

(注の新設)

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135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。

(新設)

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135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注7までに規定する加算は算定しない。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。

第2節 再診料

A001 再診料

(点数の見直し)

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

57点
71点

1 60点
2

(注の新設)

(新設)

注5 区分番号A000に掲げる初診料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

(注の見直し)

注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合は、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。

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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注3のただし書又は注4に規定する場合にあつてはこの限りではない。

注6 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。

A002 外来診療料

(注の見直し)

注2 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3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

注2 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3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

第2部 入院料等
通則

(通則の見直し)

(通則の追加)

とができる。
イ～ロ (略)
ハ 血液形態・機能検査
区分番号D005 (10のうちヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c}) 及び15骨髄像を除く。) に掲げるもの

ニ～ツ (略)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

(追加)

とができる。
イ～ロ (略)
ハ 血液形態・機能検査
区分番号D005 (9のうちヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c})、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13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)精密測定、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの

ニ～ツ (略)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日間までの間は、区分番号

<p>(通則の削除)</p>	<p>6 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>	<p>→</p>	<p>A 4 0 0に掲げる短期滞在手術基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>(削除)</p>														
<p>第1節 入院基本料</p>																	
<p>A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1日につき）</p>																	
<p>(点数の見直し)</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1, 555点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1, 269点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1, 092点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>954点</td> </tr> </table>	1	7対1入院基本料	1, 555点	2	10対1入院基本料	1, 269点	3	13対1入院基本料	1, 092点	4	15対1入院基本料	954点	<p>→</p>	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>1, 300点</td> </tr> </table>	2	1, 300点
1	7対1入院基本料	1, 555点															
2	10対1入院基本料	1, 269点															
3	13対1入院基本料	1, 092点															
4	15対1入院基本料	954点															
2	1, 300点																
<p>(注の見直し)</p>	<p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に</p>	<p>→</p>	<p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に</p>														

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。

厚生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社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る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社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、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、準7対1入院基本料として、1,495点（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の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。

（注の見直し）

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、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、特別入院基本料として、575点を算定できる。

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、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、特別入院基本料として、575点を算定できる。

（注の見直し）

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、当該病棟に90日を超えて

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」とい

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。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、老人特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

う。）である患者であって、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。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

(注の見直し)

注5 注4に規定する老人特定入院基本料を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。）は、所定点数に含まれるものとする。

注5 注4に規定する後期高齢者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、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、所定点数に含まれるものとする。

(注の見直し)

注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。

注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～ニ (略)

イ～ニ (略)

(新設)

ホ 超急性期脳卒中加算

(新設)

へ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者応急入院診療加算

ト 在宅患者緊急入院診療加算

へ (略)

(新設)

ト～チ (略)

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

ヌ (略)

ル 看護配置加算

ヲ 看護補助加算(注4に規定する老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～タ (略)

(新設)

レ～ノ (略)

(新設)

オ (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

チ (略)

リ 医師事務作業補助体制加算

ヌ～ル (略)

ヲ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ワ (略)

カ 看護配置加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヨ 看護補助加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～ツ (略)

ネ 二類感染症患者療養環境特別加算

ナ～マ (略)

ケ ハイリスク妊娠管理加算

フ (略)

コ 退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

テ 後期高齢者総合評価加算

ア 後期高齢者退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

につき)

(削除)

- 1 療養病棟入院基本料 1
- イ 入院基本料 1 1, 187点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 130点)
- ロ 入院基本料 2 1, 117点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 060点)

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（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であつて、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基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、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社会保険事務局長に届け出た場合に限り、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、当該基準に

(削除)

係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。

イ 特別入院基本料1 955点

(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、898点)

ロ 特別入院基本料2 885点

(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、828点)

注3 療養病棟入院基本料1を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

注4 入院している患者が別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、当該基準に係る区分に従い、当該入院している患者につき、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 日常生活障害加算 40点

ロ 認知症加算 20点

注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 地域医療支援病院入院診療加算

ロ 臨床研修病院入院診療加算

- ハ 在宅患者応急入院診療加算
- ニ 診療録管理体制加算
- ホ 乳幼児加算・幼児加算
- ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- ト 特殊疾患入院施設管理加算
- チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。）
- リ 夜間勤務等看護加算
- ヌ 地域加算
- ル 離島加算
- ヲ HIV感染者療養環境特別加算
- ワ 療養病棟療養環境加算
- カ 重症皮膚潰瘍管理加算
- コ 栄養管理実施加算
- タ 医療安全対策加算
- レ 褥瘡患者管理加算

(削除)
(点数の見直し)

- 2 療養病棟入院基本料2
 - イ 入院基本料A 1, 740点
(健康保険法第63条第2項第2号及び老人保健法第17条第2項第2号の療養(以下この表において「生活療養」という。)を受ける場合にあつては、1, 726点)
 - ロ 入院基本料B 1, 344点

- (削除)
 - 1 入院基本料A 1, 709点
(健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養(以下この表において「生活療養」という。)を受ける場合にあつては、1, 695点)
 - 2 入院基本料B 1, 320点

(注の見直し)

(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 330点)
ハ 入院基本料C 1, 220点
(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 206点)
ニ 入院基本料D 885点
(生活療養を受ける場合にあつては、
871点)
ホ 入院基本料E 764点
(生活療養を受ける場合にあつては、
750点)

注1 病院の療養病棟であつて、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基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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、入院基本料Eを算定する。

(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 306点)
3 入院基本料C 1, 198点
(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 184点)
4 入院基本料D 885点
(生活療養を受ける場合にあつては、
871点)
5 入院基本料E 750点
(生活療養を受ける場合にあつては、
736点)

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(以下この表において「療養病床」という。))に係る病棟として地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)であつて、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社会保険事務局長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、入院基本料Eを算定する。

(注の見直し)

注3 療養病棟入院基本料2を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

注4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

注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 在宅患者応急入院診療加算

ニ～ワ (略)

(新設)

(新設)

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、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

注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 在宅患者緊急入院診療加算

ニ～カ (略)

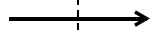
ヨ 退院調整加算

タ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

（点数の見直し）

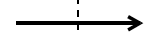
1	7対1入院基本料	1,447点
2	10対1入院基本料	1,161点
3	13対1入院基本料	949点
4	15対1入院基本料	886点
5	18対1入院基本料	757点
6	20対1入院基本料	713点



2 1,192点

（注の見直し）

注1 病院（特定機能病院（医療法第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。）を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項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保険医療機関が地方社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。



注1 病院（特定機能病院（医療法第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。）を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数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社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係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病棟で

			<p>あって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、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、準7対1入院基本料として、1,387点（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の病棟である場合には、1,417点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、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、特別入院基本料として、550点を算定できる。</p>	<p>→</p>	<p>注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、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、特別入院基本料として、550点を算定できる。</p>
<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を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患者については、特別入院基本料を算定する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注4 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～ハ (略) ニ 在宅患者応急入院診療加算</p> <p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>注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～ハ (略) ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p>

	ホ～ト (略)			へ～チ (略)
	チ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)			リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)
	リ～カ (略)	(新設)	→	ヌ～ヨ (略)
		(新設)	→	タ 二類感染症患者療養環境特別加算
		(新設)	→	レ～ネ (略)
		(新設)	→	ナ ハイリスク妊娠管理加算
		(新設)	→	ラ 退院調整加算
		(新設)	→	ム 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
		(新設)	→	ウ 後期高齢者総合評価加算
A103 精神病棟入院基本料(1日につき)				
(点数の見直し)	1 10対1入院基本料 1,209点		→	1 1,240点
	2 15対1入院基本料 800点			
	3 18対1入院基本料 712点			
	4 20対1入院基本料 658点			
(注の見直し)	注3 当該病棟の入院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。		→	注3 当該病棟の入院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～ニ (略)			イ～ニ (略)
	ホ 181日以上1年以内の期間 10点(特別入院基本料については、5点)			ホ 181日以上1年以内の期間 5点

(注の見直し)

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保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、当該基準に従い、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

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保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

(注の見直し)

注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。

注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～ハ (略)

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ～チ (略)

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

へ～リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ヌ～ツ (略)

ル～ネ (略)

(新設)

ネ～ウ (略)

(新設)

(新設)

ナ 精神科地域移行実施加算

ラ 精神科身体合併症管理加算

ム～オ (略)

ク ハイリスク妊娠管理加算

(1日につき)

(点数の見直し)

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 555点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 269点
- 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 447点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 161点
 - ハ 13対1入院基本料 949点
 - ニ 15対1入院基本料 886点
- 3 精神病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 311点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 209点
 - ハ 15対1入院基本料 839点

- 1
 - ロ 1, 300点
- 2
 - ロ 1, 192点
- 3
 - ロ 1, 240点

(注の見直し)

- 注2 当該病棟の入院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 一般病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 652点
 - (2) (略)
 - ロ (略)
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1)~(4) (略)
 - (5) 181日以上1年以内の期間 25点
- 注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

- 注2 当該病棟の入院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 一般病棟の場合
 - (1) 712点
 - (2) (略)
 - ロ (略)
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1)~(4) (略)
 - (5) 20点
- 注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。

注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 入院時医学管理加算（一般病棟に限る。）

ロ～ハ （略）

（新設）

（新設）

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ～ト （略）

チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。）

リ （略）

ヌ 看護補助加算（老人特定入院基本料を算定するものを除く。）

ル～カ （略）

（新設）

ヨ～ム （略）

（新設）

（新設）

定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注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。

（削除）

イ～ロ （略）

ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

ヘ～チ （略）

リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）

ヌ （略）

ル 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

ヲ～ヨ （略）

タ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

レ～キ （略）

ノ 精神科地域移行実施工算（精神病棟に限る。）

オ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に

	<p>ウ～ヤ (略)</p> <p>マ (略)</p> <p>(新設) →</p> <p>(新設) →</p> <p>(新設) →</p> <p>(新設) →</p> <p>(新設) →</p>	<p>限る。)</p> <p>ク～コ (略)</p> <p>エ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>テ (略)</p> <p>ア 退院調整加算 (結核病棟及び後期高齢者 特定入院基本料を算定するものに限る。)</p> <p>サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 (精神病棟を除く。)</p> <p>キ 後期高齢者総合評価加算 (精神病棟を除 く。)</p> <p>ユ 後期高齢者退院調整加算 (一般病棟 (後 期高齢者特定入院基本料を算定するものを 除く。))に限る。)</p>											
<p>A105 専門病院入院基本料 (1日 につき)</p>													
<p>(点数の見直し)</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1, 555点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1, 269点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1, 092点</td> </tr> </table>	1	7対1入院基本料	1, 555点	2	10対1入院基本料	1, 269点	3	13対1入院基本料	1, 092点	<table border="0"> <tr> <td>2</td> <td>1, 300点</td> </tr> </table>	2	1, 300点
1	7対1入院基本料	1, 555点											
2	10対1入院基本料	1, 269点											
3	13対1入院基本料	1, 092点											
2	1, 300点												
<p>(注の見直し)</p>	<p>注1 専門病院 (主として悪性腫瘍、循環器疾患 等の患者を入院させる保険医療機関であって 高度かつ専門的な医療を行っているものとし て地方社会保険事務局長に届け出たものをい う。以下この表において同じ。) の一般病棟 であって、看護配置、看護師比率、平均在院 日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が</p>	<p>注1 専門病院 (主として悪性腫瘍、循環器疾患 等の患者を入院させる保険医療機関であって 高度かつ専門的な医療を行っているものとし て地方社会保険事務局長に届け出たものをい う。以下この表において同じ。) の一般病棟 であって、看護配置、看護師比率、平均在院 日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が</p>											

定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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社会保険事務局長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に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る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社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、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、準7対1入院基本料として、1, 495点（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の病棟である場合には、1, 525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。

(注の見直し)

注2 当該病棟の入院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 452点
- ロ (略)

注2 当該病棟の入院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 512点
- ロ (略)

(注の見直し)

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例によ

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の

(注の見直し)

り算定する。

注4 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 入院時医学管理加算

ロ～ハ (略)

(新設)

(新設)

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ (略)

(新設)

へ～ト (略)

チ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヌ～ワ (略)

(新設)

カ～ム (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

例により算定する。

注4 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。

(削除)

イ～ロ (略)

ハ 超急性期脳卒中加算

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

へ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算

チ～リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ヨ (略)

タ 二類感染症患者療養環境特別加算

レ～ノ (略)

オ ハイリスク妊娠管理加算

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

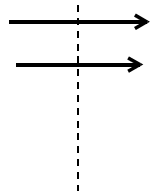
マ 後期高齢者総合評価加算

ケ 後期高齢者退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

(点数の見直し)

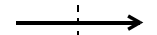
	(新設)	
1	10対1入院基本料	1,269点
2	13対1入院基本料	1,092点
3	15対1入院基本料	954点



1	7対1入院基本料	1,555点
2	10対1入院基本料	1,300点
3		
4		

(注の見直し)

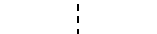
注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。



注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

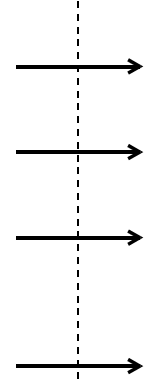
(注の見直し)

注4 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。



注4 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 在宅患者応急入院診療加算
- ハ (略)
- (新設)
- ニ～チ (略)
- リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ヌ～ワ (略)



- イ (略)
- ロ 在宅患者緊急入院診療加算
- ハ (略)
- ニ 医師事務作業補助体制加算
- ホ～リ (略)
- ヌ 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ル～カ (略)
- ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算

	カ～ソ (略)	(新設) (新設)	タ～ネ (略) ナ 退院調整加算 ラ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
A108 有床診療所入院基本料 (1日につき)			
(注の見直し)	注1 有床診療所(療養病床に係るものを除く。)であって、看護配置その他の事項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社会保険事務局長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、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。		注1 有床診療所(療養病床に係るものを除く。)であって、看護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地方社会保険事務局長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、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。
(注の見直し)	注2 医師の配置及び看護配置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社会保険事務局長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(有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。)については、1日につき所定点数に100点を加算する。	(新設)	注2 夜間の緊急体制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社会保険事務局長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、夜間緊急体制確保加算として、1日につき所定点数に15点を加算する。
(注の新設)		(新設)	注3 医師配置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社会保険事務局長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(有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。)については、1日につき所定点数に60点を

<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>加算する。</p> <p>注4 看護配置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社会保険事務局長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（有床診療所入院基本料1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応じて、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。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>看護配置加算1</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>看護配置加算2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>夜間看護配置加算1</td> <td>30点</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>夜間看護配置加算2</td> <td>50点</td> </tr> </table>	イ	看護配置加算1	10点	ロ	看護配置加算2	15点	ハ	夜間看護配置加算1	30点	ニ	夜間看護配置加算2	50点
イ	看護配置加算1	10点													
ロ	看護配置加算2	15点													
ハ	夜間看護配置加算1	30点													
ニ	夜間看護配置加算2	50点													
<p>(注の削除)</p>	<p>注3 看護配置につき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社会保険事務局長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（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に15点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>												
<p>(注の見直し)</p>	<p>注4 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。</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>注5 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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 超急性期脳卒中加算</p> <p>ハ 妊産婦緊急搬送入院加算</p>												

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

（削除）

ロ 在宅患者応急入院診療加算
ハ～チ （略）

（新設）

リ～ヲ （略）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ニ 在宅患者緊急入院診療加算
ホ～ヌ （略）

ル 二類感染症患者療養環境特別加算
ヲ～ヨ （略）

タ ハイリスク妊娠管理加算

レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

ソ 後期高齢者総合評価加算

ツ 後期高齢者退院調整加算

1 有床診療所療養病床入院基本料1 801点
（老人保健法の規定による医療を提供する場合
にあつては、783点）

（削除）

注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。
）であつて、看護配置その他の事項につき別
に厚生労働大臣が定める基準に適合している
ものとして地方社会保険事務局長に届け出た
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、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。

注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床
を有する有床診療所については、当分の間、
地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り
、当該有床診療所に入院している患者につい
て、特別入院基本料として、次に掲げる点数

を算定できる。

特別入院基本料 698点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、680点)

注3 有床診療所療養病床入院基本料1を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。)は、入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

注4 入院している患者が別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、当該基準に係る区分に従い、当該入院している患者につき、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 日常生活障害加算 40点
ロ 認知症加算 20点

注5 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 在宅患者応急入院診療加算
ロ 診療録管理体制加算
ハ 乳幼児加算・幼児加算
ニ 難病等特別入院診療加算(難病患者等入院診療加算に限る。)

(削除)

(注の見直し)

- ホ 地域加算
- ヘ 離島加算
- ト HIV感染者療養環境特別加算
- チ 診療所療養病床療養環境加算
- リ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ヌ 栄養管理実施加算
- ル 医療安全対策加算
- ヲ 褥瘡患者管理加算

2 有床診療所療養病床入院基本料 2

注3 有床診療所療養病床入院基本料2を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

(削除)

注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定してい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療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

<p>(注の見直し)</p>	<p>注4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注5 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。</p> <p>イ 在宅患者応急入院診療加算 ロ～ル (略)</p> <p>(新設) (新設)</p>	<p>→ → → →</p>	<p>注5 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。</p> <p>イ 在宅患者緊急入院診療加算 ロ～ル (略) ヲ 退院調整加算 ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>
<p>第2節 入院基本料等加算</p>			
<p>A200 入院時医学管理加算 (1日につき)</p>			
<p>(点数の見直し)</p>		<p>60点</p>	<p>120点</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注 医師の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地方社会保険事務局長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 (特別入院基本料を除く。))のうち、入院時医学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、14日を限度とし</p>	<p>→</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減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社会保険事務局長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 (特別入院基本料を除く。))のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定</p>

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児
救急医療管理加算（1日につき）

（注の見直し）

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急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。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

している患者に限る。）について、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。

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急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。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算（入院初日）
12,000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社会保険事務局長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（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中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、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設)

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日) 5, 0 0 0点

注 産科又は産婦人科を標榜する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社会保険事務局長に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院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。

A 2 0 6 在宅患者応急入院診療加算(入院初日)

(名称の見直し)

(項目の見直し)

在宅患者応急入院診療加算(入院初日)

6 5 0点

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)

- 1 連携医療機関である場合 1, 3 0 0点
- 2 1以外の場合 6 5 0点

(注の見直し)

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者応急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。

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者緊急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。

(新設)

(新設)

A207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の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社会保険事務局長に届け出た保険

医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）

（項目の見直し）

1	超重症児（者）入院診療加算	300点
2	準超重症児（者）入院診療加算	100点

1	超重症児（者）入院診療加算	
イ	6歳未満の場合	600点
ロ	6歳以上の場合	300点
2	準超重症児（者）入院診療加算	
イ	6歳未満の場合	200点
ロ	6歳以上の場合	100点

A 2 1 2—2 新生児入院医療管理加算（1日につき）

（点数の見直し）

750点 → 800点

A 2 1 5 夜間勤務等看護加算（1日につき）

（削除）

1	夜間勤務等看護加算1	72点
2	夜間勤務等看護加算2	48点
3	夜間勤務等看護加算3	39点

（削除）

- 4 夜間勤務等看護加算 4 3 2 点
- 5 夜間勤務等看護加算 5 2 5 点

注 別に厚生労働大臣が定める看護師等の勤務条件に関する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て当該基準による看護を行う保険医療機関に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、夜間勤務等看護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、所定点数に加算する。

A 2 1 8 地域加算（1日につき）

（注の見直し）

注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域に所在す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（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域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、同令で定める級地区分に従い、所定点数に加算する。

注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在す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（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域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、同令で定める級地区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

(注の見直し)

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項及び老人保健法第17条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境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。

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境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。

A220 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）

(点数の見直し)

1 個室の場合

300点

1 350点

(新設)

(新設)

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算
(1日につき) 300点

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

（点数の見直し）

（新設）

（新設）

250点

できるものを現に算定している患者に限る。）
について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

300点

（新設）

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき）
5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、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施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）

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）
（点数の見直し）

3 5 0 点 → 6 5 0 点

- 1 区分番号A 3 1 1に掲げる精神科救急入院料、区分番号A 3 1 1-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号A 3 1 4に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合
3 0 0 点
- 2 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料（1 0 対 1 入院基本料及び1 5 対 1 入院基本料に限る。）及び区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者の場合
2 0 0 点

注 精神科を標榜する病院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社会保険事務局長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身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症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、当該疾患の治療開始日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

(注の見直し)

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病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科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。）について、所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科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。）について、所定点数に加算する。

A232 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)
(点数の見直し)

200点

400点

(新設)

(新設)

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき）
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社会保険事務局長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（特別入院基本料を除く。）のうち、ハイリスク妊娠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、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A237 ハイリスク分娩管理加算

(1日につき)
(点数の見直し)

(注の新設)

(新設)

1,000点 → 2,000点

(新設) → 注2 ハイリスク妊娠管理と同一日に行うハイリスク分娩管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

(新設) → A238 退院調整加算

1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点

2 退院加算 (退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合

100点

ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合

300点

注1 退院支援計画作成加算は、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者 (第1節

(新設)

(新設)

の入院基本料（特別入院基本料を除く。）
又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注3 2のロについて、別に厚生労働大臣が定める場合は、さらに500点を加算する。

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
(入院初日) 500点

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急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。

(新設)

(新設)

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中 1 回）
5 0 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算（退院時 1 回）
1 0 0 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

（項目の見直し）

1	7日以内の期間		
イ	救命救急入院料1	9,000点	
ロ	救命救急入院料2	10,400点	
			（新設）
2	8日以上14日以内の期間		
イ	救命救急入院料1	7,490点	
ロ	救命救急入院料2	8,890点	

（注の新設）

（新設）

できるものを現に算定している患者に限る。）
 に対して、退院調整を行った場合に、退院時に
 1回に限り、所定点数に加算する。

1	3日以内の期間		
イ	救命救急入院料1	9,700点	
ロ	救命救急入院料2	11,200点	
2	4日以上7日以内の期間		
イ	救命救急入院料1	8,775点	
ロ	救命救急入院料2	10,140点	
3			

注2 注1に規定する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、精神疾患を有する患者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及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患に関わる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の

<p>(注の見直し)</p>	<p>注5 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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。</p> <p>イ (略)</p> <p>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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～ト (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。</p> <p>注6 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。</p> <p>イ (略)</p> <p>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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～ト (略)</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p>
<p>A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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。</p> <p>イ (略)</p> <p>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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>注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。</p> <p>イ (略)</p> <p>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、がん診療連携拠点病院</p>

A301-2 ハイケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

注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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

（注の見直し）

、第6部注射及び第9部処置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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新規）

、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、妊産婦緊急入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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 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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

注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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

A303 総合周産期特定集中治療室
管理料（1日につき）

（注の見直し）

A304 広範囲熱傷特定集中治療室
管理料（1日につき）

（注の見直し）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1
日につき）

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、
第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、
総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては
新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・
胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、
地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全
対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者
ケア加算を除く。）

ハ～チ （略）

（新設）

（新設）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、
第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち
次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理
料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、ト
にあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に
含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、
超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医
師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄
養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理
加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～チ （略）

リ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～リ （略）

（新設）

、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、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～リ （略）

ヌ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

注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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料
(1日につき)

(注の見直し)

注1 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室に関す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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

(注の見直し)

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

注1 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室に関す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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び退院調整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。

(項目の見直し)

		(新設)	
1	小児入院医療管理料 1	3, 600点	
2	小児入院医療管理料 2	3, 000点	
3	小児入院医療管理料 3	2, 100点	

1	小児入院医療管理料 1	4, 500点
2		
3		
4		

(注の見直し)

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、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、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3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。

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、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、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4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。

(注の見直し)

注 4 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投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療

注 4 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、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

(注の見直し)

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。

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投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第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、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2及び小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

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、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、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料4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)

(項目の見直し)

1,680点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,666点)

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1
1,690点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,676点)

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める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社会保険事務局長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、当該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、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号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、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

(新設)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
1,595点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,581点)

注1 別に厚生労働大臣が定める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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該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、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号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、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者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

(注の新設)

(注の見直し)

注2 診療に係る費用（当該患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）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。

たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

注3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、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（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料並びに除外薬剤・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。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

(項目の見直し)

2,050点

- 1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点
- 2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

(注の見直し)

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社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関において

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社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関（病院

、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が当該入院医療管理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。

(注の見直し)

注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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数(第1節に掲げるものに限る。))が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

(亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。)において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理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。

注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、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者入院時総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数(第1節に掲げるものに限る。))が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 9 特殊疾患療養病棟入院料

(1日につき)

(名称の見直し)

(注の見直し)

特殊疾患療養病棟入院料 (1日につき)

注3 診療に係る費用(注2に規定する加算並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。)は、特殊疾患療養病棟入院料に含まれるものとする。

特殊疾患病棟入院料 (1日につき)

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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院加算(一般病棟に限る。)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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料 (1日につき)

(1日につき)

(注の見直し)

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社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、末期の悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、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

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社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、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

<p>(注の見直し)</p>	<p>特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>注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、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに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患者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を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>院基本料の例により算定する。</p> <p>注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、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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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患者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。</p>																								
<p>A311 精神科救急入院料（1日につき）</p> <p>(項目の見直し)</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上の期間</td> <td>2,800点</td> </tr> </table>	1	30日以内の期間	3,200点	2	31日以上の期間	2,800点	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>精神科救急入院料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,431点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上の期間</td> <td>3,031点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>精神科救急入院料2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,231点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上の期間</td> <td>2,831点</td> </tr> </table>	1	精神科救急入院料1		イ	30日以内の期間	3,431点	ロ	31日以上の期間	3,031点	2	精神科救急入院料2		イ	30日以内の期間	3,231点	ロ	31日以上の期間	2,831点
1	30日以内の期間	3,200点																								
2	31日以上の期間	2,800点																								
1	精神科救急入院料1																									
イ	30日以内の期間	3,431点																								
ロ	31日以上の期間	3,031点																								
2	精神科救急入院料2																									
イ	30日以内の期間	3,231点																								
ロ	31日以上の期間	2,831点																								
<p>(注の見直し)</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社会保険事務局長に</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社会保険事務局長に</p>																								

<p>(注の見直し)</p>	<p>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。</p> <p>注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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 style="text-align: center;">→</p>	<p>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。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。</p> <p>注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対</p>	<p style="text-align: center;">→</p>	<p>注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、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神</p>

(新設)

策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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。

(新設)

科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料 (1日につき)

1	30日以内の期間	3, 431点
2	31日以上の期間	3, 031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社会保険事務局長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A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の1.5対1入院基本料の例により算定する。

注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、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

（注の変更）

A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理

注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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。

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・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。

料（1日につき）

（削除）

950点

（削除）

注1 別に厚生労働大臣が定める主として特定患者を入院させるための一群の病室（以下この表において「包括病床群」という。）に係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一般病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る包括病床群に入院している患者について算定する。

注2 老人一般病棟入院医療管理を受けている患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。）は、所定点数に含まれるものとする。

注3 第2節に規定する入院基本料等加算に掲げる臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算の各算定要件を満たす場合は、それぞれ該当する点数を所定点数に加算する。

A314 老人性認知症疾患治療病棟
入院料（1日につき）

（名称の変更）

老人性認知症疾患治療病棟入院料（1日につき）

認知症病棟入院料（1日につき）

（点数の見直し）

1 老人性認知症疾患治療病棟入院料1

1 認知症病棟入院料1

	イ 90日以内の期間 1,300点	→	イ 1,330点
	ロ 91日以上期間 1,190点	→	ロ 1,180点
	2 老人性認知症疾患治療病棟入院料2		2 認知症病棟入院料2
	イ 90日以内の期間 1,060点	→	イ 1,070点
	ロ 91日以上期間 1,030点	→	ロ 1,020点
(注の見直し)	注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。）は、認知症疾患治療病棟入院料に含まれるものとする。	→	注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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症病棟入院料に含まれるものとする。
A316 診療所老人医療管理料（1日につき） (名称の見直し)	診療所老人医療管理料（1日につき）	→	診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）
(注の見直し)	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都道府県知事に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所老人医療管理を行うものとして入院させた患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）について算定する。	→	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による医療を提供する場合に限る。）について算定する。

(注の見直し)

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、診療所老人医療管理料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。

(注の見直し)

注3 診療所老人医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所老人医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。

注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

(項目の見直し)

- 1 短期滞在手術基本料1
2,800点
- 2 短期滞在手術基本料2
4,800点
(生活療養を受ける場合にあつては、
4,772点)
- (新設)

- 1 短期滞在手術基本料1（日帰りの場合）
2,800点
- 2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）
4,800点
(生活療養を受ける場合にあつては、
4,772点)
- 3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）
5,670点
(生活療養を受ける場合にあつては、
5,600点)

(注の新設)

(新設)

注2 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（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、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。

(注の見直し)

注2 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、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、

注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、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H

(注の新設)

遊離脂肪酸、HDLーコレステロール、LDLーコレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC) 及びイオン化カルシウム
ホ〜ル (略)

(新設)



DLーコレステロール、LDLーコレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT) 及びイオン化カルシウム
ホ〜ル (略)

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、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、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。
イ 入院基本料 (特別入院基本料を除く。)
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、栄養管理実施加算及び医療安全対策加算を除く。)
ハ 医学管理等 (手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く。)
ニ 検査 (心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料以外のものに限る。)
ホ 画像診断 (画像診断管理加算、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る場合以外のものに限る。)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">へ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。）ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。）チ リハビリテーション（薬剤料に限る。）リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。）ヌ 処置（1,000点未満のものに限る。）ル 病理診断（第13部第1節の病理標本作製料に限る。） |
|--|--|--|---|

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 1 部 医学管理等</p> <p>B 0 0 1 特定疾患治療管理料</p> <p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>(項目の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p> <p>1 5 慢性維持透析患者外来医学管理料</p>	<p>7 1 0 点</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、1 5 歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、1 年を限度として月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>	<p>イ 月の 1 回目 5 0 0 点</p> <p>ロ 月の 2 回目 4 0 0 点</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を限度として月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>

(注の見直し)

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン

ニ～ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ(γ -GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グ

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン定性

ニ～ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ(γ -GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グ

ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、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 (1, 25(OH)₂D₃)、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント〜ワ (略)

ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、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 (1, 25(OH)₂D₃)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント〜ワ (略)

1.7 慢性疼痛疾患管理料

(注の見直し)

注2 区分番号J118に掲げる介達牽引及び区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形器械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用(薬剤の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

20 糖尿病合併症管理料 170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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

(新設)

(新設)

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

注1 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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して

(新設)

B 0 0 1 — 2 小児科外来診療料

(新設)

2 2 がん性疼痛緩和指導管理料 1 0 0 点

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注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から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、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。

(1日につき)

(点数の見直し)

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - イ 初診時 550点
 - ロ 再診時 370点
- 2 1以外の場合
 - イ 初診時 660点
 - ロ 再診時 480点

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - イ 初診時 560点
 - ロ 再診時 380点
- 2 1以外の場合
 - イ 初診時 670点
 - ロ 再診時 490点

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

(点数の見直し)

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 300点
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 450点

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点

B001-3 生活習慣病管理料

(点数の見直し)

(名称の見直し)

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - イ 高脂血症を主病とする場合 900点

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 650点

ロ	高血圧症を主病とする場合	950点
ハ	糖尿病を主病とする場合	1,050点
2	1以外の場合	
イ	高脂血症を主病とする場合	1,460点
ロ	高血圧症を主病とする場合	1,310点
ハ	糖尿病を主病とする場合	1,560点

ロ	高血圧症を主病とする場合	700点
ハ	糖尿病を主病とする場合	800点
2	1以外の場合	
イ	脂質異常症を主病とする場合	1,175点
ロ	高血圧症を主病とする場合	1,035点
ハ	糖尿病を主病とする場合	1,280点

(注の見直し)

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び老人保健法の規定による医療を受けるものを除く。）に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受けるものを除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

(注の見直し)

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

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1部医学管理等、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。

(注の新設)

(新設)

注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

B001-4 手術前医学管理料

(注の見直し)

注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。

注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)

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、

クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウム

ホ～ヌ （略）

クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ～ヌ （略）

B001-5 手術後医学管理料（1
日につき）

（注の見直し）

注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、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、

注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、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレス

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

(注の見直し)

LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ (略)

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ (略)

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

100点

注 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

B004 地域連携退院時共同指導料

1

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 1

退院時共同指導料 1

(注の見直し)

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者が入院

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後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の指

している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの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回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。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。

示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の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回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。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。

B005 地域連携退院時共同指導料
2

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 2

退院時共同指導料 2

(点数の見直し)

1 在宅療養支援診療所と連携する場合

500点

300点

2 1以外の場合

300点

(注の見直し)

注1 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う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、当該患者が入院している保険医療機関において、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回までに限り算定できる。

(新設)

(新設)

得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う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、当該患者が入院している保険医療機関において、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回までに限り算定できる。

注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

(新設)

(新設)

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,00

<p>(注の見直し)</p>	<p>注2 区分番号B003に掲げる開放型病院共同 指導料(Ⅲ)及び区分番号B005-3に掲げる 地域連携診療計画退院時指導料は別に算定で きない。</p>		<p>0点を加算する。</p> <p>注4 区分番号B003に掲げる開放型病院共同 指導料(Ⅲ)は別に算定できない。</p>
<p>B005-2 地域連携診療計画管理 料</p> <p>(点数の見直し)</p>		<p>1,500点</p>	<p>900点</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同 指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる地域 連携退院時共同指導料2は別に算定できな い。</p>		<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同 指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる退院 時共同指導料2は別に算定できない。</p>
<p>B005-3 地域連携診療計画退院 時指導料</p> <p>(点数の見直し)</p>		<p>1,500点</p>	<p>600点</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同</p>		<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同</p>

B 0 0 5—4 ハイリスク妊産婦共同
管理料(I)

(注の見直し)

指導料(Ⅲ)及び区分番号B 0 0 5に掲げる地域
連携退院時共同指導料 2 は別に算定できな
い。

指導料(Ⅲ)及び区分番号B 0 0 5に掲げる退院
時共同指導料 2 は別に算定できない。

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、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分
娩管理加算の注 1 に規定する施設基準に適合す
るものとして届け出た保険医療機関に限る。）
に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場
合において、当該病院に赴いて、当該病院の保
険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管
理を共同して行った場合に、当該患者を紹介し
た保険医療機関において患者 1 人につき 1 回算
定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A 2 3 6—2に掲げるハイリス
ク妊娠管理加算の注又は区分番号A 2 3 7に掲
げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施
設基準に適合するものとして届け出た保険医療
機関に限る。）に入院中である場合において、
当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同し
てハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する
医学管理を共同して行った場合に、当該患者を
紹介した保険医療機関において患者 1 人につき
1 回算定する。

B005-5 ハイリスク妊産婦共同
管理料(Ⅲ)

(注の見直し)

注 区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であると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社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であると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社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

(注の見直し)

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における基本的動作能力若

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しく

B 0 0 7 退院前訪問指導料

(注の見直し)

しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、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。

は応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅で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。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

(点数の見直し)

350点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点

(注の見直し)

注1 病院である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社会保険事務局長に届け出たものに入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

(注の見直し)

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であつ

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であつて通

	<p>て通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に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>院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に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>
(注の見直し)	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	→	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
(注の見直し)	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>	→	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	→	<p>注8 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合してい</p>

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が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注10 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算す

B 0 1 1 — 3 薬剤情報提供料

(注の見直し)

注 2 注 1 の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第 1 3 条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、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により提供した場合に、月 1 回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に 5 点を加算する。

る。

注 2 注 1 の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、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により提供した場合に、月 1 回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に 5 点を加算する。

(新設)

(新設)

B 0 1 1 — 4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1 月につき）

5 0 点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）

1, 000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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

100点

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載し

(新設)

(新設)

た場合に、退院の日1回に限り算定する。

B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料
180点

注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B016 後期高齢者診療料
600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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、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疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学

管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。

注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用

(新設)

(新設)

は、後期高齢者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。

注3 第2部在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。

(新設)

(新設)

B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料

2 0 0 点

注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における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回に限り算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注1 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往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 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往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,</p>

300点を所定点数に加算する。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

（項目の見直し）

830点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

830点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

200点

（注の見直し）

注1 居宅において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、その同意を得て、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を除く。）に週3回を限度（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。）として算定する。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及び区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

注1 1については、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（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第

115号)第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅(特定施設を除く。)に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(以下「居住系施設入居者等」という。)を除く。)に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、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

(注の見直し)

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

(注の見直し)

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

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を除く。）に、週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（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。）として算定する。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。

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

（名称の見直し）

1 在宅療養支援診療所の場合

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

（注の見直し）

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）において、居宅において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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

（注の新設）

（新設）

注4 区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者に

(新設)

(新規)

については算定しない。

C002-2 特定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の
場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

3,000点

ロ 処方せんを交付しない場合

3,300点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

1,500点

ロ 処方せんを交付しない場合

1,800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社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関(診療所、在宅療養支
援病院及び許可病床数が200床未満の病院
(在宅療養支援病院を除く。))に限る。)に
おいて、特定施設入居者等である患者であっ

C 0 0 3 在宅末期医療総合診療料
(1日につき)

て通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

注4 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

(注の見直し)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所に限る。）において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

C004 救急搬送診療料
(点数の見直し)

650点 → 1,300点

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

(点数の見直し)

1	保健師、助産師又は看護師による場合	
イ	週3日目まで	530点
ロ	週4日目以降	630点
2	准看護師による場合	
イ	週3日目まで	480点
ロ	週4日目以降	580点

1	保健師、助産師又は看護師による場合	
イ	週3日目まで	555点
ロ	週4日目以降	655点
2	准看護師による場合	
イ	週3日目まで	505点
ロ	週4日目以降	605点

(注の見直し)

注1 保険医療機関が、居宅において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、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日を限度（1月に1回に限る。））とする。

注1 保険医療機関が、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。以下注5及び注6において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。））とす

(注の見直し)	<p>注2 注1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14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、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、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p>	<p>る。</p> <p>注2 注1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14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、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p>
(注の見直し)	<p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p>	<p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	<p>注4 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、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	<p>注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を</p>

(注の新設)

(新設)

行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の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、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、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は、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師