

第4部  
画像診断

通則

(通則の変更：点数の見直し)

4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に48点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

(通則の変更：点数の見直し)

5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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として、区分番号E102

4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に58点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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として、区分番号E102

に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に72点を加算する。

に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に87点を加算する。

コンピューター断層撮影（一連につき）

（点数の見直し）

2 特殊CT撮影（管腔描出を行った場合）

イ 頭部	715点	→	710点
ロ 躯幹	960点		950点
ハ 四肢	670点		660点

磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）

（点数の見直し）

2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合）

イ 頭部	1,760点	→	1,500点
ロ 躯幹	1,880点		1,600点
ハ 四肢	1,790点		1,520点

第5部  
投薬

第2節 処方料

処方料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注6 注5に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り、1処方につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

第5節 処方せん料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注4 注3に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り、処方せんの交付1回につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

第6節 調剤技術基本料

(項目の変更)

※有床診療所における入院医療の評価

調剤技術基本料

1 病院に入院中の患者に投薬を行った場合

42点

調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

第 6 部  
注射

点滴注射（1日につき）

（注の変更）

※入院医療における安全対策等  
の評価の見直し

注 2 区分番号 G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射の注 1 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものについて必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき 4 0 点を加算する。

注 2 区分番号 G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射の注 1 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であつて細胞毒性を有するもの及び別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき 4 0 点を加算する。

第7部

リハビリテーション

理学療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する  
逓減制及び算定制限の見直し

注3 集団療法については、患者1人につき1日  
2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定す  
る。

注3 集団療法については、患者1人につき1日  
2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定  
する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の  
疾患の患者であって発症後180日以内のも  
のについては、1日2単位、かつ、1月に合  
計12単位に限り算定する。

作業療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する  
逓減制及び算定制限の見直し

注3 集団療法については、患者1人につき1日  
2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定す  
る。

注3 集団療法については、患者1人につき1日  
2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定  
する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の  
疾患の患者であって発症後180日以内のも  
のについては、1日2単位、かつ、1月に合  
計12単位に限り算定する。

言語聴覚療法			
(項目の分割)	1 言語聴覚療法(I)		1 言語聴覚療法(I)
※言語聴覚療法の見直し	イ 個別療法 (1単位) 250点	→	イ 個別療法 (1単位) 250点
	ロ 集団療法 (1単位) 100点		ロ 集団療法 (1単位) 100点
	2 言語聴覚療法(II)		2 言語聴覚療法(II)
	イ 個別療法 (1単位) 180点		イ 個別療法 (1単位) 180点
	ロ 集団療法 (1単位) 80点		ロ 集団療法 (1単位) 80点
			3 言語聴覚療法(III)
			イ 個別療法 (1単位) 100点
			ロ 集団療法 (1単位) 40点
(注の変更)	3 集団療法については、患者1人につき1日	→	注3 集団療法については、患者1人につき1日
※リハビリテーション等に関する逡減制及び算定制限の見直し	2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。		2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。
(注の追加)		(新設)	注5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、言語聴覚療法(I) (個別療法に限る。) 又は言語聴覚療法(II) (個別療法に限る。) を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテ
※言語聴覚療法の見直し			

ーション加算として、それぞれ次に定める点数（15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 発症後14日以内に行われた場合（1単位につき） 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 30点

第 8 部

精神科専門療法

精神科デイ・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して  
3年を超える期間に行われる場合にあっては  
、週5日を限度として算定する。

精神科ナイト・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して  
3年を超える期間に行われる場合にあっては  
、週5日を限度として算定する。

精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して  
3年を超える期間に行われる場合にあっては  
、週5日を限度として算定する。



<p>精神科退院前訪問指導料</p> <p>(注の変更)</p> <p>※社会復帰促進と在宅医療推進のための取組の評価</p> <p>(注の追加)</p> <p>※社会復帰促進と在宅医療推進のための取組の評価</p>	<p>注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回に限り算定する。</p> <p>2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、所定点数に320点を加算する。</p>
<p>精神科訪問看護・指導料</p> <p>(注の追加)</p> <p>※社会復帰促進と在宅医療推進のための取組の評価</p>	<p>(新設)</p>	<p>注3 注1に規定する場合であって、複数の保健師、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、所定点数に450点を加算する。</p>
<p>持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>(注の変更：精神分裂病の名称変更)</p>	<p>注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の精神分裂病患者に対して、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、月1回に限り、当該</p>	<p>注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、月1回に限り、当該</p>

<p>(区分の新設)</p> <p>※医療保護入院等における適切な医療の確保</p>	<p>薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>(新設) → 医療保護入院等診療料 300点</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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第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4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に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>
--	------------------------	---

第 9 部  
処置

エタノールの局所注入  
(注の変更)

注 1 甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長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。

2 甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。

注 1 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長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。

2 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。

耳垢栓塞除去 (複雑なもの)  
(注の新設)

(新設)

注 6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。

(区分の新設：介達牽引を個別に評価)

(新設)

介達牽引 (1 日につき) 35 点  
注 1 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより

消炎鎮痛等処置（1日につき）

（注の変更）

※リハビリテーション等に関する  
逡減制及び算定制限の見直し

注3 同一の患者につき同一月において、2及び3の療法について併せて5回以上行った場合は、5回目以降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。

算定する。

2 同一の患者につき同一月において、介達牽引及び消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）について併せて5回以上行った場合は、5回目以降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。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注3 同一の患者につき同一月において、2及び3の療法について併せて5回以上行った場合は、5回目以降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。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。