再審査期間			
これまでの見直し			
1) 測定項目の収載時点又は直近の技術料の見直し時点での基準年間販売額（又はピーク時市場規模）を添付 2) 製品概要を添付			
担当者連絡先		担当者名：	電話番号：
			E-mail：

上記により、通知された決定案に対する意見を提出します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

技術料見直し案不服意見書

通知された技術料見直しの対象となる測定項目名	
対象となる測定項目コード	
技術料見直し案に対する不服意見及びその根拠	
担当者連絡先	担当者名： 電話番号： E-mail：

上記により、通知された技術料見直し案に対する不服意見を提出します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

体外診断用医薬品保険適用希望書等取下げ書

提出年月日			
提出書類名			
販売名			
製品名・製品コード	製品名	製品コード	
承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
担当者連絡先	担当者名	電話番号：	E-mail：
取下げ理由			

上記により、保険適用希望書等の取り下げを希望します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣

殿

医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて（案）

1 対象品目の指定

(1) 対象品目の指定基準

医薬品、医療機器及び再生医療等製品については、次のいずれにも該当する品目を、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象として指定する。

① 次のいずれかの区分に該当すること。

ア H1区分 平成31年4月1日以降に保険適用された品目のうち、次のいずれかに該当し、かつ、ピーク時予測売上高が100億円以上であるもの

i 類似薬効比較方式（「薬価算定の基準について」（令和●年●月●日保発●●第●号）第1章に定める類似薬効比較方式（I）及び類似薬効比較方式（II）をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算（I）若しくは有用性加算（II）（以下「有用性系加算（医薬品等）」という。）の対象であるもの又は類似機能区分比較方式（「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（令和4年●月●日保発●●第●号）第1章に定める類似機能区分比較方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、画期性加算、有用性加算若しくは改良加算のハ（以下「有用性系加算（医療機器等）」という。）の対象であるもの

ii 原価計算方式（医薬品及び医薬品の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医薬品等」という。）については「薬価算定の基準について」第1章に定める原価計算方式をいい、医療機器及び医療機器の例により取り扱う再生医療等製品（以下「医療機器等」という。）については「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第1章に定める原価計算方式をいう。以下同じ。）により算定されたもののうち、医薬品等若しくは令和2年4月1日以降に保険適用された医療機器等であって有用性系加算（医薬品等）若しくは有用性系加算（医療機器等）の対象であるもの又は令和2年3月31日以前に保険適用された医療機器等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもの（有用性系加算（医療機器等）に相当する補正が行われた場合に限る。）

iii 原価計算方式により算定されたもの（iiに該当するものを除く。）のうち、開示度（製品総原価に占める薬価算定組織又は保険医療材料等専門組織での開示が可能な額の割合をいう。）が50%未満のもの

イ H2区分 平成31年4月1日以降に保険適用された品目のうち、アのiからiiiまでのいずれかに該当し、かつピーク時予測売上高が50億円以上100億円未満であるもの（以下「評価候補品目」という。）であって、H1区分、H3区分及びH4区分の指定状況並びに当該品目のピーク時予測売上高を勘案し、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

ウ H3区分 平成31年4月1日以降に保険適用された品目のうち、アのiからiiiまでのいずれかに該当するものであって、著しく保険償還価格が高いもの、4（1）に規定する分析枠組み決定以降に効能が追加されたもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中

中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの（H1区分又はH2区分に該当するものを除く。）

エ H4区分 平成31年3月31日以前に保険適用された品目のうち、次のいずれかに該当するもの

i アのi若しくはiiに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、年間販売額（医薬品等にあつては、組成及び投与形態が当該既収載品と同一である全ての類似薬の薬価改定前の年間販売額の合計額をいう。）が1,000億円以上であるもの

ii アのi若しくはiiに該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、著しく保険償還価格が高いもの又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの

オ H5区分 次のいずれかに該当するもの（H1区分からH4区分までのいずれかに該当するものを除く。）（医薬品等にあつては、平成31年4月1日以降に保険適用された品目に限る。）

i 代表品目（H1区分からH4区分までのいずれかに該当する品目をいう。以下同じ。）を比較薬として保険適用された医薬品等（以下「代表品目類似品」という。）であつて、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

ii 代表品目類似品を比較薬として保険適用された医薬品等であつて、当該代表品目が収載された日から当該代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日までの期間に保険適用されたもの

iii 代表品目の費用対効果評価に基づく価格調整後の価格適用日において、当該代表品目と同一機能区分に属する医療機器等

② 次のア又はイのいずれにも該当しないこと。ただし、ア又はイに該当するもののうち、年間販売額が350億円以上の品目又は著しく保険償還価格が高い品目等として、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたものについては、①のアからオまでの区分に準ずる区分の対象品目として指定する。

ア 治療方法が十分に存在しない疾病（難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病をいう。以下同じ。）に対する治療のみに用いるもの、血友病の治療に係る血液凝固因子製剤、血液凝固因子抗体迂回活性複合体若しくはこれに類するもの又は抗HIV薬

イ 医薬品等の効能及び効果若しくは当該効能及び効果に係る用法及び用量又は医療機器等の使用目的若しくは効果に、小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれている医薬品等又は医療機器等（以下「小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等」という。）であつて、小児のみに用いるもの

③ 費用対効果評価の対象品目（費用対効果評価の試行的導入の対象品目を含む。）として指定されたことがないこと（費用対効果評価終了後にH3区分又はH4区分に該当した場合を除く。）。

(2) 対象品目の指定手続

(1) の指定基準を満たすものについて、中央社会保険医療協議会総会において、次の手続により、指定基準の該当性を検討し、対象品目を指定する。

- ① 保険適用時にH1区分、H3区分若しくはH5区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和4年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和4年●月●日医政発●●第●号、保発●●第●号）に規定する手続により、薬価算定組織及び保険医療材料等専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。
- ② H4区分の指定基準を満たす可能性のある品目又は保険適用時に指定基準を満たさない品目のうち、保険適用後に使用方法、適用疾病等の変化により市場拡大したこと、費用対効果評価終了後に、海外評価機関での評価結果等を踏まえた国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたこと等の理由によりH1区分、H3区分、H4区分若しくはH5区分又は評価候補品目の指定基準を満たす可能性のある品目については、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」又は「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」に規定する手続により、費用対効果評価専門組織において対象品目案及び評価候補品目案を決定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。中央社会保険医療協議会総会において当該報告内容を審議し、費用対効果評価の対象品目及び評価候補品目を指定する。
- ③ 評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、費用対効果評価の対象とすることが適当と認められるものを、H2区分の対象品目として指定する。ただし、②の手続により保険適用後に指定された評価候補品目については、中央社会保険医療協議会総会において、年間の評価可能品目数等を踏まえて費用対効果評価の対象とすることが適当と認めるものを、H2区分の対象品目として指定する。

2 製造販売業者による分析

製造販売業者は、1(2)により費用対効果評価の対象として指定された品目について、指定された日の翌日から次の手続により、対象品目の費用対効果を分析する。ただし、H5区分の対象品目については分析せず、代表品目の価格調整に準じて価格調整を行う。

なお、製造販売業者は、分析から5に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの協議及び手続の内容については、公表しないものとする。また、製造販売業者は、5に規定する中央社会保険医療協議会総会の決定までの間は、分析により得たデータ等について公表しないものとする。

(1) 分析方法等に関する分析前協議

費用対効果評価を効率的に行うため、製造販売業者は分析を開始する前に、次の手続により、国立保健医療科学院と分析方法等に関する協議（以下「分析前協議」という。）を行う。

① 分析前協議の実施体制

分析前協議は、原則として国立保健医療科学院と製造販売業者の2者で行うが、厚生労働省は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。また、臨床の専門家等についても両者の合意があれば参加することができる。

国立保健医療科学院は、分析前協議の実施に当たり、その内容を公的分析班（公的かつ中立

的な立場で専門的に費用対効果評価に係る分析を行う機関として国立保健医療科学院が指定する機関をいう。以下同じ。)と協議するものとする。なお、公的分析班は、必要に応じて分析前協議に参加することができる。

② 分析前協議の実施

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析方法等について協議し、分析対象集団、比較対照技術(比較対照品目を含む。)及び分析に用いる臨床試験等の基本的な方針(以下「分析枠組み」という。)の案を策定する。

また、分析前協議では決定できず、分析中に協議が必要になると想定される事項を、あらかじめ整理する。

③ 関係者への照会

国立保健医療科学院は、必要に応じて、費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

製造販売業者は、必要に応じて、国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。

④ 分析枠組みの決定

製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析枠組み案、分析前協議及び照会の内容並びに分析中に協議が必要な事項を、原則として品目の指定から3月後に開催される費用対効果評価専門組織へ報告する。費用対効果評価専門組織は、4(1)に規定する手続により、分析枠組み案の科学的妥当性を確認し、分析前協議の内容等を勘案して、分析枠組みを決定する。

(2) 製造販売業者による分析

① 分析の実施

製造販売業者は、対象品目について、「中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第3版」(令和4年1月19日中央社会保険医療協議会総会了承)(以下「ガイドライン」という。)及び分析枠組みに基づき対象品目を分析する。

② 分析中の協議

製造販売業者は、分析開始後に、分析に必要な事項を国立保健医療科学院と協議し、又は国立保健医療科学院を通じて公的分析班及び費用対効果評価専門組織の委員のうち臨床の専門家に対し、分析のために必要な事項を照会することができる。ただし、協議及び照会は、分析開始後に得られた新たな知見を採用するか否かの判断等、科学的な観点から分析に必要な事項に関するものでなければならない。国立保健医療科学院は分析中の協議及び照会の内容を、費用対効果評価専門組織へ報告する。

③ 分析データ等の提出

製造販売業者は、中央社会保険医療協議会総会において対象品目が指定された日から、分析方法、条件及びICER(対象品目の増分費用効果比をいう。以下同じ。)を含む分析結果のデータ(以下「分析データ等」という。)を、原則として9月(270日)以内に費用対効果評価専門組織及び公的分析に提出しなければならない。

製造販売業者は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、必要に応じて、製造販売業者に対して遅延の理由を確認した上で、当該理由の妥当性を検証し、

当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

製造販売業者が公的介護費及び生産性損失について国内のデータを集積し、分析した場合には、当該分析結果を費用対効果評価専門組織に報告することができる。費用対効果評価専門組織は、当該分析結果を費用対効果評価案の策定には用いない。また、当該分析結果について、国立保健医療科学院は、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、必要に応じて、6に基づき作成する報告書等と併せて公表することができる。

3 公的分析

(1) 公的分析の実施体制

国立保健医療科学院は、利益相反の有無や公的分析班が担当している品目数等を考慮した上で、対象品目の分析を担当する公的分析班を指定する。公的分析班は、製造販売業者が提出した分析データ等について、公的かつ中立的な立場から公的分析を行う。国立保健医療科学院は公的分析班の分析を評価した上で、公的分析班とともに公的分析の結果を策定する。

公的分析の中立性を確保するため、対象品目を有する製造販売業者及び製造販売業者の分析と関係のある者は、公的分析班に対する金品その他の便宜の供与を行ってはならない。

国立保健医療科学院及び公的分析班は、公的分析において知ることのできた情報について、秘密を保持し、公的分析以外の目的で利用してはならない。

(2) 公的分析の方法

公的分析班は、以下の分析を行うこととする。

- ① 製造販売業者から提出された分析データ等について速やかに科学的妥当性の検証（以下「レビュー」という。）を行う。
- ② レビューの結果、製造販売業者から提出された分析データ等が妥当でないと判断される場合には、再分析（ガイドライン及び分析枠組みに基づき公的分析班が行う分析であって、製造販売業者による分析とは独立したものをいう。以下同じ。）を行う。

なお、公的分析班は、公的分析を行うために製造販売業者に確認が必要な事項については、国立保健医療科学院を通じて製造販売業者に照会することとする。

(3) 公的分析結果の提出期限

国立保健医療科学院は、2（2）③に規定する製造販売業者による分析データ等を受理した日から原則として3月（90日）以内（公的分析班が再分析を行う場合にあっては、6月（180日）以内）に費用対効果評価専門組織に公的分析結果（レビュー及び再分析の結果をいう。以下同じ。）を提出しなければならない。

国立保健医療科学院は、提出期限までに分析データ等を提出することができなかった場合には、分析データ等を提出する際に、その理由を付さなければならない。費用対効果評価専門組織は、当該理由の妥当性を検証し、当該検証結果を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

4 費用対効果評価専門組織の開催

費用対効果評価専門組織は、分析を円滑に実施し、中央社会保険医療協議会総会の審議に資するため、次の（1）から（3）まで及び（5）に掲げる決定等を行う際に開催するものとし、製造販売業者及び国立保健医療科学院から報告を受けた内容について審議する。

(1) 分析枠組みの決定

次の手続により、分析前協議で策定された分析枠組み案を審査し、分析枠組みを決定する。

- ① 製造販売業者及び国立保健医療科学院からの報告を踏まえ、次の事項について専門的見地から審査する。

ア 分析前協議の内容及び分析中に協議が必要な事項の内容

イ 分析枠組み案の科学的妥当性

ウ 追加検討の要否及びその方法

エ 薬価算定組織における費用対効果評価の対象となった品目に係る当該品目の有用性加算等を含めた評価等

なお、分析対象集団の規模が小さくなる場合については、患者数や疾患の性質等を勘案しつつ、全体の評価への影響の程度について専門家の意見も伺いながら、その理由を明らかにした上で分析対象集団の一部を分析対象から除外できることとする。

- ② 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、分析枠組み案の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

- ③ 費用対効果評価専門組織は、①及び②を踏まえて分析枠組みを決定し、決定した分析枠組み及びその理由を製造販売業者に通知する。その際、追加検討の必要があると判断される場合にあっては、製造販売業者、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加検討の実施を指示することができる。

- ④ 通知した分析枠組みに不服がある製造販売業者は、1回に限り、別紙様式1に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、分析枠組みを変更することができる。費用対効果評価専門組織は、分析枠組みの変更の有無を製造販売業者に通知する。

製造販売業者による分析及び公的分析は、費用対効果評価専門組織により決定された分析枠組みに基づいて行う。

(2) 製造販売業者の分析データ等及び公的分析のレビューの審査

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析のレビューについて審議する。

- ① 費用対効果評価専門組織は、次の事項について、製造販売業者から提出された分析データ等及び公的分析から提出されたレビューの内容を専門的見地から審査する。その際、追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。

- ア 分析中の協議の内容
 - イ 分析方法の妥当性（分析枠組みに基づく分析方法であることの確認等）
 - ウ 分析データ等の科学的妥当性
 - エ 公的分析によるレビューの科学的妥当性
 - オ 追加分析の要否
 - カ 報告期限までに分析データ等が報告されなかった場合には、その理由の妥当性
- ② 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、提出した分析データ等について、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。
- ③ 費用対効果評価専門組織は、審査結果を製造販売業者に通知する。
- ④ 通知した審査結果に不服がある製造販売業者は、1回に限り、別紙様式1に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べるすることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べるすることができる。
- 費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、審査結果を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、審査結果の変更の有無を製造販売業者に通知する。
- 国立保健医療科学院及び公的分析班は、当該審査結果を踏まえて、引き続き再分析及び費用対効果評価専門組織により指示された追加分析を行うものとする。

(3) 費用対効果評価案の策定

費用対効果評価専門組織は、次の手続により、費用対効果評価案を策定する。

- ① 費用対効果評価専門組織は、ICER等の公的分析結果について、次の事項について専門的見地から審査する。その際、更なる追加分析の必要があると判断される場合にあっては、国立保健医療科学院及び公的分析班に対して、理由を付した上で追加分析の実施を指示することができる。
- ア 分析方法の妥当性
 - イ 公的分析結果の科学的妥当性
 - ウ 更なる追加分析の要否
 - エ 報告期限までに公的分析結果が報告されなかった場合には、その理由の妥当性
- ② 対象品目が次のいずれかに該当する場合、価格調整における配慮の要否について総合的な評価（以下「総合的評価」という。）を行う。なお、公的介護費や生産性損失を含めた分析結果は、費用対効果評価案の策定には用いない。
- ア 適用症の一部に治療方法が十分に存在しない疾病が含まれるものであって、当該疾病を分析対象集団として分析を行ったもの
 - イ 小児に係る用法・用量等が承認された医薬品等又は医療機器等（小児のみに用いるものを除く。）であって、その小児に係る適用症を分析対象集団として分析を行ったもの

ウ 承認された効能又は効果において悪性腫瘍が対象となっており、当該悪性腫瘍を分析対象集団として分析を行ったもの

- ③ 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、費用対効果評価案の策定に当たって、定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べるができる。
- ④ 費用対効果評価専門組織は、①から③までの手続の結果を踏まえ、対象品目の費用対効果評価案を策定する。

費用対効果評価案には、以下を含むものとする。

- ア 分析対象集団
- イ 価格調整における配慮の要否に係る総合的な評価
- ウ (分析対象集団ごとの) 比較対照技術
- エ (分析対象集団ごとの) ICER の区分
- オ (分析対象集団ごとの) 患者割合

なお、ICER の区分とは、ICER の値が、6 の (1) の①から⑧のいずれに該当するかをいう。

- ⑤ 費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を製造販売業者に通知する。
- ⑥ 通知した費用対効果評価案に不服がある製造販売業者は、1 回に限り、別紙様式 1 に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。製造販売業者から提出された不服意見書に新たな論点があること等により、費用対効果評価専門組織が会議の開催の必要性を認めた場合には、費用対効果評価専門組織を開催し、不服意見の聴取を行うことができる。この場合において、不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べるができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、費用対効果評価案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、費用対効果評価案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、策定した費用対効果評価案を中央社会保険医療協議会総会へ報告する。

(4) 公的分析による再分析の必要がないと判断された場合の取扱いについて

(2) において、公的分析による再分析の必要がないと判断された場合には、(3) の②から④までの手続を、(2) の①の手続に加えて実施できることとする。

なお、その際、(3) の④における「①から③までの手続の結果」は、「(2) の①及び②並びに(3) の②及び③の手続の結果」と読み替えることとし、結果の通知は(2) の③に、通知した結果に不服がある場合の取扱いは(2) の④に準ずるものとする。

(5) 分析中断、評価中止及び分析再開に係る決定案の策定

- ① 製造販売業者及び国立保健医療科学院は、分析に必要なデータの不足等により分析が困難(以下「分析不能」という。)となった場合には、対象品目の分析中断を申し出ることができる。

ただし、製造販売業者が分析不能と判断した場合であっても、公的分析が分析可能と判断し

た場合には、対象品目の分析中断を申し出ることにはできない。この際、分析不能を理由に製造販売業者が分析を行わない場合にあつては、費用対効果評価専門組織は、公的分析結果のみを用いて費用対効果評価案を策定する。

また、対象品目が販売を停止した場合や年間販売額が大幅に減少した場合等であつて、製造販売業者及び国立保健医療科学院が合意した場合には、製造販売業者及び国立保健医療科学院は、対象品目の評価中止を申し出ることができる。

- ② 費用対効果評価専門組織は、①の申出を受けた場合その他必要があると認める場合には、次の事項について、分析中断又は評価中止の可否を専門的見地から審議する。

ア 製造販売業者又は国立保健医療科学院の申出内容

イ 分析中断又は評価中止とする科学的妥当性

ウ 分析中断の場合、分析再開のために必要なデータ、集積方法及び集積に要する期間

- ③ 製造販売業者のうち希望する者は、費用対効果評価専門組織に出席して、申出の内容について定められた時間の範囲内で意見を述べ、費用対効果評価専門組織の委員と相互に質疑応答を行うことができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定又は分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

- ④ 費用対効果評価専門組織は、②及び③の手續の結果を踏まえ、分析中断又は評価中止の可否（分析中断とする場合にあつては、データ集積に要する期間を検討した上で、当該期間の決定案及び理由を含む。）を、製造販売業者及び国立保健医療科学院に通知する。なお、②のウについて分析再開のために必要なデータの収集する見込みがない場合にあつては、費用対効果評価専門組織は、その理由及び科学的妥当性について検討し、分析再開が不可能なものとして評価中止の可否に係る決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、対象品目は最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして価格調整を行う。

- ⑤ 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り、別紙様式1に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べるができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定及び分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べるができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、決定案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、決定案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、分析中断又は評価中止に関する決定案を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

- ⑥ 中央社会保険医療協議会総会において分析中断とされた品目について、製造販売業者は定められた期間内にデータを集積する。製造販売業者は、集積したデータに基づいて、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる事項を費用対効果評価専門組織に報告する。

ア 分析再開が可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積され、分析の再開が見込まれる場合、製造販売業者は、集積したデータを費用対効果評価専門組織に報告する。費用対効果評価専門組織は、②から⑤までの手續に準じて、分析再開の可否に係る決定案及び分析に必要な期間を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

中央社会保険医療協議会総会において分析再開が決定された場合、分析再開が決定された日の翌日から、2から4までの手続により、対象品目の分析を行う。

イ 分析再開が不可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積されず、分析の再開が見込まれない場合、製造販売業者は、費用対効果評価専門組織にその旨を報告する。費用対効果評価専門組織は、製造販売業者の報告を踏まえ、②から⑤までの手続に準じて評価中止の要否にかかる決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。なお、評価中止が認められない場合、対象品目は最も小さな価格調整係数に該当するものとみなして価格調整を行う。

ウ 分析中断期間を延長するもの

定められた期間内に製造販売業者による分析の再開に必要なデータ集積が行われなかったものの、期間の延長により必要なデータ集積が行われ、分析の再開が見込まれる場合、費用対効果評価専門組織において、②から⑤までの手続に準じて期間の延長の要否及びその期間についての決定案を策定し、中央社会保険医療協議会総会に報告する。

5 中央社会保険医療協議会総会での決定

(1) 費用対効果評価の結果の決定及び価格調整

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された費用対効果評価案を審議し、費用対効果評価の結果を決定する。

費用対効果評価が決定されたものについては、「薬価算定の基準について」及び「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」に基づき、保険収載に合わせて、対象品目の価格調整を行う。

(2) 分析中断、評価中止及び分析再開の決定

中央社会保険医療協議会総会は、費用対効果評価専門組織から報告された分析中断、評価中止又は分析再開の案を審議し、決定する。

① 分析中断とされた品目については、データ集積に必要な期間及び分析再開後の分析に必要な期間を設定するとともに、4 (4) ⑥の手続により、分析再開等について審議する。

② 評価中止とされた品目については、価格調整は行わず、評価を終了する。

③ 分析再開とされた品目については、2から4までの手続により、改めて対象品目の分析を開始する。

6 費用対効果評価結果の公表

(1) 中央社会保険医療協議会総会での公表

費用対効果評価が終了した際には、中央社会保険医療協議会総会において、対象集団ごとのICERの区分及び患者割合を公表することとする。なお、以下の①又は②に該当するものについて、価格調整による引上げが行われる場合は、その旨を併せて公表する。また、患者割合については、原則として公表可能なものを用いることとし、公表することが困難である場合は、その理由を付すこととする。

① ドミナント（比較対照技術に対し効果が増加し、かつ費用が削減されるものをいう。）

② 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が削減されるもの

③ 200万円/QALY未滿

④ 200万円/QALY以上500万円/QALY未滿（総合的評価で配慮が必要とされたものについては

200万円/QALY以上750万円/QALY未満)

- ⑤ 500万円/QALY以上750万円/QALY未満(総合的評価で配慮が必要とされたものについては750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満)
- ⑥ 750万円/QALY以上1,000万円/QALY未満(総合的評価で配慮が必要とされたものについては1,125万円/QALY以上1,500万円/QALY未満)
- ⑦ 1,000万円/QALY以上(総合的評価で配慮が必要とされたものについては1,500万円/QALY以上)
- ⑧ 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加するもの

(2) 国立保健医療科学院の報告

国立保健医療科学院は公的分析班と連携して、費用対効果評価の方法に関して科学的知見を深め、今後の分析の質を高めるために、分析内容、科学的論点、費用、QALYの値、ICERの値及び患者割合等について、報告書や学术论文等を作成し、これを公表するものとする。報告書等の作成に当たっては、製造販売業者と協議の上、製造販売業者の知的所有権等に配慮するものとする。

不服意見書

品目名 _____

通知された事項及び内容
通知内容に対する意見及びその根拠

上記により通知された内容に対する意見を提出します。

年 月 日

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

厚生労働大臣 殿

DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について

- 1 新規に薬価収載された医薬品等については、DPC/PDPSにおける診療報酬点数表に反映されないことから、一定の基準に該当する医薬品等を使用した患者については、包括評価の対象外とし、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしている。
包括評価の対象外とするか否かは個別DPC（診断群分類）毎に判定し、また、前年度に使用実績のない医薬品等は、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の84%ileを包括評価の対象外とすることとしている。
- 2 令和4年4月1日に薬価収載を予定している医薬品等のうち以下に掲げるものは、上記基準に該当する。よって、これらの薬剤を使用した患者であって当該薬剤に対応する診断群分類に該当するものについては、次期診療報酬改定までの間、出来高算定することとしてはどうか。

※ 現行薬価をもとに判定。適用時には、令和4年度改定を受けた薬価及び診断群分類点数表を踏まえた対応を行う。

区分	銘柄名	成分名	規格単位	薬価	効能効果	用法用量	1回投与当たりの標準的な費用(A)	出来高算定対象		平均在院日数を加味した1入院当たり標準的費用		包括範囲薬剤の84%ile値
								診断群分類番号	(告示)番号	仮想投与回数(日数)(B)	標準的費用(A×B)	
新薬(2)	シアリス錠 5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	タダラフィル	5mg1錠 10mg1錠 20mg1錠	1,343.8円 1,454.6円 1,529.9円	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者） ※保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ	通常、成人には1日1回タダラフィルとして10mgを性行為の約1時間前に経口投与する。10mgの投与で十分な効果が得られず、忍容性が良好と判断された器質性又は混合型勃起不全患者に対しては、20mgに増量することができる。軽度又は中等度の肝障害のある患者では10mgを超えないこと。なお、いずれの場合も1日の投与は1回とし、投与間隔は24時間以上とすること。中等度又は重度の腎障害のある患者では、5mgから開始し、投与間隔は24時間以上とすること。なお、中等度の腎障害のある患者では最高用量は10mgを超えないこととし、10mgを投与する場合には投与間隔を48時間以上とすること。重度の腎障害のある患者では5mgを超えないこと。	1,454.6円/回	11022x 男性生殖器疾患				
								11022xxx01xxxx	3318	4.00回	5,818円	3,010円
新薬(3)	レコベル皮下注12μgペン レコベル皮下注36μgペン レコベル皮下注72μgペン	ホリトロピンデルタ（遺伝子組換え）	12μg0.36mL1筒 36μg1.08mL1筒 72μg2.16mL1筒	15,103円 36,394円 63,390円	生殖補助医療における調節卵巣刺激	通常、ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）として、投与開始前の血清抗ミュラー管ホルモン（AMH）値及び体重に基づき、下表に従い算出した投与量を、月経周期2日目又は3日目から1日1回皮下投与し、卵胞が十分に発育するまで継続する。なお、下表に従い算出した投与量が6μgを下回る場合は6μgを、12μgを上回る場合は12μgを、1日あたりの投与量とする。	36,394円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	1.00回	36,394円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	1.00回	36,394円	6,390円
新薬(4)	ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	ガニレリクス酢酸塩	0.25mg0.5mL1筒	9,085円	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	原則として卵胞刺激ホルモン製剤投与の6日目から開始し、ガニレリクスとして0.25mgを1日1回皮下に連日投与する。	9,085円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	5.00回	45,425円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	5.00回	45,425円	6,390円
新薬(5)	セトロタイド注射用0.25mg	セトロレリクス酢酸塩	0.25mg1瓶	9,241円	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	卵巣刺激開始6日目から排卵誘発当日まで、セトロレリクスとして0.25mgを1日1回腹部皮下に連日投与する。	9,241円/回	120250 生殖・月経周期に関連する病態				
								120250xx99x0xx	3500	5.00回	46,205円	8,050円
								120250xx97x0xx	3501	5.00回	46,205円	6,390円

※ (参考) 現行のいわゆる「高額薬剤判定」の運用方法について

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。
- 高額薬剤判定の具体的な作業は次の通り。

【高額薬剤告示への追加】

- 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある 診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
- 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
- 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

1. 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ（別添）。
2. 以下の適応外薬の適応については、令和4年2月4日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされ、同日付で保険適用された。

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
ベバシズマブ （遺伝子組換え）	アバスチン点滴静注用 100 mg/4 mL、同点滴静注用 400 mg/16 mL 【中外製薬（株）】	<用法・用量の追加> 「卵巣癌」に対する用法・用量の追加
レノグラスチム （遺伝子組換え）	ノイトロジン注 50 μg、同注 100 μg、同注 250 μg 【中外製薬（株）】	<適応の追加> 再発又は難治性の急性骨髄性白血病に対する抗悪性腫瘍剤との併用療法
フィルグラスチム （遺伝子組換え）	グラン注射液 75、同注射液 150、同注射液 M300、同シリンジ 75、同シリンジ 150、同シリンジ M300 【協和キリン（株）】	<適応の追加> 再発又は難治性の急性骨髄性白血病に対する抗悪性腫瘍剤との併用療法
フルダラビンリン酸エステル	フルダラ静注用 50 mg 【サノフィ（株）】	<適応の追加> 再発又は難治性の急性骨髄性白血病

（参考）

- 適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページに公表されている。
<http://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/p-drugs/0017.html>
- 上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

平成22年8月25日
中医協了承

○ 適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

- ①検討会議^{※)}において、医療上の必要性が高いと判断
- ②検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成
- ③検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断
- ④検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

※)「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

○ このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。