

中央社会保険医療協議会 総会（第 451 回） 議事次第

令和2年2月7日(金) 10:00～

於 東海大学校友会館 阿蘇朝日東海三保の間（35階）

議 題

○答申について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和2年2月7日(金) 10:00~
 会場: 東海大学校友会館 阿蘇朝日東海三保の間(35階)

速記

中医協関係者

	中村	関	荒井	松原	田辺会長	小島 政務官	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森	
今村									幸野	
城守									佐保	
猪口									間宮	
島									宮近	
林									松浦	
有澤									染谷	
						田村	半田	吉川		

中医協関係者

歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官
---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------

厚生労働省
厚生労働省
関係者席
関係者席
関係者席・日比谷クラブ
日比谷クラブ
一般傍聴席
一般傍聴席・厚生労働記者会

個別改定項目について

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

I-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評価	11
①	地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設	11
②	救急医療体制の充実	14
I-2	医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価	16
①	医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和	16
②	医療従事者の勤務環境改善の取組の推進	21
③	病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	24
④	薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和	26
⑤	夜間看護体制の見直し	28
⑥	特定集中治療室管理料の見直し	30
⑦	心停止後臓器提供に係る評価の見直し	31
⑧	脳死臓器提供管理料の見直し	33
⑨	入退院支援に係る人員配置の見直し	34
⑩	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減	36
⑪	医療機関における業務の効率化・合理化	37
I-3	タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進	38
①	医師事務作業補助体制加算の評価の充実	38
②	麻酔科領域における医師の働き方改革の推進	41
③	看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進	43
④	栄養サポートチーム加算の見直し	46
I-4	業務の効率化に資するICTの利活用の推進	48
①	医療機関における業務の効率化・合理化	48
②	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	52
③	外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し	55

II 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

II-1	かかりつけ機能の評価	56
①	地域包括診療加算の見直し	56
②	小児かかりつけ診療料の見直し	58
③	外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価	60
④	かかりつけ薬剤師指導料等の評価	61
⑤	同一薬局の利用推進	63
II-2	患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進	64
①	機能強化加算の見直し	64
②	診療情報の提供に対する評価の新設	66
③	医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携	68
④	明細書発行の推進	70
II-3	地域との連携を含む多職種連携の取組の強化	72
①	質の高い外来がん化学療法の評価	72
②	外来化学療法での栄養管理の評価	73
③	精神病棟における退院時共同指導の評価	74
④	精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価	78
⑤	腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し	81
⑥	栄養サポートチーム加算の見直し	83
⑦	多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価	84
⑧	個別栄養食事管理加算の見直し	88
⑨	周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し	89
II-4	重症化予防の取組の推進	90
①	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	90
②	移植を含めた腎代替療法情報提供の評価	91
③	分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進	95
④	歯科疾患管理料の見直し	97
⑤	歯周病重症化予防の推進	98
⑥	健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し	99
II-5	治療と仕事の両立に資する取組の推進	101
①	治療と仕事の両立に向けた支援の充実	101

Ⅱ－６	アウトカムにも着目した評価の推進	106
①	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	106
②	データ提出加算の見直し	107
Ⅱ－７－１	緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価	114
①	がん拠点病院加算の見直し	114
②	遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し	117
③	緩和ケア病棟入院料の見直し	120
④	質の高い外来がん化学療法の評価	122
⑤	外来化学療法での栄養管理の評価	124
⑥	がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価	126
⑦	遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価	128
⑧	介護老人保健施設におけるがん診療の充実	135
Ⅱ－７－２	認知症患者に対する適切な医療の評価	136
①	認知症ケア加算の見直し	136
Ⅱ－７－３	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	141
①	精神病棟における退院時共同指導の評価	141
②	精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価	142
③	精神科在宅患者に対する適切な支援の評価	143
④	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	150
⑤	精神科急性期医師配置加算の見直し	153
⑥	精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤の取り扱い の見直し	159
⑦	精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進	162
⑧	精神科救急入院料の見直し	165
⑨	精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実	167
⑩	ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	168
⑪	児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実	170
⑫	クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係 る要件の見直し	172
⑬	精神科身体合併症管理加算の見直し	173

⑭	精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進	175
⑮	ギャンブル依存症に対する治療の評価	177
II-7-4	難病患者に対する適切な医療の評価	181
①	難病患者に対する適切な医療の評価	181
II-7-5	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	185
①	小児かかりつけ診療料の見直し	185
②	小児科外来診療料の見直し	186
③	小児運動器疾患指導管理料の見直し	188
④	小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し	190
⑤	児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実	192
⑥	精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実	193
⑦	ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	194
⑧	妊婦加算の扱い	195
⑨	地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価	197
⑩	救急医療管理加算の見直し	198
⑪	救急医療体制の充実	200
⑫	超急性期脳卒中加算の見直し	201
II-7-6	感染症対策、薬剤耐性対策の推進	204
①	抗菌薬適正使用支援加算の見直し	204
②	小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し	206
③	歯科外来診療における院内感染防止対策の推進	207
④	中心静脈栄養の適切な管理の推進	208
II-7-7	患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価	211
①	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	211
②	疾患別リハビリテーション料の見直し	212
③	呼吸器リハビリテーション料の見直し	216
④	難病患者リハビリテーション料の見直し	218
⑤	外来リハビリテーション診療料の見直し	220
⑥	疾患別リハビリテーションの取扱について	221

⑦	脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し	223
⑧	がん患者リハビリテーション料の見直し	225
⑨	リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し ..	227
⑩	多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価	229
II-8	医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入	230
①	小児の在宅呼吸管理における材料の評価	230
②	在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し	231
③	トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の見直し	233
④	冠動脈CT撮影の算定要件の新設	234
⑤	安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し.....	236
⑥	人工内耳機器調整に対する評価	238
⑦	認知機能検査等の算定要件の新設	240
⑧	質の高い臨床検査の適切な評価	242
⑨	手術等医療技術の適切な評価	245
⑩	注射の準用に係る規定の創設	249
II-9	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	250
①	歯科外来診療における院内感染防止対策の推進	250
②	歯科疾患管理料の見直し	251
③	歯周病重症化予防の推進	252
④	ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	253
⑤	非経口摂取患者に対する口腔管理の推進	256
⑥	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し	257
⑦	静脈内鎮静法の評価の見直し	258
⑧	歯科麻酔管理料の新設	259
⑨	機械的歯面清掃処置の充実	261
⑩	CAD/CAM冠の対象拡大	263
⑪	手術用顕微鏡を用いた治療の評価	264
⑫	歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し	266
⑬	歯科固有の技術の評価の見直し等	267

II-10	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価	269
①	地域医療に貢献する薬局の評価	269
②	薬局における対人業務の評価の充実	272
③	調剤基本料の見直し	277
④	病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	281
⑤	薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和	282
⑥	入院時のポリファーマシー解消の推進	283
II-11	医療におけるICTの利活用	284
①	情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し	284
②	情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用	290
③	かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価	295
④	情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価	296
⑤	情報通信機器を用いた服薬指導の評価	298
⑥	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	302
⑦	外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し	303
⑧	ニコチン依存症管理料の見直し	304

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

III-1	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	307
①	地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設	307
②	総合入院体制加算の見直し	308
③	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	310
④	重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し	312
⑤	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減	315
⑥	せん妄予防の取組の評価	318
⑦	特定集中治療室管理料の見直し	319
⑧	特定集中治療室での栄養管理の評価	320
⑨	地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し	322
⑩	地域包括ケア病棟の施設基準の見直し	325

⑪	地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し	329
⑫	地域包括ケア病棟の届出に関する見直し	330
⑬	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	332
⑭	療養病棟入院基本料の評価の見直し	338
⑮	中心静脈栄養の適切な管理の推進	340
⑯	特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し	341
⑰	結核病棟のユニットに係る見直し	342
⑱	緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し	344
⑲	排尿自立指導料の見直し	348
⑳	短期滞在手術等基本料の見直し	353
㉑	データ提出加算の見直し	357
㉒	DPC/PDPSの見直し	358
㉓	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並び に地域加算の見直し	370
Ⅲ－２ 外来医療の機能分化		375
①	外来医療の機能分化の推進	375
②	質の高い外来がん化学療法の評価	377
③	外来化学療法での栄養管理の評価	378
④	がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価	379
⑤	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	380
⑥	婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価	381
⑦	外来緩和ケア管理料の見直し	383
Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保		387
①	複数の医療機関による訪問診療の明確化	387
②	在宅療養支援病院における診療体制の整備	389
③	小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価	391
④	在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し	392
⑤	機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	393
⑥	医療機関における質の高い訪問看護の評価	395
⑦	小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化	397
⑧	専門性の高い看護師による同行訪問の充実	399
⑨	訪問看護における特定保険医療材料の見直し	401

⑩	精神障害を有する者への訪問看護の見直し	402
⑪	医療資源の少ない地域における訪問看護の充実	404
⑫	同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し	405
⑬	同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し	407
⑭	理学療法士等による訪問看護の見直し	410
⑮	小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し	412
⑯	患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価	414
⑰	在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し	415
⑱	栄養サポートチーム等連携加算の見直し	417
Ⅲ－４	地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価	418
①	入退院支援に係る人員配置の見直し	418
②	入院時支援加算の見直し	419
③	入退院支援における総合的な機能評価の評価	421
④	有床診療所入院基本料等の見直し	425
⑤	小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し	427
⑥	診療情報の提供に対する評価の新設	428
⑦	栄養情報の提供に対する評価の新設	429
⑧	栄養食事指導の見直し	430
⑨	周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進	433
⑩	周術期等専門的口腔衛生処置の見直し	434
Ⅲ－５	医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進	435
①	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	435
②	電話等による再診時の診療情報提供の評価	436
③	周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進	438
Ⅳ	<u>効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上</u>	
Ⅳ－１	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	439
①	薬局における後発医薬品の使用促進	439
②	医療機関における後発医薬品の使用促進	441
③	バイオ後続品に係る情報提供の評価	443

IV-2	費用対効果評価制度の活用	444
①	費用対効果評価制度の活用	444
IV-3	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	
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）	445
①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	445
IV-5	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）	446
①	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	446
IV-6	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正 使用の推進	447
①	外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価	447
②	入院時のポリファーマシー解消の推進	448
③	調剤料等の見直し	450
④	薬局における後発医薬品の使用促進	451
⑤	医療機関における後発医薬品の使用促進	452
⑥	バイオ後続品に係る情報提供の評価	453
IV-7	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	454
①	高度な医療機器の効率的な利用の推進	454
②	小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要 件の見直し	456
③	超音波検査（胸腹部）の評価の見直し	458
④	超音波検査の評価（要件）の見直し	459
⑤	超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し	460
⑥	訪問診療時の超音波検査の新設	461
⑦	悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価	462
⑧	局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し	468
⑨	網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止	469
⑩	人工腎臓の評価の見直し	470
⑪	バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化	474
⑫	持続緩徐式血液濾過の評価の見直し	476
⑬	吸着式血液浄化法の評価の見直し	477

⑭	下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化	478
⑮	膝全摘後の患者に対する血糖管理の充実	479
⑯	実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価	480
⑰	義肢装具の提供に係る評価の見直し	481
⑱	市場が拡大した場合の評価の見直し	482

【I-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評価
-①】

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う 医療機関に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点

[算定要件]

(1) 救急医療を提供する体制、病院勤務医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、地域医療体制確保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、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) A100一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、A102結核病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A103精神病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）、A104特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A105専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A300救命救急入院料、A301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、A301-3脳卒中ケアユニッ

ト入院医療管理料、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、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）A311精神科救急入院料又はA311-3精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

(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。

(3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④ ③の計画は、現状の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担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）

イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ 当直翌日の業務内容に対する配慮

カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

- キ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

【参考】

- ※ 救急病院等における勤務医の働き方改革への特例的な対応について
- 令和2年度の診療報酬改定においては、過酷な勤務環境となっている救急医療体制における重要な機能を担う医療機関（具体的には年間救急車等受入2,000台以上）について、地域医療の確保を図る観点から評価を行うことを検討。
 - 一方、地域医療介護総合確保基金においては、診療報酬の対象とならない医療機関（B水準相当）を対象として、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

② 救急医療体制の充実

第1 基本的な考え方

救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

現 行	改定案
<p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</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、必要な医学管理を行った場合は、<u>救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</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、必要な医学管理を行った場合は、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>救急搬送看護体制加算1</u> 400点</p> <p>ロ <u>救急搬送看護体制加算2</u> 200点</p> <p>[施設基準] (救急搬送看護体制加算1)</p> <p>イ <u>救急搬送について、十分な実績を有していること。</u></p> <p>ロ <u>救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。</u></p> <p>(1) <u>救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行</u></p>

<p>(救急搬送看護体制加算) (略)</p>	<p><u>令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。</u> <u>(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。なお、当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。</u></p> <p>(救急搬送看護体制加算2) <現行通り></p>
-----------------------------	---

① 医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。
2. 医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、緩和ケア診療加算の注2</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、緩和ケア診療加算の注2</p>

<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p>	<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>また、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医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</u></p> <p>※ (1)のイに掲げる医師についても同様。</p> <p>※ <u>栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算についても同様。</u></p>
---	---

3. 看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p>	<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p> <p>※ 外来化学療法加算 2 についても同様。</p>

4. 専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

現 行	改定案
<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤</p>	<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤</p>

従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。なお、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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。

従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。また、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、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従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配

	<p>置のうちそれぞれ1名までに限る。</p> <p>※ <u>がん患者リハビリテーション料</u> <u>についても同様。</u></p>
--	--

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

第1 基本的な考え方

医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、管理者によるマネジメントを推進する観点から、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議において、年1回以上当該病院の管理者が出席することとする。

現 行	改定案
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。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。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。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。<u>また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。</u>なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p>

	<p>※ <u>医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 についても同様。</u></p>
--	--

2. 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組が更に進むよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の内容及び項目数について見直す。

現 行	改定案
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。</p> <p>エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも<u>2項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(ホ) 看護補助者の配置による看</u></p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。</p> <p>エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも<u>3項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p><u>(ホ) 特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減</u></p> <p><u>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減</u></p>

護職員の負担軽減	(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
----------	--------------------------

[経過措置]

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出においては令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和3年7月以降の届出においては、令和2年度改定後の基準で届け出ること。

③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現 行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】	【病棟薬剤業務実施加算】
1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 100点	1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点
2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 80点	2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 100点

2. ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算2において評価する。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 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。 □ 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	【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 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。 □ 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

<p>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。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>	<p>ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算2</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>
---	--

④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。</p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u></p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。<u>なお、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非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。</u></p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u></p>

	※ <u>薬剤管理指導料についても同</u> <u>様。</u>
--	-------------------------------------

⑤ 夜間看護体制の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

夜間における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備の要件について、項目内容の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>ア～ウ （略）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>エ～オ （略）</p> <p>カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>ア～ウ （略）</p> <p><u>エ 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夜勤後の暦日の休日が確保されていること。</u></p> <p><u>オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。</u></p> <p>カ～キ （略）</p> <p><u>ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。</u></p> <p><u>ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っているこ</u></p>

<p>(3) (中略) (2)の<u>カ</u>については、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。</p>	<p><u>と。</u></p> <p>(3) (中略) (2)の<u>ク</u>については、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。<u>なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。</u></p> <p>※ <u>障害者施設等入院基本料の注10に掲げ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に掲げる夜間看護体制加算、精神科救急入院料の注5及び精神科救急・合併症入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算についても同様。</u></p>
--	--

⑥ 特定集中治療室管理料の見直し

第1 基本的な考え方

看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置に係る要件を見直す。

また、特定集中治療室の入院患者の適切な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア（S O F Aスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定集中治療室管理料1及び2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

現 行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準]</p> <p>(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係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</p>	<p>【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準]</p> <p>(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係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。<u>なお、専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。</u></p>

2. 特定集中治療室管理料1及び2において提出が要件となっている生理学的スコア（S O F Aスコア）について、特定集中治療室管理料3及び4についても要件とする。

なお、令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者を提出対象とする。

※ 生理学的スコア（S O F Aスコア）

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

⑦ 心停止後臓器提供に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めるため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、移植臓器提供管理料について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 心停止後臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、ドナーの全身管理、関係者との調整など業務が多岐にわたり、また、ドナー候補の循環動態に移植のタイミングが左右されることに伴う負担が大きいことから、同種死体腎移植術の腎を死体（脳死体を除く。）から移植した場合を評価する加算について、実態に見合った評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術 98,770点 [算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104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、 <u>移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。</u>	【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術 98,770点 [算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号） <u>第6条第1項第2号</u> 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、 <u>移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。</u>

- 心停止後臓器提供は、腎臓のみでなく、膵、膵腎の臓器提供においても行われることから、同種死体腎移植術と同様に、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現 行	改定案
【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術 112,570点 [算定要件] <u>（新設）</u>	【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術 112,570点 [算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平

<p><u>注</u> 臓移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>成9年法律第104号)第6条第1項第2号に規定する脳死した者の身体から採取された臓を除く死体臓を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>2 臓移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p><u>(2) 移植の対象となる死体臓には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の臓を含む。</u></p> <p><u>(4) 「注1」の規定に基づく加算は、死体(脳死体を除く。)から移植のための臓採取を行う際の採取前の採取対象臓の灌流、臓採取、採取臓の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。</u></p> <p><u>※ 同種死体臓腎移植術についても同様。</u></p>
---	---

⑧ 脳死臓器提供管理料の見直し

第1 基本的な考え方

ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、脳死臓器提供管理料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

脳死下臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整など、業務が多岐にわたることから、脳死臓器提供管理料の評価について、実態に見合った見直しを行う。

また、造血幹細胞移植での評価に倣い、当該管理料においてもコーディネートの評価を明確化する。

現 行	改定案
<p>【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料 <u>20,000点</u> [算定要件] (2) 脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。</p>	<p>【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料 <u>40,000点</u> [算定要件] (2) 脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、<u>コーディネート</u>、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。</p>

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

第1 基本的な考え方

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p>	<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師</u>が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師</u>又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p>

2. 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準] (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準] (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。 <u>なお、当該専従の看護師又は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22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></p> <p>※ <u>入退院支援加算2・3及び入院時支援加算における入退院支援部門の専従職員についても同様。</u></p>

【Ⅰ－２ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ー⑩】

⑩ 重症度、医療・看護必要度の
測定に係る負担の軽減

「Ⅲ－１－⑤」を参照のこと。

【 I - 2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 -⑪】

⑪ 医療機関における業務の効率化・合理化

「 I - 4 - ①」を参照のこと。

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診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勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診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、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</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。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</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。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト <u>医師事務作業補助体制加算</u> (<u>50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。</u>)</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>※ <u>有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料についても同様。</u></p>

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注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（一般病棟に限る。）、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、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（かん）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（かん）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。

【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
イ 15対1補助体制加算 920点
ロ 20対1補助体制加算 708点

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注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、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（かん）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（かん）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。

※ 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料2についても同様。

【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
イ 15対1補助体制加算 970点
ロ 20対1補助体制加算 758点

ハ	25対1補助体制加算	<u>580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>495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>405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>325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>245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>198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		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>860点</u>	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>660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>540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>460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>380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>305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>230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>188点</u>	チ	100対1補助体制加算	<u>238点</u>
[施設基準]			[施設基準]		
(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。			(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。		
ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。			ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。		
イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。			イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。		
<u>(新設)</u>			<u>ウ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。</u>		
ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。			エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。		

② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

第1 基本的な考え方

医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料（Ⅱ）について実施者に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 麻酔管理料（Ⅱ）について、麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。
2. 麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても、算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、<u>麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。</u>なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。</p>	<p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、<u>当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分番号において、単に「担当医師」という。）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。</u>なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>に行われなければならない。<u>また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。</u></p> <p>(4) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>(6) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、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5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(7) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を当該看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。</u></p>

③ 看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

第1 基本的な考え方

看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護職員の夜間配置及び看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現 行	改定案
【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 <u>95点</u> □ 看護職員夜間12対1配置加算 2 <u>75点</u> 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 <u>55点</u> □ 看護職員夜間16対1配置加算 2 <u>30点</u>	【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 <u>105点</u> □ 看護職員夜間12対1配置加算 2 <u>85点</u> 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 <u>65点</u> □ 看護職員夜間16対1配置加算 2 <u>40点</u>
【看護職員夜間配置加算（地域包括 ケア病棟入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>55点</u>	【看護職員夜間配置加算（地域包括 ケア病棟入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>65点</u>
【看護職員夜間配置加算（精神科救 急入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>55点</u>	【看護職員夜間配置加算（精神科救 急入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>65点</u>
【看護職員夜間配置加算（精神科救 急・合併症入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>55点</u>	【看護職員夜間配置加算（精神科救 急・合併症入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算 <u>65点</u>

2. 急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現 行	改定案
【急性期看護補助体制加算】	【急性期看護補助体制加算】
1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>210点</u>	1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>240点</u>
2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>190点</u>	2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>220点</u>
3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>170点</u>	3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>200点</u>
4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>130点</u>	4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>160点</u>
注2	注2
イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>90点</u>	イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>120点</u>
ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>85点</u>	ロ 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>70点</u>	ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>100点</u>
【看護補助加算】	【看護補助加算】
1 看護補助加算1 <u>129点</u>	1 看護補助加算1 <u>141点</u>
2 看護補助加算2 <u>104点</u>	2 看護補助加算2 <u>116点</u>
3 看護補助加算3 <u>76点</u>	3 看護補助加算3 <u>88点</u>
注2 夜間75対1看護補助加算 <u>40点</u>	注2 夜間75対1看護補助加算 <u>50点</u>
【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】	【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】
夜間看護加算 <u>35点</u>	夜間看護加算 <u>45点</u>
【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】	【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】
イ 14日以内の期間 <u>129点</u>	イ 14日以内の期間 <u>141点</u>
ロ 15日以上30日以内の期間 <u>104点</u>	ロ 15日以上30日以内の期間 <u>116点</u>
【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】	【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】
看護補助者配置加算 <u>150点</u>	看護補助者配置加算 <u>160点</u>

3. 急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

現 行	改定案
<p>【急性期看護補助体制加算】 [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】 [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p><u>アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。</u></p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p>※ <u>看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算についても同様。</u></p>

④ 栄養サポートチーム加算の見直し

第1 基本的な考え方

結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入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

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）を追加する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 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～ヤ 略</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 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～タ 略 レ <u>栄養サポートチーム加算</u> ソ～マ 略</p>
<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 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～テ 略</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 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～ク 略 ヤ <u>栄養サポートチーム加算</u> マ～メ 略</p>
<p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注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</p>	<p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注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</p>

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～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料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。

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～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る））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。

① 医療機関における業務の効率化・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、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

現 行	改定案
<p>【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。 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。</p>	<p>【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。 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。<u>なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、対面によらない方法でも開催可能とする。</u></p> <p>※ <u>院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。</u></p>

2. 院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p>

<p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p>	<p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。<u>なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。</u></p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容 <u>アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。</u> ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p>※ <u>看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算についても同様。</u></p>
---	---

3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p>	<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p>

<p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。<u>なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。</u></p> <p><u>ア・イ（略）</u></p>	<p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。</p> <p>※ <u>特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。</u></p>
--	--

4. 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

現 行	改定案
<p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。</u></p>	<p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>（削除）</u></p>
<p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。</p>	<p>※ <u>外来緩和ケア管理料注4についても同様。</u></p> <p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載し、<u>又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。</u></p>
<p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患</p>	<p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、又は患者若し</p>

者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。	くはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
------------------------------	-----------------------------

5. 在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

現 行	改定案
<p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(4) 医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する。</p> <p>(5) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</p>	<p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(削除)</p> <p>(4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</p> <p>※ 糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料についても同様。</p>

6. 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
7. 診療報酬の算定に当たり、文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。
8. レセプト摘要欄に記載を求めていた事項のうち、画像診断の撮影部位等について選択式記載とする。

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

第1 基本的な考え方

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、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、<u>やむを得ない事情により参加できない場合は</u>、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p>	<p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p>

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の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（平成30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。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

※ 感染防止対策加算2、入退院支援加算1、退院時共同指導料2の注3、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、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も同様。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）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。

師等、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又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた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が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）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。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算も同様。

③ 外来栄養食事指導

(情報通信機器の活用)の見直し

第1 基本的な考え方

栄養食事指導の効果を高めるため、外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を活用して実施した場合の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 <u>200点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降</p> <p>(1) 対面で行った場合 <u>200点</u></p> <p>(2) 情報通信機器を使用する場合 <u>180点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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。</p> <p><u>2 ロの(2)については、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。</u></p>

① 地域包括診療加算の見直し

第１ 基本的な考え方

外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

地域包括診療加算の施設基準における時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算３の届出でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【再診料（地域包括診療加算）】</p> <p>注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。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか1つを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 <u>又は</u> 2 の届出を行っていること。</p>	<p>【再診料（地域包括診療加算）】</p> <p>注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。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか1つを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1、<u>2 又は 3</u>の届出を行っていること。</p>

<p>イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>	<p>イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</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より一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現 行	改定案
<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 style="padding-left: 20px;">イ 初診時 631点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 初診時 748点</p> <p style="padding-left: 20px;">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（3歳以上の患者にあつては、<u>3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。</u>）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場合に算定する。</p> <p>(5) <u>常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月につ</u></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 style="padding-left: 20px;">イ 初診時 631点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 初診時 748点</p> <p style="padding-left: 20px;">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（<u>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。</u>）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場合に算定する。</p> <p>(5) <u>当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。</u></p>

いては、「2」の所定点数を算定 できる。	
-------------------------	--

③ 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

④ かかりつけ薬剤師指導料等の評価

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への転換を進める観点から、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について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

第2 具体的な内容

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について、以下の見直しを行う。

1. 患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。
2. 対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を見直す。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点	【かかりつけ薬剤師指導料】 76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 291点
[施設基準] <u>(新設)</u>	[施設基準] <u>患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</u>

3. 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
※ かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>
--	---

⑤ 同一薬局の利用推進

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

第2 具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。
3. 薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

① 機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
 - ・ 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
 - ・ 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること。
2. また、院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
 - ・ 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
 - ・ 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

現 行	改定案
<p>【初診料（機能強化加算）】 注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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (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<u>掲示している</u>こと。</p>	<p>【初診料（機能強化加算）】 注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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (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<u>掲示するなどの取組を行っている</u>こと。</p>

<p>(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及び夜間・休日の問い合わせへの対応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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(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、<u>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。</u></p> <p><u>また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、<u>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及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。</u></p> <p><u>また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。</u></p>
---	--

② 診療情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供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

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に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料（Ⅲ） 150点

[対象患者]

- (1) 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは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。）を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
- (3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは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。）を届け出ている医療機関に紹介された患者

[算定要件]

- (1) 別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別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（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。

- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 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) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

第1 基本的な考え方

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療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）において、医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に対して、児が学校生活を送るに当たって必要な情報を主治医が提供した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>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）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。</u></p> <p><u>(1) 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(2) 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(3) 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。</u></p>

④ 明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、診療所における明細書発行に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする。
2. 一部負担金の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、2年間の経過措置を設ける。

現 行	改定案
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 [領収証等の交付] 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>【平成28年度改正附則】 [経過措置] 第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 [領収証等の交付] 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>【平成28年度改正附則】 [経過措置] 第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後</p>

の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を交付することを要しない。

の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することで足りるものとする。

※ 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についても同様。

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －①】

① 質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －②】

② 外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

第1 基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

精神病棟に入院中の患者に対して、入院医療を提供する保険医療機関の多職種チームと、地域において当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について共同で指導等を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料 1 (外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料 (I) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料 (II) 900点

2 精神科退院時共同指導料 2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

[対象患者]

1のイ 精神病棟に入院中の患者であって、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。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者（以下この区分番号において「措置入院者等」という。）

1のロ 精神病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者

2 1のイ及び1のロの患者

[算定要件]

- (1) 精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、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(I)、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(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。
- (2) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。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I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。
- (3) 1のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師(以下、看護師等という。)及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (4) 1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成28~30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を満たした、重点的な

支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

- (5) 2については、(3)又は(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6) 外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別添●の様式を用いること。
- (8) 当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (9) 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。
- (10) 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

[施設基準]

- (1) 精神科退院時共同指導料1を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科退院時共同指導料2を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること。
- (3) 当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

- (4) 重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●に掲げる包括的支援
マネジメント導入基準を1つ以上満たすものをいう。
- (5) 当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

④ 精神科外来における多職種による 相談支援・指導への評価

第1 基本的な考え方

地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>注8 1を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、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250点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(21)「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者に</p>

ついて、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「看護師等」という。）又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。

ウ 医師は、診療録に当該患者の

	<p><u>療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。</u></p> <p><u>エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。</u></p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。</u> <u>イ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備支援及び指導の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、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。</u></p> <p><u>(2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。</u></p>
--	--

⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

第1 基本的な考え方

通院への制約等の理由により保険医療機関の変更や血液透析への変更が必要となる患者もいることから、腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

腹膜透析を実施した患者について、他施設において血液透析を実施した場合、自施設にて診療報酬明細書の摘要欄に必要性等を記載した場合に限り在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定できるようにし、他施設では、診療報酬明細書の摘要欄に在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している医療機関名を記載した場合に限り、人工腎臓を算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p>[算定要件] (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。</p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p>[算定要件] (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、<u>当該管理料を算定している患者に対して、患者の希望する他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要</u></p>

<p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。</p>	<p><u>欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。</u></p> <p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。<u>なお、他の医療機関において区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。</u></p>
---	---

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －⑥】

⑥ 栄養サポートチーム加算の見直し

「Ⅰ－３－④」を参照のこと。

⑦ 多職種チームによる

摂食嚥下リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について、多職種チームによる介入を評価できるよう、要件及び評価を見直すとともに名称の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【<u>経口摂取回復促進加算（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>鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>経口摂取回復促進加算1</u> 185点</p> <p>ロ <u>経口摂取回復促進加算2</u> 20点</p> <p>(6) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2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（支）</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医師、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のため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>(6) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算は、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（支）局長に届出を</u></p>

局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

(7) (略)

(新設)

行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の介入によって摂食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。

(削除)

(7) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る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い、その内容を患者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。

イ 当該患者について、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し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。

ウ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）、摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に

<p>(8) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況<u>を確認し、診療録に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(3) <u>摂食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><u>1 経口摂取回復促進加算1に関する施設基準</u> (略)</p> <p><u>2 経口摂取回復促進加算2に関する施設基準</u></p>	<p><u>応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。</u></p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(1) <u>摂食嚥下機能の回復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。</u></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長等に報告していること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
---	--

<p>(略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(1) <u>当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（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><u>ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師</u></p> <p><u>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</u></p> <p><u>ウ 専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p><u>エ 専任の常勤薬剤師</u></p> <p><u>オ 専任の常勤管理栄養士</u></p> <p><u>カ 専任の歯科衛生士</u></p> <p><u>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(2) <u>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、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、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。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(3) <u>摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。</u></p>

⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者の要件を見直す。

第2 具体的な内容

個別栄養食事管理加算の算定対象に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を加える。

現 行	改定案
<p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>悪性腫瘍を有する当該患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>イ 緩和ケアを要する<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事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 当該体制において、<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p>	<p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事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 当該体制において、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p>

⑨ 周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

第1 基本的な考え方

化学療法や放射線療法等が行われている患者に対して、実施される周術期等口腔機能管理を推進する観点から、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価及び周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価を見直す。
2. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して行われる周術期等専門的口腔衛生処置1の算定回数制限を見直す。

現 行	改定案
<p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 190点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）】 [算定要件] 注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）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。</p>	<p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 200点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）】 [算定要件] 注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。</p>

① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。

現 行	改定案
【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>糖尿病の患者については、患者の 状態に応じて、年1回程度眼科の医 師の診察を受けるよう指導を行うこ と。</u>

2. 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

第1 基本的な考え方

移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供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. 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現 行	改定案								
<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 導入期加算 1</u></td> <td style="text-align: right;">300点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ 導入期加算 2</u></td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	<u>イ 導入期加算 1</u>	300点	<u>ロ 導入期加算 2</u>	400点	<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 導入期加算 1</u></td> <td style="text-align: right;">200点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ 導入期加算 2</u></td> <td style="text-align: right;">500点</td> </tr> </table>	<u>イ 導入期加算 1</u>	200点	<u>ロ 導入期加算 2</u>	500点
<u>イ 導入期加算 1</u>	300点								
<u>ロ 導入期加算 2</u>	400点								
<u>イ 導入期加算 1</u>	200点								
<u>ロ 導入期加算 2</u>	500点								
<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>300点又は400点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>	<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>200点又は500点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>								

<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>過去2年で1人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>前年度に3人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] 3 「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、<u>臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。</u></p>
--	---

2. 腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。

(新) 腎代替療法指導管理料 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、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、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、当該保険医療機関の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2回に限り算定する。
- (2) 1回の指導を30分以上行った場合に算定する。
- (3) 腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR (mL/分/1.73m²) がいずれも30未満の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- (4) 当該管理料の算定に当たっては、(3)の要件を満たす慢性腎臓

病者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。

- (5) 当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容等の要点を診療録に記載する。
- (7) 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
- (8) 本管理料を算定する場合にあっては、(3)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア (3)のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の①から③のうちいずれかに該当するもの。
 - ① 25ml/min/1.73m²以上、30ml/min/1.73m²未満
 - ② 15ml/min/1.73m²以上、25ml/min/1.73m²未満
 - ③ 15ml/min/1.73m²未満
 - イ (3)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。

[施設基準]

- (1) 腎代替療法指導管理料の施設基準
 - ・ 以下の全てを満たしていること。
 - ア 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。
 - イ 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度に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又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - ・ 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師

- イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
- ・ 腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的を実施すること。

③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

第1 基本的な考え方

妊娠中の糖尿病患者及び妊娠糖尿病患者における分娩後の糖尿病管理を推進する観点から、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について、分娩後12週間以内も算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] 注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指</p>	<p>【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 <u>1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</u> <u>1</u> <u>2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</u> <u>2</u></p> <p>[算定要件] 注 <u>1</u> <u>1</u>については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。 <u>2</u> <u>2</u>については、<u>1</u>を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、<u>1</u>回に限り算定する。</p> <p>(1) <u>在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</u> <u>1</u>は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づ</p>

導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者

(1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

（略）

(2) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

（略）

(新設)

く指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者

ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

（略）

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

（略）

(2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

2は、(1)に該当し、妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについては、分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に、1回に限り算定する。

④ 歯科疾患管理料の見直し

第1 基本的な考え方

歯科疾患管理料について、長期的な継続管理等の評価をさらに充実させる観点から、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 初診月の歯科疾患管理料の評価を見直す。
2. 歯科疾患に対する管理及び療養上必要な指導について、継続的な長期管理を実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【歯科疾患管理料】 100点</p> <p>[算定要件] 注1 1回目の歯科疾患管理料は、<u>継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回に限り算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【歯科疾患管理料】 100点</p> <p>[算定要件] 注1 1回目の歯科疾患管理料は、<u>歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p> <p>12 <u>初診日の属する月から起算して、6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u> 120点</p> <p>ロ <u>イ以外の保険医療機関の場合</u> 100点</p>

⑤ 歯周病重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

歯周病安定期治療の対象となっていない、歯肉に限局する炎症症状を認める患者に対する歯周病重症化予防治療を実施した場合の評価を新設する。

(新) 歯周病重症化予防治療

1	1 歯以上10歯未満	150点
2	10歯以上20歯未満	200点
3	20歯以上	300点

[対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、2回目以降の歯周病組織検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 歯周組織の多くの部分は健康であるが、部分的に歯肉に限局する炎症症状を認める状態又はプロービング時の出血が見られる状態

[算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病重症化予防治療」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回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。
- (3) 歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した月は、別に算定できない。

⑥ 健康増進法の一部を改正する法律の 施行に伴う見直し

第1 基本的な考え方

健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関においては、原則敷地内禁煙が義務づけられていることから、禁煙を求めている施設基準について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 屋内禁煙については、各施設基準の要件から削除する。

現 行	改定案
<p>【乳幼児加算・幼児加算】 [算定要件]</p> <p>注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児について、所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること</p>	<p>【乳幼児加算・幼児加算】 [算定要件]</p> <p>注1 乳幼児加算は、<u>保険医療機関</u>に入院している3歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 幼児加算は、<u>保険医療機関</u>に入院している3歳以上6歳未満の幼児について、所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] <u>(削除)</u></p> <p>※ <u>総合入院体制加算2及び3、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、小児療養環境特別加算、がん拠点病院加算、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、悪性腫瘍特異物質治療管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、</u></p>

	<p><u>外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、喘息治療管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、乳幼児育児栄養指導料、生活習慣病管理料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料についても同様</u></p>
--	---

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

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、企業から提供された勤務状況に関する情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施する等の医学管理を行った場合の評価となるよう、療養・就労両立支援指導料について対象患者等の要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。
2. 対象疾患について、がんの他に、脳卒中、肝疾患及び指定難病を追加する。
3. 対象者について、産業医の選任されている事業場に勤務する者の他に、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者又は保健師が選任されている事業場に勤務する者を追加する。
4. 相談体制充実加算については、廃止とする。

現 行	改定案				
<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <p style="text-align: right;">1,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>がんと診断された患者（産業医（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をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）</u>について、就労の状況を</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">1 初回</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">800点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2 2回目以降</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">400点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>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</u></p>	1 初回	800点	2 2回目以降	400点
1 初回	800点				
2 2回目以降	400点				

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、産業医に対し、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治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

- 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保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

(新規)

- 3 注1の規定に基づく産業医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)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であつて、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に限り算定する。

ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に

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産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は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治療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 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

- 4 注1の規定に基づく産業医等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)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (2) 療養・就労両立支援指導料は、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疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する。

ア 治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用

伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」及び「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。

イ 悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取したうえで、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ 悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者の勤務する事業場の産業医から、文書で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得ていること。

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を受け取ること。

イ 治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ 治療を担当する医師が、以下のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、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治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。

① 病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」、「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録等に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場

<p><u>エ ウの助言を踏まえ、悪性腫瘍の治療を担当する医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明すること。</u></p> <p><u>(3) 患者に対する指導及び説明並びに産業医による助言を診療録等に記載する。</u></p> <p><u>(4) 「注2」に規定する相談体制充実加算については、入院中の患者以外の患者が利用可能な相談窓口等において専任の看護職員又は社会福祉士が、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、就労と治療の両立のための相談に応じる体制を有している保険医療機関において、所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>合は、当該産業医に対して当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。</u></p> <p><u>② 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(3) 2については、1を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>(4) 「注3」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。</u></p> <p><u>(5) 1については、事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービスとして、別に徴収することはできない。</u></p> <p><u>(6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業</u></p>
--	--

<p><u>[体制充実加算の施設基準]</u> <u>(1) がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該窓口は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが望ましい。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。</u></p> <p><u>[相談支援加算の施設基準]</u> <u>(1) 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</u></p> <p><u>[厚生労働大臣の定める疾患]</u> <u>1. 悪性新生物</u> <u>2. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血</u> <u>その他の急性発症した脳血管疾患</u> <u>3. 肝疾患（経過が慢性なものに限る。）</u> <u>4. 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。）</u> <u>その他これに準ずる疾患</u></p>
--	---

【Ⅱ－６ アウトカムにも着目した評価の推進 －①】

① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

② データ提出加算の見直し

第1 基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。
2. 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料7が一定期間算定できるよう、規定を見直す。
3. 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に1回に算定可能とする。
4. 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。 <u>ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。</u></p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】 [施設基準] <u>許可病床数が200床以上の病院にあ</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行っ</p>

つては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【経過措置】

[施設基準]

八 平成30年3月31日において、現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、平成31年3月31日（ただし、当該保険医療機関の許可病床数が50床未満、当該保険医療機関が保有する病棟が1のみ又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入

た保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

ただし、新規に保険医療機関を指定する場合であって急性期一般入院料7を届け出る場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。

（急性期一般入院料7について、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすことができる。）

【経過措置】

[施設基準]

八 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟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床未満であるものは、平成32年3月31日)までの間に限り、次の(1)から(9)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(9)までに定めるものに該当するものとみなす。

- (1) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (2) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のイ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (3) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のロ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (4) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のハ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (5) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料1 第五の三の(1)のイの⑦
- (6) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料2 第五の三の(1)のイの⑦
- (7) 旧医科点数表の特定機能病院入院基本料の一般病棟の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(3) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料6(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

五の(1)のイの②の5

(8) 旧医科点数表の専門病院入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の六の(2)の口の⑤

(9) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料第九の十の(2)のト、(3)（(2)のトに限る。）、(4)のニ、(5)（(4)のニに限る。）、(6)のロ又は(7)

(新設)

(削除)

(削除)

九 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟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、データの提出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5

(3) 旧医科点数表の回復期リハビ

<p>【提出データ評価加算】</p> <p>注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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p>	<p><u>生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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、手術の実施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に、当該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、データ提出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、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、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟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、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</u></p> <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>40点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2の<u>ロ</u>を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p>
--	--

<p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>1割未満</u>であること。)</p>	<p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>2%未満</u>、かつ診療報酬明細書においては同割合が<u>10%未満</u>であること。)</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2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5、6(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)、療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料の病床が200床未満の病院であって、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場合については、当分の間、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

① がん拠点病院加算の見直し

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体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた、「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」及び「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」の取扱は、以下のとおりとする。
 - ・ 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」については、従来の「地域がん診療連携拠点病院」と同様に、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とする。
 - ・ 「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」については、地域がん診療連携拠点病院の要件を満たさない施設に対する暫定的な類型であることを踏まえ、「1 がん診療連携拠点病院加算 ロ 地域がん診療病院」の対象とする。

現 行	改定案
<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。</p>	<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。</u>）の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の</p>

<p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準</p> <p>(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) がん拠点病院加算の1のイは、 キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、 がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。</p>	<p>医療関係職種が参加していることが望ましい。</p> <p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準</p> <p>(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u>又は<u>地域がん診療病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) がん拠点病院加算の1のイは、 キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、<u>がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）</u>として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、 がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u>又は<u>地域がん診療病院</u>として指定された病院を評価したものである。</p>
---	--

2. 新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療中核拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象とする。

現 行	改定案
<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>注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であって、ゲノム情報を用いたが</p>	<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>注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であって、ゲノム情報を用いたが</p>

<p>ん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する<u>中核となる拠点病院</u>であること。</p> <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「<u>がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について</u>」（平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、<u>がんゲノム医療中核拠点病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、<u>がんゲノム医療中核拠点病院</u>において算定する。</p>	<p>ん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、<u>がんゲノム拠点病院加算として</u>250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する<u>拠点病院</u>であること。</p> <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「<u>がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について</u>」（令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、<u>がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、<u>がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院</u>において算定する。</p>
--	--

② 遺伝子パネル検査に係る 遺伝カウンセリングの評価の見直し

第1 基本的な考え方

がんゲノム医療を推進する観点から、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

遺伝子パネル検査の項目新設に伴い、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて評価を新設する。

がんゲノム医療中核拠点病院等で遺伝カウンセリング体制が整備されていることを踏まえ、遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算を算定できる施設をがんゲノム医療中核拠点病院等に限定する。

現 行	改定案
<p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算 (検体検査判断料の注加算)】 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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族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> <p>(新設)</p>	<p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算 (検体検査判断料の注加算)】 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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査又は<u>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> <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</p>

<p>[算定要件]</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイドンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>	<p><u>除医療機関において、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、遺伝性腫瘍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></p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D006-18」に掲げるBRCA遺伝子変異、又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u>を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイドンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>
--	--

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

患者や家族の意向に沿いつつ地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

緩和ケア病棟入院料1について、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料又は在宅がん医療総合診療料の届出を行っていることを要件とするとともに、平均在院日数に係る要件を削除する。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>(新規)</u></p>	<p>【緩和ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u></p> <p>① <u>区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算</u> ② <u>区分番号B001・24に掲げる外来緩和ケア管理料</u> ③ <u>区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料</u></p>
<p><u>(13) 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。</u> <u>ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。</u> <u>イ 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。</u> <u>(イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日</u> <u>(ロ) 患者が当該病棟に入院した</u></p>	<p><u>(13) 以下のア又はイを満たしていること。</u> <u>(削除)</u></p> <p><u>ア 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。</u> <u>(イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日</u> <u>(ロ) 患者が当該病棟に入院した</u></p>

<p>日</p> <p><u>ウ</u> 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者</p> <p>(ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者</p> <p>(ハ) 死亡退院の患者</p>	<p>日</p> <p><u>イ</u> 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者</p> <p>(ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者</p> <p>(ハ) 死亡退院の患者</p>
--	--

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

第1 基本的な考え方

医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来での抗がん剤治療の質を向上させる観点から、患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会の実施等の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。

(新) 連携充実加算 150点（月1回）

[対象患者]

外来化学療法加算1のAを算定する患者

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗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、150点を月1回に限り所定点数に加算する。
- (2) その他以下の要件を満たすこと。
 - ・ 治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
 - ・ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。
 - ・ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
 - ・ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 外来化学療法加算1に規定するレジメン（治療内容）に係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。
 - ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
 - イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。
 - ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 栄養指導の体制として、外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

[経過措置]

令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

第1 基本的な考え方

がんの化学療法は、外来での治療が主流となってきたが、副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し、がん治療の継続に大きな影響を与えるため、個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる。

しかし、外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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。</p> <p><u>2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月</u></p>

<p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p>	<p><u>2回以上の指導をした場合に限り、2回目に口の点数を算定する。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。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 <u>イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>ロ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。</u></p>
--	---

⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

第1 基本的な考え方

がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報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

患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。

（新） 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2

100点（月1回まで）

[対象患者]

保険医療機関（連携充実加算を届出ている場合に限る）において、抗悪性腫瘍剤が注射されている悪性腫瘍の患者であって、化学療法のレジメン（治療内容）等について、文書により交付されているもの。

[算定要件]

- （1）保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤を注射された患者について、当該患者の治療内容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場合であって、当該患者の同意を得た上で、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等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。
- （2）当該加算における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

[施設基準]

特定薬剤管理指導加算2に規定する施設基準

- (1) 保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する薬剤師が勤務していること。
- (2) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）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体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する薬剤師の少なくとも1名が年1回以上参加していること。

[経過措置]

令和2年9月30日までの間は、上記（4）の規定の基準を満たしているものとする。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する 治療等の評価

第1 基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを
発症している患者における、BRCA遺伝子検査、遺伝カウンセリング、
乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても
評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 乳がん、卵巣がん又は卵管がんの患者のうち、発症年齢や家族歴等
から遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われるものに対する生殖細胞系
列のBRCA遺伝子検査について新たな評価を行う。
2. 乳がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断されたもの
に対する対側の乳房切除術や子宮附属器腫瘍切除術について新たな評
価を行う。
また、卵巣がん又は卵管がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症
候群と診断された者に対する、乳房切除術について新たな評価を行う。
3. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された患者のうち、乳房切除術
を選択しなかったものに対するフォローアップとして、乳房MRI加
算を算定できるよう要件を見直す。
4. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対する一連の遺伝カ
ウンセリングについて新たな評価を行う。

(新) BRCA 1 / 2 遺伝子検査 2 血液を検体とするもの

20,200点

[算定要件]

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として当該検査を実施す
るに当たっては、厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の
「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き2017年版」

を参照すること。なお、その医療上の必要性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]

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(BRCA1／2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準)

- (1) 卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の実験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の実験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の実験を5年以上有する常勤医師又は乳癌外科の専門的な研修の実験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として実施する場合には、(1)又は(2)のいずれかを満たすこと。
- (4) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

(新) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術

[算定要件]

K手術 通則第19号

K475 (乳房切除術)、K888 (子宮附属器腫瘍切除術) 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遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

- (1) 当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳癌外科又は産婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。
- (2) 当該手術の実施前に、(1) のカンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じう

る利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

[施設基準]

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- (1) 乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (2) 子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は、産婦人科又は婦人科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (4) 乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (7) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

現 行	改定案
<p>【がん患者指導管理料】 (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>ニ <u>医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合</u> 300点</p> <p>注4 <u>ニについては、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者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を</u></p>

<p>[施設基準] (新設)</p> <p>【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</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を実施し、その結果について患者又はその家族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> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p>	<p><u>行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>4 <u>がん患者指導管理料二に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。</u></p> <p>(2) <u>患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。</u></p> <p>【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</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又は<u>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> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D006-18」に掲げるBRCA遺伝子検査又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u>を実施する際、以下のいずれも満たした</p>
---	--

ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。
イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。
なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】

[算定要件]

(12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

【組織拡張器による再建手術（一連につき）】

1 乳房（再建手術）の場合

場合に算定できる。

ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。
イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。
なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】

[算定要件]

(12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

【組織拡張器による再建手術（一連につき）】

1 乳房（再建手術）の場合

18,460点	18,460点
2 その他の場合 19,400点	2 その他の場合 19,400点
<p>[算定要件]</p> <p>(2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。</p> <p>ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、<u>乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。</p> <p>ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 乳腺腫瘍<u>患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が</p>

生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStage II以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 一次二次的再建の場合

乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStage II以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 一次二次的再建の場合

乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

第1 基本的な考え方

介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬を見直す。

第2 具体的な内容

介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用についても、医療保険による給付の対象とする。

現 行	改定案
<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p>抗悪性腫瘍剤（<u>医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。</u>）の費用</p>	<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p>抗悪性腫瘍剤（<u>悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。</u>）の費用</p>

① 認知症ケア加算の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症ケア加算の評価体系を、現行の2段階から3段階に見直す。

現 行	改定案
【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上 of 期間 30点 <u>(新設)</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上 of 期間 10点 [算定要件] <u>(新設)</u>	【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 160点 ロ 15日以上 of 期間 30点 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 100点 ロ 15日以上 of 期間 25点 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 40点 ロ 15日以上 of 期間 10点 [算定要件] (6) 認知症ケア加算 2 ア <u>病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。</u> イ <u>当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュ</u>

<p>(6) <u>認知症ケア加算 2</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。</u></p> <p><u>ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。</u></p> <p>(7) <u>認知症ケア加算 3</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>認知症ケア加算 2 の施設基準</u> <u>当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。</u></p> <p>(1) <u>認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。</u> (※ 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算 1 における認知症ケアチームの要件と同様)</p> <p>(2) <u>原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上</u></p>
--	--

	<p><u>配置すること。</u> (※ 看護師の研修に係る要件は、認知症ケア加算3の要件と同様)</p> <p><u>(3) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>(4) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。</u></p> <p><u>(5) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対して、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。</u></p>
--	---

2. 認知症ケア加算1の医師及び看護師に係る要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p>	<p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、<u>原則週16時間以上</u>、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p>

<p>の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。</p> <p>(中略)また、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24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p>	<p>の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。</p> <p>(中略)また、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医師(精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p>
---	---

3. 認知症ケア加算2の名称及び看護師に係る要件を見直し、評価の充実を行う。

現 行	改定案
<p>【認知症ケア加算2】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>30点</u></p> <p>ロ 15日以上の期間 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</p>	<p>【認知症ケア加算3】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>40点</u></p> <p>ロ 15日以上の期間 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。<u>ただし、(1)に掲げる3名の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものと</u></p>

<p>ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・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。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p>	<p><u>して差し支えない。</u></p> <p>ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・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。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p>
---	---

【Ⅱ－7－3 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 ー①】

① 精神病棟における退院時共同指導の評価

「Ⅱ－3－③」を参照のこと。

【Ⅱ－7－3 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 ー②】

② 精神科外来における多職種による
相談支援・指導への評価

「Ⅱ－3－④」を参照のこと。

③ 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

第1 基本的な考え方

精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、その本来の趣旨等を踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科在宅患者支援管理料1及び2について、対象患者の要件等を見直すとともに、引き続き訪問診療を行う場合の評価を新設する。
2. 関係機関の職員等と共同して実施するカンファレンスの開催頻度等の要件を見直す。また、初回のカンファレンスは対面で行い、2回目以降についてはビデオ通話によるカンファレンスも可能とする。

現 行	改定案
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>1 精神科在宅患者支援管理料1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 3,000点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 2,500点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ イ及びロ以外の患者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 2,030点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>1 精神科在宅患者支援管理料1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 3,000点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 2,500点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点</p> <p style="padding-left: 20px;">ハ イ及びロ以外の患者の場合</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) 単一建物診療患者1人 2,030点</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p>

<p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>注 1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、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る。）に、<u>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。ただし、イについては、6 月を限度として算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点</p> <p><u>3 精神科在宅患者支援管理料 3</u></p> <p><u>イ 単一建物診療患者 1 人</u> 2,030点</p> <p><u>ロ 単一建物診療患者 2 人以上</u> 1,248点</p> <p>注 1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、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る。）に、<u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>
---	---

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、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、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

（新設）

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 3については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者であって、精神科在宅患者支援管理料1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、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、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

<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ついて算定できる。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(5) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ウ (5)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(6) 「1」の口及び「2」の口は、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。</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ついて、<u>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。</u></p> <p>(4) 「3」については、以下のいずれかに該当する患者に限り算定すること。</p> <p>ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、<u>6月を経過した患者</u></p> <p>イ 「1」の口又は「2」の口を前月に算定した患者であって、<u>引き続き訪問診療が必要な患者</u></p> <p>(6) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。</p> <p>ウ (6)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンス(以下「<u>チームカンファレンス</u>」という。)を行うこと。うち、<u>2月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議(以下「<u>共同カンファレンス</u>」という。)を開催すること。</u>ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が<u>共同カンファレンス</u>に参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<u>なお、共同カンファレンスについては、初回は対面で行うこと。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分において、「<u>ビデオ通話</u>」という。)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</u></p> <p>(7) 「1」の口及び「2」の口は、(6)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。</p>
---	---

イ (5)のアに規定する専任のチーム及び保健所又は精神保健福祉センター等と共同して月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(8) 精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のウに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア (5)のアに規定するチームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに直面で参加しているとき

イ 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会すること

(9) また、精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のアに規定する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（平成30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

イ (6)のアに規定する専任のチームが月1回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度、保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話を用いて参加することもできる。

(削除)

(削除)

<p><u>院料1のみを届け出ている病院を除く。）等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、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した場合でも算定可能である。</u></p> <p><u>(10)精神科在宅患者支援管理料2のロにおける(6)のイに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、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した場合でも算定可能である。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ並びに精神科在宅患者支援管理料2の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。</p> <p>ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。</p>	<p>(削除)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ、<u>精神科在宅患者支援管理料2並びに精神科在宅患者支援管理料3の施設基準</u></p> <p>イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。</p> <p>ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。</p>
---	--

[経過措置]

精神科在宅患者支援管理料1のハを令和2年3月31日時点で現に算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き当該管理料を算定できる。

3. 訪問看護療養費における精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算について、精神科在宅患者支援管理料の見直しにあわせて以下の取扱いとする。

現 行	改定案
<p>【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】 [算定要件]</p> <p>注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1016に掲げる精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2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、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (略)</p>	<p>【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】 [算定要件]</p> <p>注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1016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、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>※ <u>精神科訪問看護・指導料における精神科複数回訪問加算についても同様。</u></p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (略)</p> <p>※ <u>チームカンファレンス及び共同カンファレンスの要件について、精神科在宅患者支援管理料と同様に見直す。</u></p>

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

第1 基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.9</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.9</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>1.5%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。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</p>	<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.85</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.85</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>2.4%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。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</p>

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に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12）

（新設）

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に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12）

- (18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届出する場合には、今回届出前月末日

	<p><u>時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。</u></p>
--	--

2. 当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

現 行	改定案
<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>2名以上（入院患者の数が40を超える場合は3名以上）</u>の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>2名</u>の専従の常勤精神保健福祉士と、<u>1名</u>の専従の常勤社会福祉士が配置されていけばよいこと。</p>	<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の<u>常勤の</u>精神保健福祉士が<u>一名以上配置</u>されており、かつ、当該病棟に<u>専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）</u>配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>1名以上</u>の専従の常勤精神保健福祉士<u>及び専任の常勤精神保健福祉士1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）</u>が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>1名</u>の専従の常勤精神保健福祉士<u>及び1名の専任の常勤精神保健福祉士</u>と、<u>1名の専任の常勤社会福祉士</u>が配置されていけばよいこと。</p>

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和2年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和6年3月31日までに延長する。

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

第1 基本的な考え方

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、3つの類型に分けて評価する。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき） <u>500点</u> (新設)</p>	<p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>1 <u>精神科急性期医師配置加算1</u> <u>600点</u></p> <p>2 <u>精神科急性期医師配置加算2</u></p> <p>イ <u>精神病棟入院基本料等の場合</u> <u>500点</u></p> <p>ロ <u>精神科急性期治療病棟入院料の場合</u> <u>500点</u></p> <p>3 <u>精神科急性期医師配置加算3</u> <u>450点</u></p>
<p>[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病棟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、精神科急性期医師配置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。</p>	<p>[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病棟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、精神科急性期医師配置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、<u>当該基準に係る区分に従い、</u>所定点数に加算する。</p>

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

ロ 次のいずれも満たしていること。

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有する保険医療機関であること。

(新設)

② 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。

(2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。

イ 次のいずれも満たしていること。

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。

③ 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。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

本料に限る。)であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(新設)

(新設)

[施設基準]

1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

(新設)

であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算 2の口の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- ② 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(5) 精神科急性期医師配置加算 3の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。
- ② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること
- ③ 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。

[施設基準]

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算 1に

ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）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。

「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」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に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(新設)

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

(新設)

ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

関する基準

(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）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。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」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倒した場合、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に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上であること。

(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

ウ 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

エ 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

オ 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(4) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

(5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

(6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

⑥ 精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し

第1 基本的な考え方

精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料について、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] 【別表第五の一の四】 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・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） <u>（新設）</u></p> <p>【別表第五の一の五】 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p>	<p>[施設基準] 【別表第五の一の四】 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・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） <u>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。）</u></p> <p>【別表第五の一の五】 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p>

<p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)</u></p>
--	--

2. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 <u>250点</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1については、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、<u>月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p><u>イ 入院中の患者 250点</u></p> <p><u>ロ 入院中の患者以外 250点</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中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、<u>当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p><u>2 1のロについては、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、当該薬剤を投与</u></p>

<p>(新設)</p> <p>(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。</p>	<p>したときに算定する。</p> <p>(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。</p>
--	--

⑦ 精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

第1 基本的な考え方

精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者について、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直し、また、精神科急性期治療病棟入院料を算定できる期間についても見直す。

現 行	改定案
<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、次のア又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。）であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</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、次のア又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。）<u>若しくはウに該当する患者</u>であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</p>

<p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。） <u>（新設）</u></p> <p>(2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。 <u>（新設）</u></p>	<p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。） <u>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から当該病棟に転棟した入院患者</u></p> <p>(2) <u>新規患者については、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。</u></p> <p>(3) (1)のウに該当する患者については、<u>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、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。</u> <u>ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする。</u> <u>イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。</u></p> <p>※ <u>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。</u></p>
---	--

2. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準] 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設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。）</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準] 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、<u>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</u>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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設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。）</p> <p>※ <u>精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における精神科急性期医師配置加算、及び精神科救急・合併症入院料についても同様。</u></p>

⑧ 精神科救急入院料の見直し

第1 基本的な考え方

地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る保険医療機関においては、病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化する。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) 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。</p> <p>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。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口万対1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 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件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であ</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関が</u>、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。</p> <p>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。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口<u>1万人当たり</u>1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 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件以上又はアの地域における人口<u>1万人当たり</u>0.5件</p>

<p>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（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（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。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。</u></p>	<p>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（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（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。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイの「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。</u></p> <p>※ <u>精神科救急入院料2についても同様。</u></p>
---	--

2. 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。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、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。</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。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、<u>令和4年3月31日までの間</u>、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。</p>

⑨ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

第1 基本的な考え方

ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

算定対象となる入院料として、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟）を追加する。

現 行	改定案
<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>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～コ (略) <u>(新設)</u> エ～ユ (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注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～ミ (略) シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟に限る。) <u>エ～イニ</u> (略)</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>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～コ (略) <u>エ ハイリスク分娩管理加算</u> <u>テ～メ</u> (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注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～ミ (略) シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。) <u>エ～イニ</u> (略)</p>

⑩ 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

ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 市町村又は都道府県の職員とのカンファレンスに係る参加者の要件及びビデオ通話等による参加の要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師及び市町村又は都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師及び市町村若しくは都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、初回は対面で実施すること。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p>

<p>できる。</p> <p><u>ア (5)のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(削除)</u></p> <p><u>(7) (5)のカンファレンスを実施した場合は、その都度、市町村等にその結果を文書により情報提供を行うこと。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p>
---	--

2. 市町村又は都道府県との連携実績に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(1) 精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内である患者について、直近1年間の市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）との連携実績が1件以上であること。</u></p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料1については、施設基準の届出を不要とする。</u></p>

⑪ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

第1 基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児特定疾患カウンセリング料について、公認心理師が実施する場合の評価を新設する。また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する。

現 行	改定案
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 [算定要件]</p> <p>イ 月の1回目 500点 ロ 月の2回目 400点 (新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内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B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) 乳幼児期及び学童期における特</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 [算定要件]</p> <p>イ 医師による場合 (1) 月の1回目 500点 (2) 月の2回目 400点 ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、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B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) イについては、乳幼児期及び学</p>

定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(新設)

(新設)

(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。

(2) ロについては、一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとし、治療計画を立てた患者に対し乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。なお、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。

(3) (1)及び(2)のカウンセリングを家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

⑫ クロザピンを投与中の患者に対する ヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

クロザピンを投与中の患者については、定期的にヘモグロビンA1cを測定する必要があることから、ヘモグロビンA1cの検査について要件を見直す。

第2 具体的な内容

血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1c (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。</p>	<p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1c (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。<u>また、クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンA1c (HbA1c) を月1回に限り別に算定できる。</u></p>

⑬ 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

精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、対象疾患等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限を見直す。

現 行	改 定 案												
<p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上10日以内</td> <td style="text-align: right;"><u>225点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件] 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（特別入院基本料等を含む。）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10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>（新設）</u></p>	1	7日以内	450点	2	8日以上10日以内	<u>225点</u>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上15日以内</td> <td style="text-align: right;"><u>300点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件] 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（特別入院基本料等を含む。）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15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>（4）当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。</u></p>	1	7日以内	450点	2	8日以上15日以内	<u>300点</u>
1	7日以内	450点											
2	8日以上10日以内	<u>225点</u>											
1	7日以内	450点											
2	8日以上15日以内	<u>300点</u>											

2. 対象に指定難病の患者を加える。

現 行	改定案
<p>[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 (略) <u>(新設)</u></p>	<p>[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 (略) <u>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。）</u></p>

⑭ 精神療養病棟における リハビリテーションの推進

第1 基本的な考え方

精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟におけるリハビリテーションの算定要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注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、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、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、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。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注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、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、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、<u>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</u>、<u>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</u>、<u>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</u>、<u>区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H</u></p>

	<p><u>003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、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。</u></p>
--	---

⑮ ギャンブル依存症に対する治療の評価

第1 基本的な考え方

ギャンブル依存症に対して有効な治療の提供を推進する観点から、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

依存症集団療法の対象疾患にギャンブル依存症を追加する。

現 行	改定案
<p>【依存症集団療法（1回につき）】 340点</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>(1) 依存症集団療法は、入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソル</p>	<p>【依存症集団療法（1回につき）】</p> <p>1 薬物依存症の場合 340点 2 ギャンブル依存症の場合 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、ギャンブ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、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。</p> <p>(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。 ア 入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に</p>

ト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。

(2) 依存症集団療法は、1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。

(3) 依存症集団療法は、平成22~24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。

(新設)

規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。)が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 平成22~24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル(平成三十年法律第七十四号ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上

<p>[施設基準] 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。</u></p> <p><u>イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。</u></p> <p><u>ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。</u></p> <p>[施設基準] <u>(1) 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</u></p> <p><u>(2) 依存症集団療法の2にあつては、(1)に加え、ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。</u></p> <p><u>2 依存症集団療法2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成29年6月13日障発0613第4号）における依存症専門医療機関であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれ</u></p>
---	--

	<p><u>も依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)</u>。</p> <p><u>(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。</u></p> <p><u>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8時間以上の研修時間であるもの。)</u>。</p> <p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むこと。</u></p> <p><u>(イ) ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴</u></p> <p><u>(ロ) ギャンブル依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) ギャンブル依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ニ) ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ホ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点</u></p> <p><u>ウ 研修には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等を含むこと。</u></p>
--	---

① 難病患者に対する適切な医療の評価

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、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
2. 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

現 行	改定案																		
<p>【遺伝学的検査】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">処理が容易なもの</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">3,880点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>処理が複雑なもの</td> <td style="text-align: right;">5,000点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>処理が極めて複雑なもの</td> <td style="text-align: right;">8,000点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1)</p> <p>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</p> <p>① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連</p>	1	処理が容易なもの	3,880点	2	処理が複雑なもの	5,000点	3	処理が極めて複雑なもの	8,000点	<p>【遺伝学的検査】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">処理が容易なもの</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">3,880点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>処理が複雑なもの</td> <td style="text-align: right;">5,000点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>処理が極めて複雑なもの</td> <td style="text-align: right;">8,000点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1)</p> <p>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</p> <p>① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連</p>	1	処理が容易なもの	3,880点	2	処理が複雑なもの	5,000点	3	処理が極めて複雑なもの	8,000点
1	処理が容易なもの	3,880点																	
2	処理が複雑なもの	5,000点																	
3	処理が極めて複雑なもの	8,000点																	
1	処理が容易なもの	3,880点																	
2	処理が複雑なもの	5,000点																	
3	処理が極めて複雑なもの	8,000点																	

症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1 p 36欠失症候群、4 p 欠失症候群、5 p 欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22 q 11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群

- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

（新設）

症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1 p 36欠失症候群、4 p 欠失症候群、5 p 欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22 q 11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1

- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

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受容体関連関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱
② ソトス症候群、CPT2欠損

	<p>症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケト一シス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）/LMX1B 関連腎症、グルコーストランスポート1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病I型、III型、VI型、IXa型、IXb型、IXc型、IV型）、筋型糖原病（糖原病III型、IV型、IXd型）、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</p> <p>③ <u>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coni貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症</u></p>
--	--

<p>(4) (1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、別に厚生労働大臣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行われる場合に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからエまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからエまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「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」（平成30年3月5日保医発0305第1号）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</p> <p>(1)のエに掲げる疾患</p>	<p><u>候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群</u></p> <p>(4) (1)のエ及びオに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、別に厚生労働大臣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行われる場合に限り算定する。</p> <p>(5) (1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>(6) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからオまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(7) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからオまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(8) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ、エ及びオの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「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」（平成30年3月5日保医発0305第1号）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</p> <p>(1)のエ及びオに掲げる疾患</p>
--	--

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －①】

① 小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－1－②」を参照のこと。

② 小児科外来診療料の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する医療の提供を更に評価する観点から、小児科外来診療料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 算定対象となる患者の年齢を3歳未満から6歳未満に拡大する。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。

現 行	改定案
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 599点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 716点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 524点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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（3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。</p> <p>(6) <u>常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定</u></p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 599点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 716点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 524点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>(6) <u>当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。</u></p>

<p><u>できる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 小児科外来診療料の届出に関する事項</p> <p><u>小児科外来診療料については、小児科を標榜する保険医療機関であればよく、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>[施設基準]</p> <p>1 小児科外来診療料の届出に関する事項</p> <p><u>小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添●の様式●を用いること。</u></p>
--	---

③ 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より一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 初回算定日の属する月から起算して6月以内の期間は月1回に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
2. 算定対象となる患者について、受診の契機に係る要件を廃止し、対象年齢を6歳未満から12歳未満に拡大する。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。

現 行	改定案
<p>【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、<u>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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6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、療養上必要な指導を行った場合に、6月に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>[施設基準] 1 小児運動器疾患指導管理料に関</p>	<p>【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める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、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（<u>初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回</u>）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>[施設基準] 1 小児運動器疾患指導管理料に関</p>

<p>する基準</p> <p>(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。</p> <p>ア 整形外科の診療に従事した経験を5年以上有していること。</p> <p>イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、<u>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>する基準</p> <p>(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。</p> <p>ア 整形外科の診療に従事した経験を5年以上有していること。</p> <p>イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、<u>別添●の様式●を用いること。</u></p>
--	---

④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について対象となる患者や頻度等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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（3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。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投</p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投</p>

与の必要性が認められないため
抗菌薬を使用しないものに対し
て、療養上必要な指導及び検査
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、小
児抗菌薬適正使用支援加算とし
て、80点を所定点数に加算す
る。

与の必要性が認められないため
抗菌薬を使用しないものに対し
て、療養上必要な指導及び検査
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、小
児抗菌薬適正使用支援加算とし
て、月に1回に限り80点を所定
点数に加算する。

※ 小児かかりつけ診療料について
も同様。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑤】

⑤ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

「Ⅱ－7－3－⑪」を参照のこと。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑥】

⑥ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

「Ⅱ－7－3－⑨」を参照のこと。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑦】

⑦ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

「Ⅱ－7－3－⑪」を参照のこと。

⑧ 妊婦加算の扱い

第1 基本的な考え方

妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算の扱いを見直す。

第2 具体的な内容

区分番号A000に掲げる初診料の注7（妊婦に対して初診を行った場合に限る。）、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注10及び注11に規定する加算について、削除する。

現 行	改定案
<p>【初診料】 [算定要件] 注7 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初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注7 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初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p>

<p><u>注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</u></p> <p><u>注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>（削除）</u></p> <p><u>※ 再診料及び外来診療料についても同様。</u></p>
--	---

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑨】

⑨ 地域の救急医療体制における重要な役割を担う
医療機関に対する評価

「Ⅰ－1－①」を参照のこと。

⑩ 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要件を見直す。

第2 具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

現 行		改定案	
【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>900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>300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、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。		(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	
ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態		ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	
イ 意識障害又は昏睡		イ 意識障害又は昏睡	
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態		ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒		エ 急性薬物中毒	
オ ショック		オ ショック	
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）		カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	
キ 広範囲熱傷		キ 広範囲熱傷	

<p>ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態</p> <p>(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重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。</p> <p>(4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態</p> <p>(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その他の重症な状態(コ)にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。</p> <p>(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、(2)のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算2を算定する場合は、(2)のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態(コ)のいずれに該当するかについて、選択すること。</p> <p>(5) 救急医療管理加算を算定するに当たって、(2)のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(6) 救急医療管理加算を算定すべき重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>
--	---

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑪】

⑪ 救急医療体制の充実

「Ⅰ－1－②」を参照のこと。

⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

第1 基本的な考え方

脳梗塞の急性期治療に用いる r t - P A (アルテプラーゼ) 静注療法を普及する観点から、日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点</p> <p>[施設基準] □ <u>当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>薬剤師が常時配置されていること。</u></p> <p>(3) <u>診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。</u></p> <p>(7) <u>コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。</u></p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） 10,800点</p> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(7) <u>コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</u></p> <p>[算定要件] (4) <u>投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。</u></p>

2. 超急性期脳卒中加算の算定要件について、地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設で r t - P A を投与した上で、より専門的な医療機関に二次搬送を行って、入院治療及び管理する場合も算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【超急性期脳卒中加算】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、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。</p> <p>(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に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。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、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、<u>組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合又は当該施設基準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の外来で、組織プラスミノゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <p>(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与し、<u>当該医療機関において入院で治療を行った場合又は当該施設基準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の外来で、組織プラスミノゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</u>なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p> <p><u>(5) 当該診療報酬の請求については、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に入院で治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</u></p>
--------------------	--

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類を拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。

また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（<u>抗MRS A薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。</u>）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 ウ <u>当該医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。</u> カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。また院内の抗菌薬</p>

<p>菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> <p>(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。</u></p>	<p>使用に関するマニュアルを作成する。<u>当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「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、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。</u></p> <p>(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の1の（7）に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。</u></p>
---	--

2. 抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直す。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件]</p> <p>3 <u>感染防止対策地域連携加算</u>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。</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件]</p> <p>3 <u>感染防止対策加算1</u>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。</p>

【Ⅱ－7－6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進 －②】

② 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

「Ⅱ－7－5－④」を参照のこと。

③ 歯科外来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する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科初診料、歯科再診料の施設基準について院内感染防止対策に係る要件を見直す。
2. 歯科初診料、歯科再診料の評価を充実する。

現 行	改定案
[算定要件]	[算定要件]
【初診料】	【初診料】
1 歯科初診料 <u>251点</u>	1 歯科初診料 <u>261点</u>
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点
【再診料】	【再診料】
1 歯科再診料 <u>51点</u>	1 歯科再診料 <u>53点</u>
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点	2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点
[施設基準]	[施設基準]
(新設)	(5) <u>歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること。</u>

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

第1 基本的な考え方

1. 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。
2. 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、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。
3. 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件とする。

現 行	改定案
<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] (新設)</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] 4の12 <u>中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。</u> <u>ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。</u> <u>イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。</u></p>

2. 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件とする。

現 行	改定案
<p>【中心静脈栄養を実施している状態】 [施設基準] 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。</p>	<p>【中心静脈栄養を実施している状態】 [施設基準] 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。 <u>なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。</u></p>

3. 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件とする。

現 行	改定案
<p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。</u> <u>(2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供するこ</u></p>

	<p>と。</p> <p>※ <u>末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術についても同様。</u></p>
--	---

【Ⅱ－７－７ 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価 ①】

① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

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

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの実施に当たり作成する「リハビリテーション実施計画」の位置づけを明確化する。具体的には以下のとおり。
 - ・ 疾患別リハビリテーションを行うに当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成することとする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、ADL項目としてBI又はFIMのいずれかをを用いるようにする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、診療録へ添付することとする。
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととした上で、当該計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについて、医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。また、併せて当該計画書の作成に当たり参考とする様式を整理する。

現 行	改定案
【リハビリテーション 通則】	【リハビリテーション 通則】
4 H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な	4 H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な

機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の5」までを参考にしたりハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

また、リハビリテーションの開始時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する。

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、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

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前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将

機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の●」までを参考にしたりハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。

また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上、当該リハビリテーション実施計画書の内容を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。また、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

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、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

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前月の状態との比較を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（FIM）、基本的日常生活活動度（BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能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。

4の2 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、標準的算定日数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」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であ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二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3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、患者又は家族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前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用

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（FIM）又は基本的日常生活活動度（BI）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。

4の2 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、標準的算定日数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」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であ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二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3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、患者又は家族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3か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適

について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「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については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数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」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、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前月の状態との比較を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、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能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を摘要欄に記載すること。

用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「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については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数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」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、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3か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BI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を摘要欄に記載すること。

③ 呼吸器リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

呼吸器リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第2 具体的な内容

呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加する。

現 行	改定案
<p>【呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 175点</p> <p>呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 85点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(4) 呼吸器リハビリテーション料 は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準)</p> <p>(2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。</p>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 175点</p> <p>呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 85点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(4) 呼吸器リハビリテーション料 は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準)</p> <p>(2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて2名以上勤務していること。</p>

<p>(呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)に関する施設基準) (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務していること。</p>	<p>(呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)に関する施設基準) (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。</p>
--	--

④ 難病患者リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

難病患者リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、難病患者リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第2 具体的な内容

難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加する。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 640点</p> <p>[施設基準]</p> <p>□ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ハ 患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。</p> <p>(2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 640点</p> <p>[施設基準]</p> <p>□ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>が適切に配置されていること。</p> <p>ハ 患者数は、看護師、理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>を含む従事者の数に対し適切なものであること。</p> <p>(2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、<u>常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士</u>との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病</p>

う日を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

2 届出に関する事項

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

2 届出に関する事項

(2) 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

⑤ 外来リハビリテーション診療料の見直し

第1 基本的な考え方

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を推進する観点から、外来リハビリテーション診療料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察をより実施しやすくするため、リハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和する。

現 行	改定案
<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 73点</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 110点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。</p>	<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 73点</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 110点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。</p>

⑥ 疾患別リハビリテーションの取扱いについて

第1 基本的な考え方

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、維持期リハビリテーションについて取扱いを整理する。

第2 具体的な内容

入院中の患者以外の患者であって、要介護被保険者等の患者に対する維持期リハビリテーションについて、平成31年3月31日まで算定可能とする経過措置が終了していることに伴い、引き続き維持期リハビリテーションの算定が可能である患者が明確になるよう、扱いを整理する。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 120点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 注4 注1本文の規定にかかわらず、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つて、<u>要介護被保険者等以外のもの</u>に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p>

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

60点

注5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等であるものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）

147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）

120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

60点

※ 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についても同様。

⑦ 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

言語聴覚療法を必要とする患者に対して、適切な治療を提供する体制を確保する観点から、言語聴覚療法のみを実施する場合について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の要件を見直す。

第2 具体的な内容

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たすものとする。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、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医師を2名組み合わせる</u></p>

	<p><u>ことにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</u></p> <p><u>イ 専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、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従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。</u></p> <p><u>ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を有していること。</u></p> <p><u>エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。</u></p>
--	---

⑧ がん患者リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供を推進する観点から、がん患者リハビリテーション料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

がん患者リハビリテーション料の算定対象患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に変更する。

現 行	改定案
<p>【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 205点</p> <p>[算定要件] (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 ア <u>食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がん</u>と診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者 イ <u>舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん</u>その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者 ウ <u>乳がん</u>により入院し、当該入</p>	<p>【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 205点</p> <p>[算定要件] (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 ア 当該入院中にがんの治療のための手術、<u>骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植</u>が行われる予定の患者又は行われた患者</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

<p><u>院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者</u></p>	
<p><u>エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>キ 当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>

⑨】

⑨ リンパ浮腫指導管理料及び リンパ浮腫複合的治療料の見直し

第1 基本的な考え方

リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断された患者に変更する。また、リンパ浮腫複合的治療料「1」の「重症の場合」の対象患者について病期分類Ⅱ期以降の患者に変更する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p>[算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、<u>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</u>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、理学療法士若しくは作業療法士が、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。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p>[算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、<u>鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたもの</u>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（<u>診断されたもの</u>にあつては、<u>当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。</u>）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、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</p>

<p>(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>【リンパ浮腫複合的治療料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>重症の場合</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>100点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1) リンパ浮腫複合的治療料は、<u>B001-7リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。</u></p>	1	重症の場合	200点	2	1以外の場合	100点	<p>中1回に限り算定する。</p> <p>(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>【リンパ浮腫複合的治療料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>重症の場合</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>100点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1) リンパ浮腫複合的治療料は、<u>鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。</u></p>	1	重症の場合	200点	2	1以外の場合	100点
1	重症の場合	200点											
2	1以外の場合	100点											
1	重症の場合	200点											
2	1以外の場合	100点											

【Ⅱ－7－7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価
⑩】

⑩ 多職種チームによる 摂食嚥下リハビリテーションの評価

「Ⅱ－3－⑦」を参照のこと。

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー①】

① 小児の在宅呼吸管理における材料の評価

第1 基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、小児の在宅人工呼吸管理等における実態を踏まえ、小児の呼吸管理に用いられる材料について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

在宅人工呼吸管理等について、小児の呼吸管理の特性と実態を踏まえて、6歳未満の乳幼児に対する「乳幼児呼吸管理材料加算」を新設する。

現 行	改定案
【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] (新設)	【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] 3 区分番号C103、C107又はC107-2に掲げる管理料を6歳未満の乳幼児に対して算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

【Ⅱ－8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー②】

② 在宅自己導尿における 特殊カテーテル加算の見直し

第1 基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、在宅自己導尿について、日本排尿機能学会等による診療ガイドラインを踏まえ、カテーテルに係る材料加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 「在宅自己導尿指導管理料」及び「特殊カテーテル加算」それぞれで評価されているカテーテルに係る費用について、評価体系を整理した上でエビデンスを踏まえた適切な評価とする。
2. 個々の患者の状態やニーズを踏まえ、受診回数及びカテーテルの使用頻度について、柔軟な算定が可能となるよう要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅自己導尿指導管理料】 [算定要件] 在宅自己導尿指導管理料 <u>1,800点</u> 注2 <u>第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</u></p>	<p>【在宅自己導尿指導管理料】 [算定要件] 在宅自己導尿指導管理料 <u>1,400点</u> 注2 <u>カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。</u></p>
<p>【特殊カテーテル加算】 [算定要件] <u>(新設)</u> 1 <u>間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ <u>親水性コーティングを有するもの</u> <u>960点</u> <u>(新設)</u></p>	<p>【特殊カテーテル加算】 [算定要件] 1 <u>再利用型カテーテル</u> <u>400点</u> 2 <u>間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ <u>親水性コーティングを有するもの</u> <u>(1) 60本以上の場合</u> <u>1,700点</u> <u>(2) 90本以上の場合</u> <u>1,900点</u> <u>(3) 120本以上の場合</u> <u>2,100点</u></p>
<p>ロ <u>イ以外のもの</u> <u>600点</u></p>	<p>ロ <u>イ以外のもの</u> <u>1,000点</u></p>

<p><u>2 間歇バルーンカテーテル 600点</u></p> <p>注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、<u>間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>3 間歇バルーンカテーテル 1,000点</u></p> <p>注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、<u>再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(4) 「2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ 親水性コーティングを有するもの」は、<u>排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。</u></u></p> <p><u>ア 脊髄障害</u></p> <p><u>イ 二分脊椎</u></p> <p><u>ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱</u></p> <p><u>エ その他</u></p> <p><u>(5) 「2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ 親水性コーティングを有するもの」は、<u>1月あたり60本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。）に算定することとし、これに満たない場合は「ロイ以外のもの」の所定点数を算定する。</u></u></p>
---	--

【Ⅱ－8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 －③】

③ トレッドミル等による 負荷心肺機能検査の評価の見直し

第1 基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

トレッドミル等による負荷心肺機能検査について、検査の実態を踏まえ評価を見直す。

現 行	改定案
【トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査】	【トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査】
トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 －④】

④ 冠動脈ＣＴ撮影の算定要件の新設

第１ 基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第２ 具体的な内容

心筋梗塞のリスクや治療の緊急性が低い患者に対する、安定冠動脈疾患の診断を目的としたコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の冠動脈ＣＴ撮影加算について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄に疾患や医学的根拠の記載をすることを算定要件に追加する。

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】</p> <p>注４ ＣＴ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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。</p>	<p>【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】</p> <p>注４ ＣＴ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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、<u>以下のアからオまでの場合に</u>、64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。<u>この場合におい</u></p>

	<p><u>て、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p><u>ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）</u></p> <p><u>イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）</u></p> <p><u>ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）</u></p> <p><u>エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合</u></p> <p><u>オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合</u></p>
--	---

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑤】

⑤ 安定冠動脈疾患に対する

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

第1 基本的な考え方

安定冠動脈疾患において待機的に実施される経皮的冠動脈インターベンションについて、日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

安定冠動脈疾患に対して待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、循環器内科又は心臓血管外科を含む複数診療科の医師が参加するカンファレンス等の実施を要件とする。

現 行	改定案
【経皮的冠動脈形成術（3 その他 のもの）】	【経皮的冠動脈形成術（3 その他 のもの）】
1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点	1 急性心筋梗塞に対するもの 36,000点
2 不安定狭心症に対するもの 22,000点	2 不安定狭心症に対するもの 22,000点
3 その他のもの 19,300点	3 その他のもの 19,300点
[算定要件]	[算定要件]
(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。また、 <u>医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要</u>	(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。 <u>なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス</u>

欄に記載すること。

ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変（新設）

- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的PCIのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「PCI/CABGの適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（PCI/CABG）：ステートメント&適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非ST上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 機能的虚血の原因である狭窄病変（削除）

イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変

ウ その他医学的必要性が認められる病変

- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

※ 経皮的冠動脈ステント留置術（3 その他のもの）についても同様。

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑥】

⑥ 人工内耳機器調整に対する評価

第1 基本的な考え方

人工内耳植込術後の、人工内耳用音声信号処理装置の調整は治療の一環であることから、医師や言語聴覚士による機器調整について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

人工内耳植込術を行った患者について、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合について、高度難聴指導管理料の加算を新設する。

現 行	改定案
(新設)	【人工内耳機器調整加算（高度難聴指導管理料の注加算）】
[算定要件] (新設)	[算定要件] 注3 <u>区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。</u>
(新設)	(4) <u>人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電氣的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。</u>
(新設)	(5) <u>人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科</u>

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>(6) 6歳の誕生日の属する月より前に当該加算を算定した場合にあっては、6歳の誕生日以後、最初に算定する月までは注3の6歳未満の乳幼児の算定方法の例によるものとする。</u></p>
--------------------	--

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑦】

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

第1 基本的な考え方

認知機能検査その他の心理検査のうち、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とする簡易なものについては、結果の信頼性確保の観点から、算定間隔等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

認知機能検査その他の心理検査のうち操作が容易なものについて、簡易な検査に該当するものを実施する際は3月に1回算定することを原則とする。また、医学的な必要性から3月に2回以上検査を実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に医学的根拠の記載を求めることとする。

現 行	改定案				
<p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】 （新設）</p> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。</p>	<p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】</p> <table border="1"> <tr> <td>イ 簡易なもの</td> <td>80点</td> </tr> <tr> <td>ロ その他のもの</td> <td>80点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、このうち「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とするもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら</p>	イ 簡易なもの	80点	ロ その他のもの	80点
イ 簡易なもの	80点				
ロ その他のもの	80点				

<p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度、ブルドン抹消検査、MED E多面的初期認知症判定検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、AQ日本語版、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、日本語版LSAS-J（6月に1回に限る。）、DES-II、EAT-26、M-CHAT、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>結果を分析した場合にのみ算定する。</p> <p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、<u>MAS不安尺度、MED E多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、EAT-26、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のもの</u>とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、DES-II、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p>(11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」は、<u>原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</u></p>
--	---

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑧】

⑧ 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切な評価を進めるため、以下の見直しを行う。

- ① 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。
- ② 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、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。
- ③ 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため要件を見直す。
- ④ 遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. E3又はC2区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、技術料の新設や削除を行う。
「Ⅱ－8－⑨」を参照のこと。
2. 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。また、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。
「Ⅱ－7－4－①」を参照のこと。
3. 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため、BCG法については次回改定まで算定できることとする。

現 行	改定案
【血液化学検査】 1 <u>アルブミン</u> <u>11点</u>	【血液化学検査】 1 <u>アルブミン（BCP改良法・BCG法）</u> <u>11点</u>
[算定要件] （新設）	[算定要件] <u>アルブミンのうち、BCG法によるものは、令和4年3月31日までの</u>

間に限り、算定できるものとする。

4. 次の遺伝子関連・染色体検査について、遺伝子関連・染色体検査判断料を新設する。

悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major BCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン19 (KRT19) mRNA検出、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、EGFR遺伝子検査(血漿)、骨髄微小残存病変量測定、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型、JAK2遺伝子検査 等

現 行	改定案
<p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点 (新設)</p> <p>2 血液学的検査判断料 125点</p> <p>3 生化学的検査 (I) 判断料 144点</p> <p>4 生化学的検査 (II) 判断料 144点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、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、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>(新設)</p>	<p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点</p> <p>3 血液学的検査判断料 125点</p> <p>4 生化学的検査 (I) 判断料 144点</p> <p>5 生化学的検査 (II) 判断料 144点</p> <p>6 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>7 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、<u>遺伝子関連・染色体検査判断料</u>、血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>注3 <u>区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD0</u></p>

	<p><u>06-9まで及び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。</u></p>
--	--

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑨】

⑨ 手術等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している医療技術を含む。）の保険導入及び既記載技術の再評価（廃止を含む。）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のあったものの例]

- (1) 臍頭十二指腸切除術（ロボット支援）
- (2) 同種クリオプレシピテート作製術
- (3) 脳性Na利尿ペプチド（BNP）
- (4) 体幹部定位放射線治療の適応拡大
- (5) 経皮的腎生検
- (6) デブリードマン（重症軟部組織感染症）
- (7) 病理組織標本作製（セルブロック法によるもの）の適応疾患の拡大

[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しているもの]

- (1) 神経変性疾患の遺伝子診断（※1）
- (2) 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭

清術（※2）

- (3) 角膜ジストロフィーの遺伝子解析
- (4) MEN1 遺伝子診断
- (5) 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
- (6) 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

※1：脊髄小脳変性症に係るもの。

※2：精巣腫瘍に係るもの。

[廃止を行う技術の例]

- (1) 四肢切断術 指（手、足）

2. C2、E3 区分で保険適用された新規医療材料、新規体外診断用医薬品等及び新たに薬価収載された医薬品等を使用する際の手技について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。

[技術の例]

経皮的卵円孔開存閉鎖術 31,850点

3. 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2020」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

また、以下の既存技術について、実態に即した評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【結膜結石除去術】</p> <p>2 多数のもの 390点</p>	<p>【結膜結石除去術】</p> <p>2 多数のもの <u>（1眼瞼ごと）</u> 390点</p>
<p>【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】</p>	<p>【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】</p>
<p>[算定要件]</p> <p><u>区分番号「K544」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「K553」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「K553-2」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>（削除）</u></p>

「K554」弁形成術（1弁のものに限る。）又は区分番号「K555」弁置換術（1弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「K544」、区分番号「K553」又は区分番号「K553-2」の「2」により算定する。

（新設）

【精索捻転手術】

- 1 対側の精索固定術を伴うもの 7,810点
- 2 その他のもの 8,230点

【造血幹細胞移植】

注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

注9 1及び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実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

（複数手術に係る費用の特例に関する告示）

別表第一

K544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	K554 弁形成術 K555 弁置換術
K553 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）	K554 弁形成術 K555 弁置換術
K553-2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	K554 弁形成術 K555 弁置換術

【精索捻転手術】

- 1 対側の精索固定術を伴うもの 8,230点
- 2 その他のもの 7,910点

【造血幹細胞移植】

注5 同種移植における造血幹細胞移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

注9 1及び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同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】

注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。

【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） 98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） 97点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】

注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。

【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

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 －⑩】

⑩ 注射の準用に係る規定の創設

第1 基本的な考え方

今般、革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

第2 具体的な内容

第1節に掲げられていない注射であって特殊なものの注射料について、処置や手術と同様に、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定できるよう注射の準用に係る規定を設ける。

現 行	改定案
<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、<u>第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</u></p> <p>7 <u>第1節注射料に掲げられていない注射のうち、特殊な注射（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の注射料は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。</u></p>

【Ⅱ－９ 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 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

「Ⅱ－７－６－③」を参照のこと。

【Ⅱ－９ 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 歯科疾患管理料の見直し

「Ⅱ－４－④」を参照のこと。

【Ⅱ－９ 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 歯周病重症化予防の推進

「Ⅱ－４－⑤」を参照のこと。

【Ⅱ－9 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 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

歯科疾患管理料の口腔機能管理加算及び小児口腔機能管理加算について、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態に合わせて要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算の扱いを見直す。
2. 口腔機能の発達不全を有する小児及び口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能管理を実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【歯科疾患管理料】 [算定要件] 12 <u>口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、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は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。</u>	【歯科疾患管理料】 [算定要件] (削除)
13 <u>口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。</u>	(削除)

(新) 小児口腔機能管理料 100点

[対象患者]

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能、嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）

[算定要件]

- (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ている患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者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、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) 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- (3) 小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(新) 口腔機能管理料 100点

[対象患者]

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（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼能力低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうちいずれか3項目以上に該当する患者）

[算定要件]

- (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ている患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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) 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- (3) 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

3. 口腔機能の評価を行うための口唇閉鎖力検査を行った場合の評価を新設する。

(新) 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

[算定要件]

小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

4. 口腔機能の評価を行うための舌圧検査の算定頻度についての要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【舌圧検査】 [算定要件] 注1 舌圧測定を行った場合は、<u>6</u>月に1回に限り算定する。</p>	<p>【舌圧検査】 [算定要件] 注1 舌圧測定を行った場合は、<u>3</u>月に1回に限り算定する。</p>

【Ⅱ－9 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 非経口摂取患者に対する口腔管理の推進

第1 基本的な考え方

経口摂取が困難な口腔の自浄作用の低下した療養中の患者に対する痂皮の除去等を評価する。

第2 具体的な内容

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師等が口腔衛生状態の改善を目的として行う処置に対する評価を新設する。

(新) 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき） 100点

[対象患者]

経管栄養等を必要とする経口摂取が困難な療養中の患者であって、口腔疾患を有するもののうち、患者自身による口腔清掃が困難な者

[算定要件]

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生状態の改善を目的として、痂皮等の除去（機械的歯面清掃を含む。）を行った場合に、月2回に限り算定する。

【Ⅱ－9 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 －⑥】

⑥ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し

第1 基本的な考え方

6歯以上の先天性部分（性）無歯症等であり、ブリッジや部分床義歯等の一般的な補綴治療では治療困難な患者がいることを踏まえ、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件を見直す。

第2 具体的な内容

6歯以上の先天性部分（性）無歯症等に対する広範囲顎骨支持型埋入手術の適応を拡大する。

現 行	改定案
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術 （1顎一連につき）】 [算定要件] <u>（新設）</u>	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術 （1顎一連につき）】 [算定要件] <u>ニ 6歯以上の先天性部分（性）無 歯症又は3歯以上の前歯永久歯萌 出不全（埋伏歯開窓術を必要とす るものに限る。）であり、連続し た3分の1顎程度以上の多数歯欠 損（歯科矯正後の状態を含む。） であること。</u>

【Ⅱ－9 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 －⑦】

⑦ 静脈内鎮静法の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科治療恐怖症の患者等に対して行われる静脈内鎮静法について評価
を見直す。

第2 具体的な内容

静脈内鎮静法に対する評価を見直す。

現 行		改定案	
【静脈内鎮静法】	<u>120点</u>	【静脈内鎮静法】	<u>600点</u>

【Ⅱ－９ 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 ー⑧】

⑧ 歯科麻酔管理料の新設

第1 基本的な考え方

歯科診療における安全で質の高い麻酔を実施する観点から、閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

歯科診療における閉鎖循環式全身麻酔において、一定の実績を有する歯科医師が麻酔管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科麻酔管理料 750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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生支局長等に届け出た歯科医師に限る。）が行った場合に算定する。
- (2) 歯科麻酔管理料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が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行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。
- (3) 歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合には、歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。
- (4) 歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

[施設基準]

- (1) 歯科麻酔に係る専門の知識及び2年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法を50症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

【Ⅱ－９ 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 －⑨】

⑨ 機械的歯面清掃処置の充実

第1 基本的な考え方

糖尿病患者に対する口腔管理を充実する観点から、機械的歯面清掃処置の対象を拡大する。

第2 具体的な内容

医科の保険医療機関との連携に基づき糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】 <u>68点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（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C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者又は妊婦</p>	<p>【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】 <u>70点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（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C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又</p>

<p>については月 1 回に限り算定する。</p>	<p><u>は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づき、紹介された糖尿病患者については月 1 回に限り算定する。</u></p>
---------------------------	---

【Ⅱ－９ 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 －⑩】

⑩ CAD／CAM冠の対象拡大

第1 基本的な考え方

コンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD／CAM装置）
 を用いて製作する歯冠修復物の対象を拡大する。

第2 具体的な内容

CAD／CAM冠の適応を上顎第一大臼歯に拡大する。

現 行	改定案
<p>【CAD／CAM冠】 [算定要件] (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ 小臼歯に使用する場合 ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において下顎第一大臼歯に使用する場合 ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）</p>	<p>【CAD／CAM冠】 [算定要件] (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ 小臼歯に使用する場合 ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合 ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）</p>

【Ⅱ－9 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 －⑪】

⑪ 手術用顕微鏡を用いた治療の評価

第1 基本的な考え方

手術用顕微鏡を用いた根管充填処置等について、対象を見直す。

第2 具体的な内容

1. 3根管以上の加圧根管充填において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の対象を見直す。
2. 根管内異物除去において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の評価を新設する。

現 行	改定案												
<p>【加圧根管充填処置（1歯につき）】 [算定要件]</p> <table> <tr> <td>1 単根管</td> <td>136点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>164点</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td><u>200点</u></td> </tr> </table> <p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>4根管又は槌状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u></p>	1 単根管	136点	2 2根管	164点	3 3根管以上	<u>200点</u>	<p>【加圧根管充填処置（1歯につき）】 [算定要件]</p> <table> <tr> <td>1 単根管</td> <td>136点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>164点</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td><u>208点</u></td> </tr> </table> <p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号I021に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合</u></p>	1 単根管	136点	2 2根管	164点	3 3根管以上	<u>208点</u>
1 単根管	136点												
2 2根管	164点												
3 3根管以上	<u>200点</u>												
1 単根管	136点												
2 2根管	164点												
3 3根管以上	<u>208点</u>												

<p>【根管内異物除去（1歯につき）】 150点</p> <p>[算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>は、算定できない。</p> <p>【根管内異物除去（1歯につき）】 150点</p> <p>[算定要件] <u>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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u></p>
--	--

【Ⅱ－９ 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 －⑫】

⑫ 歯科診療における麻酔の算定に係る 評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科点数表第9部「手術」の所定点数に包括されている歯科麻酔薬の算定方法を見直す。

第2 具体的な内容

歯科点数表第9部「手術」において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤料の算定方法を見直す。

現 行	改定案
【手術（通則）】 [算定要件] 11 手術の所定点数は、当該手術に 当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又 は簡単な伝達麻酔を行った場合の 費用を含む。	【手術（通則）】 [算定要件] 11 手術の所定点数は、当該手術に 当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又 は簡単な伝達麻酔を行った場合の 費用を含む。 <u>ただし、麻酔に当た って使用した薬剤は、別に厚生労 働大臣の定めるところにより算定 できる。</u>

【Ⅱ－9 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 ー⑬】

⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し等

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、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、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. 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。

(新) 既製金属冠 200点

現 行		改定案	
【歯冠形成（1歯につき）】		【歯冠形成（1歯につき）】	
[算定要件]		[算定要件]	
1	生活歯歯冠形成	1	生活歯歯冠形成
イ	金属冠 306点	イ	金属冠 306点
ロ	非金属冠 306点	ロ	非金属冠 306点
ハ	<u>乳歯金属冠</u> 120点	ハ	<u>既製冠</u> 120点
2	失活歯歯冠形成	2	失活歯歯冠形成
イ	金属冠 166点	イ	金属冠 166点
ロ	非金属冠 166点	ロ	非金属冠 166点
ハ	<u>乳歯金属冠</u> 114点	ハ	<u>既製冠</u> 114点

(新) 象牙質レジンコーティング（1歯につき） 46点

[算定要件]

- (1) 区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。
- (2) 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

2. 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のあったものの例]

- (1) 睡眠時歯科筋電図検査
- (2) 線鉤の二腕鉤での鑄造レストの評価
- (3) 失活前歯充填の前処置としての築造
- (4) シリコーンゴム印象による咬合印象法
- (5) 接着ブリッジ装着料内面処理加算
- (6) 口蓋補綴等に対する軟質材料の適用拡大
- (7) 先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大

3. 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を踏まえ既存技術の評価の見直しを行う。

[評価の見直しを行うものの例]

- (1) 歯科疾患在宅療養管理料
- (2) 新製有床義歯管理料
- (3) 歯科口腔リハビリテーション料

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー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

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とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] <u>(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</u></p> <p>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>	<p>[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> (1) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。</u> (2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</u></p> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局) <u>調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の5つの要件のうち4つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。</u> ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>

<p>受けていること。</p> <p><u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p><u>ハ 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届出を行っていること。</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に、以下の①から⑧までの<u>全ての実績を有すること。</u></p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上</p> <p>② <u>麻薬指導管理加算の実績</u> 10回以上</p> <p>③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上</p> <p>④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上</p> <p>⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上</p> <p>⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上</p> <p>⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>	<p>受けていること。</p> <p>② <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 12回以上</u> (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>③ 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届出を行っていること。</p> <p>④ <u>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 12回以上</u> (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑤ <u>薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 1 回以上出席</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの<u>9つの要件のうち 8つ以上を満たすこと。</u>この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近 1 年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の 1 年間の実績とする。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上</p> <p>② <u>調剤料の麻薬加算算定回数</u> 10回以上</p> <p>③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上</p> <p>④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上</p> <p>⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上</p> <p>⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上</p> <p>⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>
--	--

<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p>(新設)</p>	<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上 (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑨ 薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席</p>
--	---

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用することとし、令和3年3月31日までの間はなお従前の例による。

2. 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とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【地域支援体制加算】</p> <p>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調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>35点</u>を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p>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調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>38点</u>を加算する。</p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー②】

② 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

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。
「Ⅱ－1－③」を参照のこと。
2. 患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。
「Ⅱ－7－1－⑥」を参照のこと。
3. 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8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</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 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</p>

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に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、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。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

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。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする

4. 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点

[算定要件]

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、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等により提供した場合に、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。

5. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

(新) 経管投薬支援料 100点

[算定要件]

胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に初回に限り算定する。

6. 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、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点

[算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等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、1月に1回に限り30点を所定点数に加算する。

7. 薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来

局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。

- (2) 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
- (3) 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
- (4) 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>6月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>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 41点</p> <p>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、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>53点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件] (1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>3月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点</p> <p>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</p> <p>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、手帳を持参していない患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>57点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件] (1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると</u></p>

<p>判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>判断される場合には、<u>患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p><u>(13) 保険薬局や保険医療機関等</u>の間で円滑に連携が行えるよう、<u>患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。</u></p>
---	---

8. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 14日分以下の場合</u></p> <p>(1) <u>7日分以下の部分（1日につき）</u> <u>5点</u></p> <p>(2) <u>8日分以上の部分（1日につき）</u> <u>4点</u></p> <p><u>ロ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>67点</u></p> <p><u>ハ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>78点</u></p> <p><u>ニ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>	<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 7日分以下の場合</u> <u>28点</u></p> <p><u>ロ 8日分以上14日分以下の場合</u> <u>55点</u></p> <p><u>ハ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>64点</u></p> <p><u>ニ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>77点</u></p> <p><u>ホ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー③】

③ 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2及び調剤基本料3の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定の医療機関からの処方箋受付割合が95%を超える薬局について、処方箋の1月あたりの受付回数が1,800回を超える場合を調剤基本料2とし、また、同一グループ内全体で3万5千回を超える場合を調剤基本料3イとする。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
3. 特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。
4. いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現 行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料 1	42点	調剤基本料 1	42点
調剤基本料 2	26点	調剤基本料 2	26点

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 4万回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点

[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11点を算定する。

(新設)

[施設基準]

(調剤基本料の注3に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 3万5千回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき9点を算定する。

注3 2以上の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、注1及び注2の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(調剤基本料の注4に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回（特別調剤基本料を算定する薬局においては合計100回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>ハ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ又はロに該当する場合を除く。）</p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準</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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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。</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>イ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。</p>	<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準</u> <u>ハ</u> <u>処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超える場合に限る。）</u></p> <p><u>ニ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ、ロ又はハに該当する場合を除く。）</p> <p><u>※</u> <u>ホも同様。</u></p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準</u> <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ</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1月に3万5千回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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9割5分を超えること</u></p> <p><u>ロ</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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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</u></p>
---	--

<p><u>ロ</u> 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p>	<p>調剤の割合が8割5分を超えること。</p> <p><u>ハ</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1月に3万5千回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の（1）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u></p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超えること。</u></p>
---	---

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －④】

④ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

「Ⅰ－2－③」を参照のこと。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －⑤】

⑤ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

「Ⅰ－2－④」を参照のこと。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －⑥】

⑥ 入院時のポリファーマシー解消の推進

「Ⅳ－6－②」を参照のこと。

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。また、緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、予め患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者を追加する。

現 行	改定案
<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から<u>6</u>月以上経過し、</u></p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から3</u>月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。<u>ただし、直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない。</u></p>

かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行ってればよい。

- (4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

(新設)

(新設)

[施設基準]

- (1) オンライン診療料の施設基準
□ 当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(新設)

- (4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。また、患者の急変時等の緊急時には、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、当該計画の中に記載しておくこと。

- (14) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。

- (15) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。

[施設基準]

- (1) オンライン診療料の施設基準
(削除)

ニ 当該保険医療機関内に慢性頭痛のオンライン診療に係る研修

<p>(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のイからヌまでのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>を受けた医師が1名以上配置されていること（(2)のハに規定する患者に対してオンライン診療を行う場合に限る。）。</p> <p>(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のいずれかに該当する患者</p> <p>イ 次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。</p> <p>ロ <u>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患者であって、糖尿病、肝疾患（経過が慢性のものに限る）又は慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用しているものうち、当該管理料を初めて算定した月から三月以上経過しているもの。</u></p> <p>ハ <u>事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者のうち、当該疾患に対する対面診療を初めて行った月から三月以上経過しているもの。</u></p>
---	---

2. オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す。

現 行	改定案
<p>【オンライン医学管理料】 [算定要件] <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、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（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001</u></p>	<p>【オンライン診医学管理料】 [算定要件] <u>(削除)</u></p>

の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料、区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

[施設基準]

(1) オンライン医学管理料の施設基準

オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。

(2) 厚生労働大臣が定める患者

次のイからチまでを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。

イ 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料

ロ 区分番号B001の5に掲げ

[施設基準]

(削除)

(削除)

<p>る小児科療養指導料 ハ 区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料 ニ 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料 ホ 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料 ヘ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料 ト 区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料 チ 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料</p>	
<p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、オンライン診療時に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を行った場合は、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。</p>
<p>(新設)</p>	<p>(12) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。</p>
<p>(新設)</p>	<p>(13) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。</p>
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[施設基準] 一の三 特定疾患療養管理料（情報</p>

	<p><u>通信機器を用いた場合)の施設基準</u> <u>オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。</u></p> <p>※ <u>B001の5に掲げる小児科療養指導料、B001の6に掲げるてんかん指導料、B001の7に掲げる難病外来指導管理料、B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料及びC101の在宅自己注射指導管理料についても同様。</u></p>
--	--

<p>(新設)</p>	<p>イン診療を行う場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。</p> <p>(15)「注3」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、B009診療情報提供料（I）は別に算定できない。</p>
-------------	--

2. へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【オンライン診療料】 [算定要件] (8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。</p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件] (8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。ただし、<u>無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行ってもよい。</u>なお、この場合の診療報酬の請求については、<u>無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において行うこと。</u></p>

3. オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。

オンライン在宅管理料について、月2回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【オンライン在宅管理料】 [算定要件] 注12 <u>1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、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。ただし、連続する3月は算定できない。</u></p> <p>(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月1回の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日^にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない</p>	<p>【オンライン在宅管理料】 [算定要件] 注12 <u>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。</u></p> <p>(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月1回^{以上}の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日^にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づ</p>

他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に当該管理料を6回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

[施設基準]

かない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について診療計画に記載し、当該複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない

[施設基準]

<p>(2) 厚生労働大臣が定める患者 在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から<u>六月</u>を経過しているもの。</p>	<p>(2) 厚生労働大臣が定める患者 在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から<u>三月</u>を経過しているもの。</p> <p>※ <u>精神科オンライン在宅管理料</u>についても同様。</p>
---	---

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第1 基本的な考え方

希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

(新) 遠隔連携診療料 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、対面による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、診断を目的として、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、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 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。

[施設基準]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
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。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者
 - イ てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
 - ロ 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）
 - イ 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。
 - ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

④ 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅酸素療法指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(9) 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。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) <u>緊急時の対応を行うにつき必要</u></p>	<p>【在宅酸素療養指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(9) 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。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(<u>削除</u>)</p>

な体制が整備されていること。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

[施設基準]

(2) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

【在宅持続陽圧呼吸療養指導管理料】

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた判断の内容について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

[施設基準]

(削除)

⑤ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

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、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合
43点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003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
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に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。
- (2) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保

険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

- (7) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。
- (10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第1号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。
 - ア (3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
 - イ (5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。
 - ウ (6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）

2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(新) 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
57点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号0002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
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導（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57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (7) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
- (8) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (9) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
- (10) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医

薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(11) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

[施設基準]

(1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

【Ⅱ－11 医療におけるICTの利活用 －⑥】

⑥ 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ⅰ－4－②」を参照のこと。

【Ⅱ－11 医療におけるICTの利活用 －⑦】

⑦ 外来栄養食事指導
(情報通信機器の活用) の見直し

「Ⅰ－4－③」を参照のこと。

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

第1 基本的な考え方

ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者を対象とするとともに、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価する。併せて、一連の治療についての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に情報通信機器を用いた診療に係る評価を新設する。
2. 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
3. ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【ニコチン依存症管理料】 (新設)</p> <p>1 初回 230点</p> <p>2 2回目から4回目まで 184点</p> <p>3 5回目 180点 (新設)</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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要</p>	<p>【ニコチン依存症管理料】</p> <p>1 ニコチン依存症管理料 1</p> <p>イ 初回 230点</p> <p>ロ 2回目から4回目まで</p> <p>(1) 対面で診察を行った場合 184点</p> <p>(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合 155点</p> <p>ハ 5回目 180点</p> <p>2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき) 800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保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要</p>

を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、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。

(新設)

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回指導時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、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。

注3 1の口の(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に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。
- (5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。
- (6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、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。
- (7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行

<p><u>(新設)</u></p>	<p>う。</p> <p>(8) <u>情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料を別に算定できる。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(9) <u>情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(10) <u>情報通信機器を用いた診察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。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(11) <u>ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(12) <u>ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(13) <u>ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>[ニコチン依存症管理料1の口の(2)の施設基準]</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>

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －①】

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う
医療機関に対する評価の新設

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

② 総合入院体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

総合入院体制加算について、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないなくても、施設基準を満たしているものとする。

現 行	改定案
<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>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。</p> <p>ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定す</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>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。<u>ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないなくても、施設基準を満たしているものとする。</u></p> <p>なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する</p>

る精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

6 届出に関する事項
(新設)

精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

6 届出に関する事項
(6) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

③ 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

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、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項目や判定基準等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。
 - (1) 重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後5日間に見直す。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算1若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後5日間評価の対象とする。
 - (2) 専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。
2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、評価期間を見直す。また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。

現 行	改定案
【重症度、医療・看護必要度】 [手術等の医学的状況]	【重症度、医療・看護必要度】 [手術等の医学的状況]
16 開頭手術（ <u>7</u> 日間）	16 開頭手術（ <u>13</u> 日間）
17 開胸手術（ <u>7</u> 日間）	17 開胸手術（ <u>12</u> 日間）
18 開腹手術（ <u>4</u> 日間）	18 開腹手術（ <u>7</u> 日間）
19 骨の手術（ <u>5</u> 日間）	19 骨の手術（11日間）
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（ <u>3</u> 日間）	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（ <u>5</u> 日間）
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（ <u>2</u> 日間）	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（ <u>5</u> 日間）

22 救命等に係る内科的治療（ <u>2</u> 日間） <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	22 救命等に係る内科的治療（ <u>5</u> 日間） 23 <u>別に定める検査（2日間）</u> 24 <u>別に定める手術（6日間）</u> ※ <u>別に定める検査及び手術は、レセプト電算処理システム用コードで規定する。</u>
--	--

3. 重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、重症度、医療・看護必要度Iにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。

4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を削除する。

現 行	改定案
<p>【重症度、医療・看護必要度】 [基準]</p> <p>次のいずれかに該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 ・ <u>B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者</u> ・ A得点が3点以上の患者 ・ C得点が1点以上の患者 	<p>【重症度、医療・看護必要度】 [基準]</p> <p>次のいずれかに該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 <p><u>（削除）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ A得点が3点以上の患者 ・ C得点が1点以上の患者

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

第１ 基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料２及び３の届出に係る要件を見直す。

第２ 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。

また、急性期一般入院料２及び３について、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合も届け出られるよう見直す。

	現行		改定案	
	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	2割5分	3割1分	2割9分
急性期一般入院料２		2割4分	2割8分	2割6分
急性期一般入院料３		2割3分	2割5分	2割3分
急性期一般入院料４	2割7分	2割2分	2割2分	2割
急性期一般入院料５	2割1分	1割7分	2割	1割8分
急性期一般入院料６	1割5分	1割2分	1割8分	1割5分
7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））	2割8分	2割3分		2割8分

7対1入院基本料（専門病院入院基本料）	<u>2割8分</u>	<u>2割3分</u>	<u>3割</u>	<u>2割8分</u>
7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）	1割1分	0.9割	1割1分	0.9割
看護必要度加算1	<u>2割7分</u>	<u>2割2分</u>	<u>2割2分</u>	<u>2割</u>
看護必要度加算2	<u>2割1分</u>	<u>1割7分</u>	<u>2割</u>	<u>1割8分</u>
看護必要度加算3	<u>1割5分</u>	<u>1割2分</u>	<u>1割8分</u>	<u>1割5分</u>
総合入院体制加算1	3割5分	<u>3割</u>	3割5分	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算2	3割5分	<u>3割</u>	3割5分	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算3	3割2分	<u>2割7分</u>	3割2分	<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	0.6割	0.5割	0.6割	0.5割
地域包括ケア病棟入院料	<u>1割</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</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割4分</u>	<u>1割1分</u>

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に以下に掲げる入院料等を届け出ているものについては、令和2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5

- ・ 急性期一般入院料 6
- ・ 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）
- ・ 7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ・ 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

令和 2 年 3 月 31 日時点において現に急性期一般入院料 4 を届け出ているものについては、令和 3 年 3 月 31 日までの間に限り、当該入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

令和 2 年 3 月 31 日時点において現に急性期一般入院料 1 若しくは 2、急性期一般入院料 1、2 若しくは 3 又は急性期一般入院料 4 を届け出ているもの（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る）については、令和 4 年 3 月 31 日までの間に限り、それぞれ急性期一般入院料 2、急性期一般入院料 3 又は急性期一般入院料 4 に係る重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、それぞれ別表の基準とする。

別表

	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 2	2 割 6 分	2 割 4 分
急性期一般入院料 3	2 割 3 分	2 割 1 分
急性期一般入院料 4	2 割	1 割 8 分

⑤ 重症度、医療・看護必要度の 測定に係る負担の軽減

第1 基本的な考え方

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。

また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）の届出を行う保険医療機関であって、許可病床数400床以上のものについて、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

現 行	改定案
<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準]</p> <p>① 通則 <u>（新設）</u></p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 一般病棟</p> <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 <u>次のいずれかに該当すること。</u></p>	<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準]</p> <p>① 通則</p> <p>5 <u>許可病床数400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1～6に限る）の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>【特定機能病院入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 一般病棟</p> <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備</p>

<p>(一) <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。</u></p> <p>(二) <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。</u></p>	<p>された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。</p>
--	---

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）を届け出ているものについては、令和2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。

2. B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。）
3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。（再掲）

現 行	改定案
<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】</p> <p>[施設基準]</p> <p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。<u>なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。</u></p>	<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】</p> <p>[施設基準]</p> <p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。</p>

<u>ア・イ</u> (略)	※ <u>特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。</u>
----------------	--

⑥ せん妄予防の取組の評価

第1 基本的な考え方

急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応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

一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点 (入院中1回)

[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、せん妄ハイリスク患者ケア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、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) A100一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、A300救命救急入院料、A301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又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －⑦】

⑦ 特定集中治療室管理料の見直し

「Ⅰ－２－⑥」を参照のこと。

⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価

第1 基本的な考え方

患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養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

重症患者の集中治療室への入室後、早期（48時間以内）に経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理（栄養アセスメントに基づく栄養管理計画の作成・実施及びその後の頻回なモニタリングによる計画の見直し等）を実施した場合の評価として、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点（1日につき）

[算定要件]

(1) 特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

- ① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること
- ② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること
- ③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

[留意事項]

- (1) 日本集中治療学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- (2) 次の項目を実施すること。
 - ① 栄養スクリーニングの実施

- ② 栄養アセスメントの実施
 - ③ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成し、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診を実施
 - ④ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始
 - ⑤ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリング後、計画の見直し及び栄養管理を実施
 - ⑥ 医師の指示に基づく再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
- (3) 早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合、適切に連携して栄養管理を実施すること。

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟を有する許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>注9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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、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] (1) 通則 <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] (1) 通則 <u>又 許可病床数が四百床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(19) 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> <u>(1)の又に掲げる基準</u></p>

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料を届け出ているものについては、令和2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。

2. 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について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準]</p> <p>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>一割以上</u>であること。</p> <p>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>三人以上</u>であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 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<u>二十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>② 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<u>百回以上</u>算定している保険医療機関であること又は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（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）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<u>五百回以上</u>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と<u>同一の敷地内</u>にあること。</p> <p>③ <u>開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）</u>を前三月間において<u>十回以上</u>算定している保険医療</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準]</p> <p>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>一割五分以上</u>であること。</p> <p>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>六人以上</u>であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 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<u>三十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>② 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<u>六十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>③ <u>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（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）</u>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<u>三百回以上</u>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。</p> <p>④ <u>在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料</u>を前三月間において<u>三十回以上</u>算定している保</p>

<p><u>機関であること。</u></p> <p>④ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条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を提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。</u></p> <p>⑤ <u>(新設)</u></p> <p>【地域包括ケア入院医療管理料1】 [施設基準]</p> <p>□ 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<u>一割以上</u>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<u>三</u>以上であること。</p> <p>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<u>三人</u>以上であること。</p>	<p><u>陰医療機関であること。</u></p> <p>⑤ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条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。</u></p> <p>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>【地域包括ケア入院医療管理料1】 [施設基準]</p> <p>□ 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<u>一割五分以上</u>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<u>六</u>以上であること。</p> <p>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<u>六人</u>以上であること。</p> <p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料3及び地域包括ケア入院医療管理料3も同様。</u></p>
--	--

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料1若しくは3又は地域包括ケア入院医療管理料1若しくは3を届け出ているものについては、令和2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。

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１ 基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p>二 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p>二 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。</p> <p>なお、当該専従の看護師又は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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配</p>

<p>(3) <u>当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、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が1名以上配置されていること。なお、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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法</u></p>	<p><u>置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></p> <p>(3) 当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、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が1名以上配置されていること。なお、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従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。</p>
--	--

士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。	
--	--

[経過措置]

令和2年3月31日時点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を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

2. 地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。<u>なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。</u></p>

3. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>又 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></p> <p>(11) <u>当該保険医療機関において、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、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>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>へ 当該保険医療機関において、適切な看取りに対する指針を定めていること。</u></p> <p>(9) <u>当該保険医療機関において、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、看取りに対する指針を定めていること。</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p>※ <u>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3、地域包括ケア入院医療管理料3及び療養病棟入院基本料も同様。</u></p>

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2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。

⑪ 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

第１ 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないように、同一の保険医療機関内において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。</p>

⑫ 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

第1 基本的な考え方

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>14 届出に関する事項 (新設)</p> <p>また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関又は平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>14 届出に関する事項</p> <p> 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、<u>地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。</u></p> <p> また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p>

<p><u>届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関</u>については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p> <p><u>(3) 許可病床数が400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</u></p> <p>(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</p>	<p><u>(削除)</u></p> <p>(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</p>
---	---

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

第１ 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理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要件を見直す。

第２ 具体的な内容

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び回復期リハビリテーション病棟入院料３におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</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 <u>チ</u> リハビリテーションの効果に係る実績指数が<u>三十七</u>以上であること。</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 <u>ホ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十</u>以上であること。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</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 <u>リ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十</u>以上であること。</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 <u>ホ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十五</u>以上であること。</p>

[経過措置]

令和２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１又は３を届け出ているものについては、令和２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。

- 回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時FIMについても同様の取扱いとする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。</p>

3. 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</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>一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態（<u>発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、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</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</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>一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）</p>

<p>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（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）</p>	<p>※ <u>二～五についても同様の見直しを行う。</u></p>
--	------------------------------------

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いてもよいものとする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみな</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携</p>

<p>す。</p> <p>[施設基準]</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 <u>エ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</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 <u>ハ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</p>	<p>診療計画に記載された日常生活機能評価又は F I M の結果を入院時に測定された日常生活機能評価又は F I M とみなす。</p> <p>[施設基準]</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 <u>ト</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure、以下「F I M」という。) が改善していること。</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 <u>ハ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は F I M が改善していること。</p>
---	--

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</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 <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</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 <u>ロ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。</u></p>

[経過措置]

令和 2 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 1 を届け出ているものについては、令和 3 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ～ 6 について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとと

もに、栄養管理に係る要件を設ける。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (1) (中略) また、回復期リハビリテーション病棟入院料¹を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 及び 6 の施設基準 (1) (中略) <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (1) (中略) また、回復期リハビリテーション病棟入院料²を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 及び 6 の施設基準 (1) (中略) また、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。</p> <p>[算定要件] <u>(14)回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 6 について、当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が配置されている場合には、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。</u> ア <u>当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。</u> イ <u>当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を</u></p>

	<p><u>む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。</u></p> <p>ウ <u>当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。</u></p>
--	---

⑭ 療養病棟入院基本料の評価の見直し

第１ 基本的な考え方

医療療養病床に係る医療法上の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扱いを見直す。

第２ 具体的な内容

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の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、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、経過措置期間を２年間延長する。
- 療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の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、経過措置を令和２年３月31日限りで終了する。

現 行	改定案
<p>【療養病棟入院基本料（経過措置 1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の<u>100分の90</u>に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年３月</p>	<p>【療養病棟入院基本料（経過措置 1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、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>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</p>

31日までの間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

平成30年3月31日時点で、継続して6月以上「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。

【療養病棟入院基本料（経過措置2）】

[算定要件]

注12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、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80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。

の間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること。

(削除)

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －⑮】

⑮ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

「Ⅱ－７－６－④」を参照のこと。

⑯ 特定機能病院における 特定入院料の取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。

第2 具体的な内容

特定機能病院について、医療法で規定されている基準に満たない人員配置を要件とする特定入院料を届出できないこととする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等) (1) 通則 <u>(新設)</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 [施設基準] (小児入院医療管理料の施設基準) (6) 小児入院医療管理料5の施設基準 <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等) (1) 通則 又 <u>特定機能病院以外の病院であること。</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 [施設基準] (小児入院医療管理料の施設基準) (6) 小児入院医療管理料5の施設基準 <u>二 特定機能病院以外の病院であること。</u></p>

[経過措置]

令和2年3月31日時点で、旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料又は小児入院医療管理料5を届け出ているものについては、それぞれ令和4年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑰ 結核病棟のユニットに係る見直し

第1 基本的な考え方

効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合に算定できる入院基本料（重症患者割合特別入院基本料）について、常勤の医師の員数に係る要件を満たさなくなった場合であっても算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 注7 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するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該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、注2の本文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、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>[施設基準] (1) 結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 注7 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するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該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、注2の本文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、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>[施設基準] (1) 結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準</p>

<p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注7に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>(1)のイの③の基準</p>	<p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注7に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p><u>次のいずれかに該当するもの</u></p> <p>(1)のイの③の基準</p> <p><u>(1)のイの③及び④の基準</u></p>
--	--

⑱ 緩和ケア診療加算及び

有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。

- ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
- ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>

の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)

- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、

の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ 精神症状の緩和を担当する医師

キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。

(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)

- (3) (1)のア及びオに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師のう

以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

【有床診療所緩和ケア診療加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース

【有床診療所緩和ケア診療加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
- (4) (1)に掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又

<p><u>(医師の研修)</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(看護師の研修)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・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。</p> <p>ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>（イ）緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>（ロ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>（ハ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>	<p><u>はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p>ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース</p> <p><u>(5) (1)に掲げる看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る看護を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・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。</p> <p>ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>（イ）緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>（ロ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>（ハ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>
--	---

⑱ 排尿自立指導料の見直し

第１ 基本的な考え方

膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 現行の排尿自立指導料において評価をしている入院中の患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケアについて、入院基本料等加算において、評価を行う。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

(新) 排尿自立支援加算 200点 (週1回)

※ 以下の算定対象等については、一部を除き、現行の排尿自立指導料と同様である。

[算定対象]

尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

[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入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

- ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の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) アに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号B005-9に掲げる外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (4) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2. 現行の排尿自立指導料について、入院中の患者を対象とした評価から、入院中の患者以外の患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

現 行	改定案
<p>【排尿自立指導料】</p> <p style="text-align: right;">200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入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。</p> <p>(1) 排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る</p>	<p>【<u>外来排尿自立指導料</u>】</p> <p style="text-align: right;">200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、<u>入院中の患者以外</u>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、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、<u>区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。</u></p> <p>(1) <u>外来排尿自立指導料</u>は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに</p>

専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。

(2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。

ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

(3) 病棟の看護師等は、以下の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。

ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。

イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。

ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。

(4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下

係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、入院中から当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価するものである。

(2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後も継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。

ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

(削除)

(削除)

部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。

包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。

(5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。

(6) (3)から(5)までについて、診療録に記載する。

(7) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価するなど何らかの関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導・援助を行った場合について、週1回に限り、計6回まで算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導・援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

[施設基準]

- (1) 排尿自立指導料の施設基準
排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 排尿自立指導料の対象患者
尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者で

(3) 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う保険医又は看護師等は、共同して、入院中に策定した計画に基づいて包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行い、必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。

(4) (3)について、診療録に記載する。

(5) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価するなど何らかの関与を行うと共に、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う保険医又は当該医師の指示を受けた看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導・援助を行った場合について、週1回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計12週まで算定できる。当該患者の診療を担う保険医又は看護師等による患者への直接的な指導・援助のみしか行われなかった場合については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

[施設基準]

- (1) 外来排尿自立指導料の施設基準
排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 外来排尿自立指導料の対象患者
当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、尿道カテーテル抜去後

<p>あって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師（<u>他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。</u>） イ～ウ （略）</p> <p>(2) アに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。</p> <p>(3) （略） <u>（新設）</u></p> <p>(4) <u>排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。</u></p> <p>(5) （略）</p>	<p>に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師</p> <p>イ～ウ （略）</p> <p>(2) アに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。<u>なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。</u></p> <p>(3) （略）</p> <p>(4) <u>排尿ケアチームの構成員は、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。</u> <u>（削除）</u></p> <p>(5) （略）</p>
---	--

⑳ 短期滞在手術等基本料の見直し

第1 基本的な考え方

短期滞在手術等基本料3について、対象となっている手術等の評価の見直しに伴い、当該手術等の実態に即した評価を行う観点から、一部項目については評価を廃止する。

また、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3について、対象となる手術等における平成30年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料3の対象検査及び手術の一部項目について、当該検査及び手術の見直しに伴い、評価を廃止する。

現行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] イ D237 終夜睡眠ポリグラフ ィー 3 1及び2以外の場合 9,424点（生活療養を受ける場合に あっては、9,350点） ノ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘 出術 35,141点（生活療養を受ける場合 にあっては、35,067点）</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] (削除) (削除)</p>

2. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、評価の見直しを踏まえ、引き続き短期滞在手術等基本料3の対象手術とする。

現行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] リ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 38,243点（生活療養を受ける場合 にあっては、38,169点） (新規)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] チ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回 32,540点（生活療養を受ける場合 にあっては、32,466点） 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ヵ月以内</p>

	32,540点（生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
--	----------------------------------

3. 短期滞在手術等基本料3について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] イ D237 終夜睡眠ポリグラフ ィー 3 1及び2以外の場合 9,424点（生活療養を受ける場合に あっては、9,350点）</p> <p>ロ D291-2 小児食物アレルギー 負荷検査 6,237点（生活療養を受ける場合に あっては、6,164点）</p> <p>ハ D413 前立腺針生検法 11,736点（生活療養を受ける場合 にあっては、11,662点）</p> <p>ニ K093-2 関節鏡下手根管 開放手術 19,747点（生活療養を受ける場合 にあっては、19,673点）</p> <p>ホ K196-2 胸腔鏡下交感神 経節切除術（両側） 42,138点（生活療養を受ける場合 にあっては、42,064点）</p> <p>へ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） 22,411点（生活療養を受ける場合 にあっては、22,337点）</p> <p>ト K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側） 37,839点（生活療養を受ける場合 にあっては、37,765点）</p> <p>チ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 20,756点（生活療養を受ける場合 にあっては、20,683点）</p> <p>リ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 38,243点（生活療養を受ける場合 にあっては、38,169点）</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] (削除)</p> <p>イ D291-2 小児食物アレルギー 負荷検査 5,630点（生活療養を受ける場合に あっては、5,556点）</p> <p>ロ D413 前立腺針生検法 10,309点（生活療養を受ける場合 にあっては、10,235点）</p> <p>ハ K093-2 関節鏡下手根管 開放手術 18,448点（生活療養を受ける場合 にあっては、18,374点）</p> <p>ニ K196-2 胸腔鏡下交感神 経節切除術（両側） 40,943点（生活療養を受ける場合 にあっては、40,869点）</p> <p>ホ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） 19,873点（生活療養を受ける場合 にあっては、19,799点）</p> <p>へ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側） 34,416点（生活療養を受ける場合 にあっては、34,342点）</p> <p>ト K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 18,588点（生活療養を受ける場合 にあっては、18,514点）</p> <p>チ K616-4 1 経皮的シャ ント拡張術・血栓除去術 初回 32,540点（生活療養を受ける場合 にあっては、32,466点）</p>

<p>(新設)</p> <p>又 K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <u>24,242点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>24,168点</u>)</p> <p>ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) <u>12,507点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>12,433点</u>)</p> <p>ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <u>11,704点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>11,630点</u>)</p> <p>ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限 る。) <u>35,444点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>35,317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>28,368点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>28,294点</u>)</p> <p>ヨ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満 に限る。) <u>25,578点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>25,505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>25,394点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>25,321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>69,217点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>69,143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>55,428点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>55,354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ヵ月以内 <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>又 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>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>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>)</p> <p>ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限 る。) <u>31,835点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<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 にあつては、<u>25,284点</u>)</p> <p>ヨ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満 に限る。) <u>22,597点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<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 にあつては、<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 にあつては、<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 にあつては、<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>44,061点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>43,988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>51,719点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>51,645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>14,525点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>14,451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>18,141点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>18,068点</u>）</p> <p>ム K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） <u>12,383点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>12,309点</u>）</p> <p>ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） <u>28,268点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>28,194点</u>）</p> <p>キ K867 子宮頸部（腔部）切除術 <u>18,179点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>18,106点</u>）</p> <p>ノ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 <u>35,141点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>35,067点</u>）</p> <p>オ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>60,403点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>60,330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 にあつては、<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 にあつては、<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 にあつては、<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 にあつては、<u>15,525点</u>）</p> <p>ム K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） <u>11,109点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>11,035点</u>）</p> <p>ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） <u>25,597点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>25,523点</u>）</p> <p>キ K867 子宮頸部（腔部）切除術 <u>16,249点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>16,175点</u>） <u>（削除）</u></p> <p>ノ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>59,199点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>59,125点</u>）</p>
---	--

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ー②①】

②① データ提出加算の見直し

「Ⅱ－６－②」を参照のこと。

②② D P C / P D P S の見直し

第 1 基本的な考え方

機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びD P Cデータの調査項目等について要件を見直す。

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. 基礎係数（医療機関群の設定等）の見直し
医療機関群の設定について、基本的な考え方は現行の3つの医療機関群の設定方法を維持する。

① 設定要件

- D P C 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1～4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（外れ値は除く）とする。
 - ・ 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（平成30年10月～令和元年9月の診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。

【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（全病院患者構成で補正：外的要因、後発品補正）
- ・ 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D P C対象病院の平均的な患者構成と同様な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」（令和元年9月4日～令和元年9月30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床あたり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。
- ・ 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：医療技術の実施

- ・ 外科系（外保連試案9.2版）
 - (3a)：手術実施症例1件あ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件あ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9.2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9.2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。

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.56	13.29	13.02	12.74	11.74	9.43	5.66
D	8.17	7.90	7.63	7.36	7.08	6.08	3.77
C			4.13	3.86	3.58	3.31	2.31
B				1.82	1.54	1.27	1.00

【例】難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は
 $7.08 \times 3 = 21.24$

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（外科医師数を最優先）。
- ・ 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\$\$x (入院時JCS30以上) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) (DPC対象外コード含)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x (入院時JCS100以上又は処置2ありのうち人工呼吸あり)	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) (ICDG700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) (ICDG41\$のみ)	診断名(ICD10)で判断
5	気管支喘息重 症発作	040100xxxx\$xx (処置2あり)(J045 人 工呼吸)(ICDJ46\$, J45\$のみ)	処置2(人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxx\$xx (処置2あり)(ICD絞 りなし)のうちJ045人工呼吸あり	処置2(人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1\$x (処置2あり)(J045人 工呼吸) (DPC外含む)	処置2(人工呼吸)
8	急性呼吸窮<促 >迫症候群、A RDS	040250xx99x\$xx (処置2あり) (PGIありの場合、J045人工呼吸があれば 可)	処置2(人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置1 5あり) (ICDI21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$x (処置2あり)(SPEC T・シンチ・中心静脈注射のいずれかあ りの場合、人工呼吸または緊急透析があ れば可) 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\$\$\$x (処置2あり、中心静脈 注射のみ除く) (DPC外含)	処置2(人工呼吸・緊急透 析) Kコードあり
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) 050190xx99x\$xx (処置2あり、中心静脈 注射のみ除外) (ICDI822を除く)	処置2(人工呼吸・緊急透 析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx、060270xx97x40x、 060270xx97x41 (手術あり／なし、処置2 あり、中心静脈注射のみ除外) (DPC外含)	処置2(人工呼吸、PMX 等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり／なし、処置 2あり、中心静脈注射のみ除外)(ICD 絞りなし)(ICDK85\$のみ)	処置2(人工呼吸、CHD F等)
15	糖尿病ケトア シドーシス	100040 (DPC6桁全て)	診断名あればすべて
16	甲状腺クリー ゼ	100140xx99x\$xx (処置2あり／なし) (ICDE055のみ)	

17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxx (処置2 あり/なし)	診断名あればすべて
18	難治性ネフロ一ゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2 あり/なし) (腎生検D412 必須)	診断名と腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2 あり/なし) (腎生検D412 必須) (DPC外含)	診断名と腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ) (DPC外含)	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$\$\$xx (処置2 あり)(DPC外含) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) 130030xx97x\$xx (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 (DPC 6 桁全て)(ICD 絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC 6 桁全て)(ICD 絞りなし) (リハビリ実施必須)	
24	薬物中毒	161070 (DPC 6 桁全て)(ICD 絞りなし) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸器・PMX等) あり
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) あり

【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を抽出し、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2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)	データの確定により設定

【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）		

3. 機能評価係数 I

機能評価係数 I については、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を評価しており、従前の評価方法を継続し、出来高評価体系の改定に応じて必要な見直しを行う。

4. 機能評価係数 II

既存の6つの係数項目を継続し、地域医療係数については、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。(別表2)

5. 激変緩和係数

診療報酬改定のある年度については、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（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

(診療報酬改定の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%となるように措置を行う。

6. その他

診断群分類点数表について、医療資源の同等性、臨床的類似性の観点から、診断群分類及び診断群分類毎の評価を見直す。

退院患者調査の調査項目については簡素化も含めた必要な見直しを行う。

別表2 <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和2年度)>

<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。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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4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：平成30年10月1日～令和元年9月30日データ

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（一入院当たり）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〕／〔全病院の平均一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>
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>※ すべて（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（緊急入院）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、入院後二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>

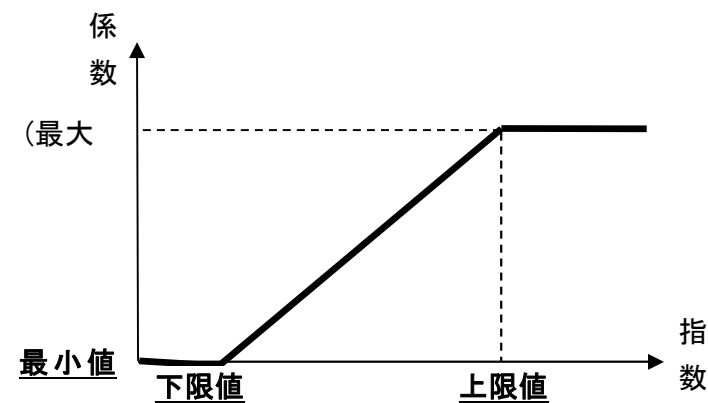
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612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（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（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	「へき地医療拠点病院の指定」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）		

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)	
		救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	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)	
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 ・ <u>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)</u> ・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9項目で評価(1項目1P、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
 - ・ 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パーセンタイル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パーセンタイル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パーセンタイル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。

㉓ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び 対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

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、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。また、地域加算について、経過措置となっている地域の取扱いを見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

現 行	改定案
別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域
一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域	一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域	二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
三 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域	(削除)
四 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域 (新規)	三 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域	四 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
	五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域

<p>六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</p> <p>七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域</p> <p>八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域</p> <p>九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</p> <p>十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</p> <p>十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域</p> <p>十二 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域</p> <p>十三 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</p> <p>十四 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</p> <p>十五 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</p> <p>十六 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域</p> <p>十七 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域</p> <p>十八 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</p> <p>十九 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</p> <p>二十 新潟県佐渡市の地域</p> <p>二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</p> <p>二十二 福井県大野市及び勝山市の地域</p> <p>二十三 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</p> <p>二十四 長野県木曾郡の地域 (新設)</p> <p>二十五 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡</p>	<p>六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</p> <p>七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域</p> <p>八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域</p> <p>九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</p> <p>十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</p> <p>十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 (削除)</p> <p>十二 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</p> <p>十三 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</p> <p>十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</p> <p>十五 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 (削除)</p> <p>十六 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</p> <p>十七 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</p> <p>十八 新潟県佐渡市の地域 (削除)</p> <p>十九 福井県大野市及び勝山市の地域</p> <p>二十 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</p> <p>二十一 長野県木曾郡の地域</p> <p>二十二 長野県大町市及び北安曇野郡の地域 (削除)</p>
---	---

<p><u>(新設)</u></p> <p><u>二十六</u> 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>二十七</u> 滋賀県高島市の地域</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>二十八</u> 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域</p> <p><u>二十九</u> 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>三十</u> 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</p> <p><u>三十一</u> 香川県小豆郡の地域</p> <p><u>三十二</u> 高知県須崎市、中土佐町、禰原町、津野町及び四万十町の地域</p> <p><u>三十三</u> 長崎県五島市の地域</p> <p><u>三十四</u> 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域</p> <p><u>三十五</u> 長崎県壱岐市の地域</p> <p><u>三十六</u> 長崎県対馬市の地域</p> <p><u>三十七</u> 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域</p> <p><u>三十八</u> 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域</p> <p><u>三十九</u> 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域</p> <p><u>四十</u> 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域</p> <p><u>四十一</u> 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域</p> <p>上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する</p>	<p><u>二十三</u> 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域</p> <p><u>二十四</u> 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</p> <p><u>二十五</u> 滋賀県長浜市及び米原市の地域</p> <p><u>二十六</u> 滋賀県高島市の地域</p> <p><u>二十七</u> 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域</p> <p><u>二十八</u> 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域</p> <p><u>二十九</u> 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域</p> <p><u>三十</u> 島根県大田市及び邑智郡の地域</p> <p><u>三十一</u> 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</p> <p><u>三十二</u> 香川県小豆郡の地域</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>三十三</u> 長崎県五島市の地域</p> <p><u>三十四</u> 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域</p> <p><u>三十五</u> 長崎県壱岐市の地域</p> <p><u>三十六</u> 長崎県対馬市の地域</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>三十七</u> 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域</p> <p><u>三十八</u> 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域</p> <p><u>三十九</u> 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域</p> <p><u>四十</u> 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域</p> <p>上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する</p>
---	--

<p>小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域</p>	<p>小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域</p> <p><u>[経過措置]</u> <u>令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。</u></p>
---	--

2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】 [施設基準] (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日 医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 <u>(新設)</u> ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 [施設基準] (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日 医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 <u>ウ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。</u> エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。 <u>※ 遠隔画像診断、処置の休日加算</u> <u>1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及</u></p>

	<u>び深夜加算 1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。</u>
--	--

3. 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

[現在経過措置の対象となっている地域]

- ・ 神奈川県山北町
- ・ 神奈川県大井町
- ・ 岐阜県海津市
- ・ 愛知県稲沢市
- ・ 奈良県安堵町
- ・ 奈良県河合町
- ・ 福岡県篠栗町

① 外来医療の機能分化の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて

- (1) 紹介状なしで受診した患者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（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。
- (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
- (3) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

現 行	改定案
<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5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）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（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（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</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5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）<u>第七条第二項第五号に規定する一般病床</u>（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（一般病床に係るものの数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>

2. 紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、1と同様に、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。

現 行	改定案
<p>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（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。）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>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び<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。）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。</p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p>

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －②】

② 質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －③】

③ 外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －④】

④ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

「Ⅱ－７－１－⑥」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －⑤】

⑤ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

「Ⅱ－４－①」を参照のこと。

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

第1 基本的な考え方

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

第2 具体的な内容

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点

[算定要件]

- (1) 婦人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器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、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回に限り算定すること。
- (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。
- (3) 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (4) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、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) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等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。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な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。

- (2) (1) に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
- (3) 当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

第1 基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 算定対象患者として、末期心不全及び後天性免疫不全症候群の患者を追加する。
2. 末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。
 - ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 - ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料 <u>290点</u></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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（<u>がん性疼痛</u>の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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>【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料 <u>290点</u></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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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>

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師が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入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(新設)

(2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

[施設基準]

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。

なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

エ 左室駆出率が20%以下であること。

オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

(3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。

[施設基準]

<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を</p>	<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>カ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>キ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>又は<u>オ</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症</p>
--	--

<p>主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。</p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 <u>（新設）</u></p>	<p>候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。</u></p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師のうち、<u>悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p><u>ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース</u></p>
--	---

① 複数の医療機関による訪問診療の明確化

第1 基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、当該医療機関間において情報共有の取組を行った場合に、依頼先の医療機関が6か月以上訪問診療を実施できるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2】 [算定要件]</p> <p>(7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、<u>さらに以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、当該求めがあった日を含む月から6月さらに算定できる。</u></p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2】 [算定要件]</p> <p>(7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、<u>当該他の保険医療機関との間で必要に応じて情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。</u></p>

<p>ア その診療科の医師でなければ困難な診療</p> <p>イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療</p>	<p>ア その診療科の医師でなければ困難な診療</p> <p>イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療</p>
---	---

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

第1 基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>

<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>	<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>
--	--

2. 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第14の2 在宅療養支援病院</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準</p> <p>(1)</p> <p>オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。</p>	<p>【在宅療養支援病院】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第14の2 在宅療養支援病院</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準</p> <p>(1)</p> <p>オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の<u>ものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。</u></p> <p>※ (2)、(3)についても(1)と同様の<u>取り扱いとする。</u></p>

【Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 －③】

③ 小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価

「Ⅱ－８－①」を参照のこと。

【Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 －④】

④ 在宅自己導尿における
特殊カテーテル加算の見直し

「Ⅱ－８－②」を参照のこと。

⑤ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

第1 基本的な考え方

より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置等に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 機能強化型訪問看護管理療養費1及び2の人員配置基準について、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現 行	改定案
<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] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</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] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数のうち6については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 （訪問看護管理療養費）】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 （訪問看護管理療養費）】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数のうち4については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>

2. 機能強化型訪問看護管理療養費1、2及び3の人員配置基準について、看護職員の割合を要件に加える。

現 行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費1、	【機能強化型訪問看護管理療養費1、

2及び3（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 （新設）	2及び3（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 看護師等の6割以上が看護職員であること。
------------------------------------	--

[経過措置]

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

3. 機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件のうちターミナルケア件数について、実績を求める期間を変更する。

現 行	改定案
<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〕 ウ 次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</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〕 ウ 次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が前年度に20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が前年度に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</p> <p>※ 機能強化型訪問看護管理療養費2についても同様。</p>

⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価

第1 基本的な考え方

医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療機関からの訪問看護について、一定の実績要件を満たす場合の在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の加算を新設する。

(新) 訪問看護・指導体制充実加算（月1回） 150点

[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訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次のいずれにも該当するものであること。

- (1) 当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- (2) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上を満たしていること。
 - ア 在宅患者訪問看護・指導料3又は同一建物居住者訪問看護・指導料3を前年度において計5回以上算定している保険医療機関であること。
 - イ 在宅患者訪問看護・指導料の注7に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる乳幼児加算を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

- ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- エ 在宅患者訪問看護・指導料の注10に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計4回以上算定している保険医療機関であること。
- オ 退院時共同指導料1又は2を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計40回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 小児への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と自治体等の関係機関の連携を推進するため、訪問看護情報提供療養費に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションから自治体への情報提供の対象者について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 1】 [算定要件] 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) <u>(新設)</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 1】 [算定要件] 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) <u>(4) 十五歳未満の小児</u></p>

2. 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 2】 [算定要件] 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、学校教育法（昭和22年法律第26号）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（以下「義務教育諸学校」という。）への<u>入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 2】 [算定要件] 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>保育所</u>、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する<u>幼稚園</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（以下「<u>保育所等</u>」という。）へ<u>通園又は通学する利用者</u>について、訪問看護ステーションが、当該</p>

<p>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、当該義務教育諸学校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、当該義務教育諸学校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。</p>	<p>利用者の同意を得て、当該保育所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。ただし、入園又は入学、転園又は転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月についてはこの限りでない。また、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保育所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。</p>
---	---

⑧ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実

第1 基本的な考え方

利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、人工肛門・人工膀胱ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、要件を見直す。

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、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及</p>

<p>ステーションが算定できるものである。(略)</p>	<p>び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。(略)</p> <p>※ <u>訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3及び同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様</u></p>
------------------------------	---

⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

第1 基本的な考え方

医療的ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

(新)	011	膀胱瘻用カテーテル	3,790円
	012	交換用胃瘻カテーテル	
		(1) 胃留置型	
		① バンパー型	
		ア ガイドワイヤーあり	21,700円
		イ ガイドワイヤーなし	16,500円
		② バルーン型	7,480円
		(2) 小腸留置型	
		① バンパー型	26,500円
		② 一般型	15,800円
	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり20円
	014	陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800円

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算の要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護基本療養費等について、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書へのG A F尺度により判定した値の記載を要件とする。

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護基本療養費】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護基本療養費】 [算定要件] <u>精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、当該月の最初の訪問看護時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u></p>
<p>【精神科訪問看護・指導料】 [算定要件] (20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料】 [算定要件] (20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、<u>当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</u>また、<u>診療報酬明細書の摘要欄に、当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u></p>

2. 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護指示料】 (別紙様式17) 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護指示料】 (別紙様式17) 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし 理由： <u>1. 暴力行為、著しい迷惑行為、 器物破損行為等が認められる者</u> <u>2. 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</u> <u>3. 利用者及びその家族それぞれ への支援が必要な者</u> <u>4. その他（自由記載）</u></p> <p>※ <u>精神科特別訪問看護指示書につい ても同様。</u></p>

3. 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ <u>保健師、看護師、作業療法士又は 精神保健福祉士による場合</u> (1)～(4) (略) ロ 准看護師による場合 (1)～(4) (略) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ 保健師又は看護師による場合 (1)～(4) (略) ロ 准看護師による場合 (1)～(4) (略) ハ <u>作業療法士による場合</u> <u>(1)～(4) (略)</u> ニ <u>精神保健福祉士による場合</u> <u>(1)～(4) (略)</u></p> <p>※ <u>精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）に ついても同様。</u></p>

⑪ 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

第1 基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合について、24時間対応体制加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現 行	改定案
<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>特別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。</p>	<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>特別地域又は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。</p>

⑫ 同一建物居住者に対する 複数回の訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</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、<u>それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>[算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</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><u>イ 1日に2回の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 4,500円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 4,500円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上</u> <u>4,000円</u></p> <p><u>ロ 1日に3回以上の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 8,000円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 8,000円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上</u> <u>7,200円</u></p> <p>[算定要件] 難病等複数回訪問加算又は精神科複</p>

	<p><u>数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算、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についても同様。</u></p>
--	--

⑬ 同一建物居住者に対する 複数名による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

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、複数名精神科訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護・指導加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</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。</p> <p>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</p>	<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</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。</p> <p>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</p>

<p>に指定訪問看護を行う場合 4,500円 <u>(新設)</u></p> <p>□ 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 3,800円 <u>(新設)</u></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。） 3,000円 <u>(新設)</u></p> <p>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。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 3,000円 <u>(新設)</u></p> <p>(2) 1日に2回の場合 6,000円 <u>(新設)</u></p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 10,000円 <u>(新設)</u></p>	<p>に指定訪問看護を行う場合</p> <p>(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</p> <p>□ 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</p> <p>(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</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。）</p> <p>(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</p> <p>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。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>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</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>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</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円</p>
---	---

<p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>③ <u>同一建物内3人以上</u> <u>9,000円</u></p> <p>[算定要件] <u>複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算（訪問する職種及び1日当たりの回数が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>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>
-------------------------------	--

⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

医療的なニーズの高い利用者への訪問看護がより適切に提供されるよう、理学療法士等による訪問看護について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>（新設）</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 5,550円</p> <p>※ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）についても同様。</p>

2. 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>

<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。</p>	<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこととし、更に訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載すること。</p>
---	--

⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

第1 基本的な考え方

退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の宿泊サービスを利用する患者について、保険医療機関の退院日からサービスを利用している場合に限り、サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を</p>

<p>から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p>	<p>除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p> <p>また、<u>保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍以外の患者においては、利用開始後三十日までの間に限る。）。</u></p>
--	---

⑬ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な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。

現 行	改定案				
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点 (新設)</p> <p>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、月4回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合</td> <td style="text-align: right; width: 20%;">500点</td> </tr> <tr> <td>2 1以外の場合</td> <td style="text-align: right;">200点</td> </tr> </table> <p>注1 1及び2については、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>	1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点	2 1以外の場合	200点
1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点				
2 1以外の場合	200点				

2. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援等を行った場合について新たな評価を行う。

「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

第2 具体的な内容

初回カンファレンスの実施及び在宅褥瘡診療計画の策定を評価するとともに、管理栄養士の雇用形態に関わらず、褥瘡対策チームに参画できるように要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合</p>	<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、<u>初回カンファレンス時に算定できる</u>。また、<u>初回カンファレンスを起算日として3</u></p>

<p>に算定できる。<u>3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。</u></p>	<p>月以内に評価カンファレンスを実施した場合に<u>2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。</u></p>
--	---

⑩ 栄養サポートチーム等連携加算の見直し

第1 基本的な考え方

多職種連携を推進する観点から、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おいて栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

第2 具体的な内容

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栄養サポートチーム等連携加算を新設する。

現 行	改定案
<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】 450点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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】 450点</p> <p>注6 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関等の栄養サポートチーム又は食事観察等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注7 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。</u></p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －①】

① 入退院支援に係る人員配置の見直し

「Ⅰ－２－⑨」を参照のこと。

② 入院時支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋がった場合について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

入院時支援加算について、関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の要件及び評価を見直す。

現 行	改定案				
<p>【入院時支援加算】 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険医療機関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ものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] (21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p>	<p>【入院時支援加算】 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険医療機関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ものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 入院時支援加算 1</u></td> <td style="text-align: right;"><u>230点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ロ 入院時支援加算 2</u></td> <td style="text-align: right;"><u>200点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件] (21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p>	<u>イ 入院時支援加算 1</u>	<u>230点</u>	<u>ロ 入院時支援加算 2</u>	<u>200点</u>
<u>イ 入院時支援加算 1</u>	<u>230点</u>				
<u>ロ 入院時支援加算 2</u>	<u>200点</u>				

た場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。

- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

(新設)

(新設)

た場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算2を算定する。

- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

(22)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。

(23)患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

第1 基本的な考え方

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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ものに対して、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上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>[別に厚生労働大臣が定めるもの]</u></p> <p><u>1 入退院支援加算1又は2を算定する患者</u></p> <p><u>2 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者</u></p> <p><u>(22)「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(22)「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</u></p>

<p>(新設)</p>	<p><u>第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。</u></p>
<p>(新設)</p>	<p>(23) <u>総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。</u></p>
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>(24) <u>総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。</u></p> <p>[施設基準] (9) <u>総合機能評価加算の施設基準</u> <u>当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が一名以上配置されていること。</u></p>
<p>(新設)</p>	<p>7 <u>総合機能評価加算に関する施設基準</u> (1) <u>当該保険医療機関内に総合的な</u></p>

	<p><u>機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を一年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。</u></p> <p>(2) <u>総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。</u></p> <p><u>ア 医療関係団体等が実施するものであること。</u></p> <p><u>イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。</u></p> <p><u>ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。</u></p> <p><u>エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。</u></p>
--	--

2. 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

現 行	改定案
<p><u>総合評価加算（入院中1回）</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（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、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。）</u></p>	<p><u>（削除）</u></p>

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。

[施設基準]

- (1) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の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. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長する。
2. 注5の医師配置加算及び注6の看護配置加算、夜間看護配置加算並びに看護補助配置加算について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【有床診療所入院基本料】</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7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100点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 医師配置等につき別に厚生労働</p>	<p>【有床診療所入院基本料】</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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 医師配置等につき別に厚生労働</p>

<p>大臣が定める施設基準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>イ 医師配置加算 1 <u>88点</u></p> <p>ロ 医師配置加算 2 <u>60点</u></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>イ 看護配置加算 1 <u>40点</u></p> <p>ロ 看護配置加算 2 <u>20点</u></p> <p>ハ 夜間看護配置加算 1 <u>85点</u></p> <p>ニ 夜間看護配置加算 2 <u>35点</u></p> <p>ホ 看護補助配置加算 1 <u>10点</u></p> <p>ヘ 看護補助配置加算 2 <u>5点</u></p>	<p>大臣が定める施設基準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>イ 医師配置加算 1 <u>120点</u></p> <p>ロ 医師配置加算 2 <u>90点</u></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>イ 看護配置加算 1 <u>60点</u></p> <p>ロ 看護配置加算 2 <u>35点</u></p> <p>ハ 夜間看護配置加算 1 <u>100点</u></p> <p>ニ 夜間看護配置加算 2 <u>50点</u></p> <p>ホ 看護補助配置加算 1 <u>25点</u></p> <p>ヘ 看護補助配置加算 2 <u>15点</u></p>
---	--

3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【有床診療所緩和ケア診療加算】</p> <p>有床診療所緩和ケア診療加算 <u>150点</u></p>	<p>【有床診療所緩和ケア診療加算】</p> <p>有床診療所緩和ケア診療加算 <u>250点</u></p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑤】

⑤ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

「Ⅲ－３－⑮」を参照のこと。

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑥】

⑥ 診療情報の提供に対する評価の新設

「Ⅱ－２－②」を参照のこと。

⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、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。

⑧ 栄養食事指導の見直し

第1 基本的な考え方

外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱いを含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、当該保険医療機関以外（他の保険医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 (新設)</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</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 260点</p> <p>(2) 2回目以降 200点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>イについては、別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 <u>ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>2</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>3</u> <u>1</u>及び<u>2</u>以外の場合 440点 (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ものに対して、当該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。</u></p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料 1</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 440点</p> <p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料 2</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 510点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>1</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>2</u> <u>2</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、か</p>
--	---

<p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p><u>つ</u>、当該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訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>3</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
--	---

⑨ 周術期等口腔機能管理における 医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

周術期等口腔機能管理を行う医療機関において、歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合の加算を新設する。

現 行	改定案
<p>医科【診療情報提供料（I）】 〔算定要件〕</p> <p>注13 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として100点を所定点数に加算する。</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>医科【診療情報提供料（I）】 〔算定要件〕</p> <p>注14 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算₁として100点を所定点数に加算する。</p> <p>注15 保険医療機関が周術期等口腔機能管理の必要を認め、<u>当該患者又は家族等の同意を得て、歯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、</u>歯科医療機関連携加算₂として100点を所定点数に加算する。</p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑩】

⑩ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

「Ⅱ－３－⑨」を参照のこと。

【Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 －①】

① 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ⅰ－４－②」を参照のこと。

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

第1 基本的な考え方

電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

電話等による再診の際に、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料（I）を算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。</p>	<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。<u>ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書で提供した場合は、B009診療情報提供料（I）を算定できる。</u> <u>（イ）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）</u> <u>（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所</u></p>

	<p>(ハ) 「<u>救急医療対策の整備事業について</u>」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院</p>
--	---

【Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 －③】

③ 周術期等口腔機能管理における
医科歯科連携の推進

「Ⅲ－４－⑨」を参照のこと。

① 薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。
2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定について、当該割合の基準を拡大する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 18点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 26点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 28点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>

<p>数量の割合が<u>2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>数量の割合が<u>4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>
--	--

[経過措置]

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は、令和2年9月30日までの間はなお従前の例による。

② 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

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）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、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあっては60%以上70%未満であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>37点</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）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、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満であること。</p>

2. 一般名処方加算の見直し

「Ⅳ－6－③」を参照のこと。

③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

第1 基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、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。

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>注4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、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処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u></p>

① 費用対効果評価制度の活用

第1 基本的な考え方

近年、革新的であるが非常に高額な医薬品や医療機器が登場しており、我が国の医療保険財政への影響が懸念され、医療の質の向上や、医療のイノベーションを適切に評価する制度の運用を平成30年4月より開始した。現在、6品目について評価の検討を行っており、今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

第2 具体的な内容

市場規模が大きい又は著しく単価が高い医薬品及び医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。薬価・材料価格制度の補完として、評価の結果は、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で、価格の調整に用いる。

また、人材の育成をはじめとした費用対効果評価に係る組織体制の強化や、制度における課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続する。

【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

「Ⅲ－1」を参照のこと。

【IV－5 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）－①】

① 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

「II－4」及び「III－2」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内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の推進
－①】

① 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

「Ⅱ－1－③」を参照のこと。

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

第1 基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現 行	改定案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の</p>

<p><u>薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>処方</u>を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>2 <u>薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p>ロ <u>1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
---	---

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

③ 調剤料等の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">9点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">6点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">6点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">4点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">8点</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">11点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき）</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">7点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">5点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合</p> <p style="text-align: right; padding-left: 300px;">14点</p>

【IV－6 医師・院内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の推進
－④】

④ 薬局における後発医薬品の使用促進

「IV－1－①」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内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の推進
－⑤】

⑤ 医療機関における後発医薬品の使用促進

「IV－1－②」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内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の推進
－⑥】

⑥ バイオ後続品に係る情報提供の評価

「IV－1－③」を参照のこと。

① 高度な医療機器の効率的な利用の推進

第1 基本的な考え方

ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

第2 具体的な内容

ポジトロン断層撮影を目的に、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

現 行	改定案
<p>【第2部入院料等】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器</p>	<p>【第2部入院料等】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、<u>区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コ</u></p>

による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。

コンピューター断層複合撮影、
「区分番号「E101-4」ポ
ジトロン断層・磁気共鳴コンピ
ューター断層複合撮影、区分番
号「E101-5」乳房用ポジ
トロン断層撮影、区分番号「M
001」体外照射の3の強度変
調放射線治療（IMRT）、区分
番号「M001-2」ガンマナ
イフによる定位放射線治療、区
分番号「M001-3」直線加
速器による放射線治療の1の定
位放射線治療の場合又は区分番
号「M001-4」粒子線治療
に係る費用を算定する場合は、
出来高入院料は当該出来高入院
料の基本点数の5%を控除した
点数により算定すること。

※ イ、ウ、特定入院料等について
も同様。

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る 新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

第1 基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

第2 具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

現 行	改定案
<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 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区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>	<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 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区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（<u>頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。</u>）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。<u>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</u></p>

<p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件] <u>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u></p> <p><u>ア GCS≤14</u></p> <p><u>イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候</u></p> <p><u>ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）</u></p> <p><u>エ 受診後の症状所見の悪化</u></p> <p><u>オ 親の希望</u></p> <p><u>カ その他</u></p>
-------------------------------	--

③ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(9) 「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p><u>ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化管）</u></p> <p><u>イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）</u></p> <p><u>ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）</u></p> <p><u>エ 血管領域（大動脈・大静脈等）</u></p> <p><u>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</u></p> <p><u>カ その他</u></p>

④ 超音波検査の評価（要件）の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(3) 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。</u></p>

⑤ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の 評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>200点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p>

⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、訪問診療時の超音波検査について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査を訪問診療時に行った場合400点（1月につき）を新設する。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>（新設）</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 訪問診療時に行った場合 400点</p> <p>ロ その他の場合</p> <p>(1) 胸腹部 530点</p> <p>(2) 下肢血管 450点</p> <p>(3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(17) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患者等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。</p>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。
2. 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。

現 行	改定案
【悪性腫瘍遺伝子検査】	【悪性腫瘍遺伝子検査】
イ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</u> 2,500点	イ <u>処理が容易なもの</u>
	i <u>医薬品の適応判定の補助等に用いるもの</u> 2,500点
	ii <u>その他のもの</u> 2,100点
ロ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法以外）</u> 2,100点	ロ <u>処理が複雑なもの</u> 5,000点
ハ <u>K-ras遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ニ <u>EWS-Fli1遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ホ <u>TLS-CHOP遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヘ <u>SYT-SSX遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ト <u>c-kit遺伝子検査</u> 2,500点	(削除)
チ <u>マイクロサテライト不安定性検査</u> 2,100点	(削除)
リ <u>センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヌ <u>BRAF遺伝子検査</u> 6,520点	(削除)

<p>ル RAS遺伝子検査 2,500点 ヲ ROS1融合遺伝子検査 2,500点</p>	<p>(削除) (削除)</p>														
<p>[算定要件] 注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して<u>悪性腫瘍遺伝子検査</u>を実施した場合は、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。</p> <table data-bbox="343 571 861 705"> <tr> <td>イ 2項目</td> <td>4,000点</td> </tr> <tr> <td>ロ 3項目以上</td> <td>6,000点</td> </tr> </table> <p>(新設) (新設)</p>	イ 2項目	4,000点	ロ 3項目以上	6,000点	<p>[算定要件] 注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して<u>イ</u>を実施した場合は、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。</p> <table data-bbox="949 571 1444 705"> <tr> <td>イ 2項目</td> <td>4,000点</td> </tr> <tr> <td>ロ 3項目</td> <td>6,000点</td> </tr> <tr> <td>ハ 4項目以上</td> <td>8,000点</td> </tr> </table> <p>注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して<u>ロ</u>を実施した場合は、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出する。</p> <table data-bbox="949 907 1444 996"> <tr> <td>イ 2項目</td> <td>8,000点</td> </tr> <tr> <td>ロ 3項目以上</td> <td>12,000点</td> </tr> </table>	イ 2項目	4,000点	ロ 3項目	6,000点	ハ 4項目以上	8,000点	イ 2項目	8,000点	ロ 3項目以上	12,000点
イ 2項目	4,000点														
ロ 3項目以上	6,000点														
イ 2項目	4,000点														
ロ 3項目	6,000点														
ハ 4項目以上	8,000点														
イ 2項目	8,000点														
ロ 3項目以上	12,000点														
<p>[算定要件] (1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、<u>P</u> <u>C</u><u>R</u>法、<u>S</u><u>S</u><u>C</u><u>P</u>法、<u>R</u><u>F</u><u>L</u><u>P</u>法、<u>シー</u><u>ク</u><u>エ</u><u>ン</u><u>サー</u><u>シ</u><u>ス</u><u>テ</u><u>ム</u>等を用いて、<u>悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限</u></p>	<p>[算定要件] (1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、<u>リンチ症候群の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</u></p>														

<p>り算定できる。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p><u>カ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>キ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、RAS遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) 「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</p> <p>なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査、大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査</u></p>
--	--

<p>(新設)</p>	<p><u>査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p>(3) 「イ」処理が容易なものの「ii」 <u>その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。</u></p> <p><u>ア 肺癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査、SYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u></p> <p><u>カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u></p>
<p>(新設)</p>	<p>(4) 「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、 <u>使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。</u></p> <p><u>なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なも</u></p>

<p>(新設)</p> <p>(2) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(1)のアからキまでの中から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。</p> <p>(3) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>の「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査</p> <p>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</p> <p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。</p> <p>(6) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から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。</p> <p>(7) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(8) 肺癌において区分番号「D006-12」EGFR遺伝子検査（血漿）と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査（「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(9) 肺癌において区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005-2」</p>
--	--

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ALK融合遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のアに規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(10)乳癌において区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のウに規定する乳癌におけるHER2遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(11)卵巣癌において区分番号「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」処理が複雑なものうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>

⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

第2 具体的な内容

局所陰圧閉鎖処置（入院）は現在、毎日算定できるところを、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に限り、週3回まで算定可能とする。なお、従前通り、特定保険医療材料「陰圧創傷治療用カートリッジ」は算定できない。

現 行	改定案
<p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>(8) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。</u></p> <p><u>(9) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	

⑨ 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

第1 基本的な考え方

眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定について扱いを見直す。

第2 具体的な内容

網膜中心血管圧測定に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現 行		改定案	
【網膜中心血管圧測定】		【網膜中心血管圧測定】	
1 簡単なもの	42点	1 簡単なもの	42点
2 複雑なもの	100点	2 複雑なもの	100点

[経過措置]

網膜中心血管圧測定は、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。

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF-PHD阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、HIF-PHD阻害薬の使用を含め評価を見直す。

第2 具体的な内容

現行、HIF-PHD阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方で算定することとされているが、院外処方にも対応するため、HIF-PHD阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

現 行	改定案
【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 <u>1,980点</u> ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,140点</u> ハ 5時間以上の場合 <u>2,275点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 <u>1,940点</u>	【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,924点</u> ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,084点</u> ハ 5時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,219点</u> ニ 4時間未満の場合 <u>(イを除く。)</u> <u>1,798点</u> ホ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(ロを除く。)</u> <u>1,958点</u> ヘ 5時間以上の場合 <u>(ハを除く。)</u> <u>2,093点</u> 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,884点</u>

<p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,230点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>□ 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薬剤を使用する場合に限る。) 2,044点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,174点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合 (口を除く。) 1,918点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点</p>
<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合 1,900点</p> <p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,185点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,844点</p> <p>□ 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薬剤を使用する場合に限る。) 1,999点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,129点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合 (口を除く。) 1,873点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>注6 1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p>注6 1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注14 1から3までの場合であつて、<u>イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。</u></p>
<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>	<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>

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及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

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及びダルベポエチン製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て適切に行うこと。

(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。）には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

「1」から「3」までの場合
（「注13」の加算を算定する場合を含む。）であって、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

[施設基準]

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及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

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及びHIF-PHD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て適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

[施設基準]

<p>第十一 処置</p> <p> 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</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p>	<p>第十一 処置</p> <p> 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</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p> <p> <u>H I F - P H D 阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u></p>
---	---

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

第1 基本的な考え方

他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現 行	改定案
【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>静脈転位を伴うもの</u> 21,300点 2 その他のもの 7,760点 外シャント血栓除去術 1,680点 内シャント又は外シャント設置術 18,080点	【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>内シャント造設術</u> イ <u>単純なもの</u> 12,080点 ロ <u>静脈転位を伴うもの</u> 15,300点 2 その他のもの 7,760点 (削除) (削除)

2. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから3ヶ月以内に実施した場合であっても、2回目の算定を可能とする。

現 行	改定案
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】

<p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] 3ヶ月に1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術</p> <p>1 初回 12,000点</p> <p>2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。また、「2」については、「1」の実施後3月以内に実施する場合に、1回に限り算定する。</p> <p>(2) 「1」を算定してから3ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</p> <p>ア 透析シャント閉塞の場合</p> <p>イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。)</p> <p>(3) 「2」については、「1」の前回算定日(他の保険医療機関での算定を含む。)を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</p>
---	---

⑫ 持続緩徐式血液濾過の評価の見直し

第1 基本的な考え方

腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

第2 具体的な内容

持続緩徐式血液濾過について、腎不全以外の患者（重症急性膵炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。））に実施する場合は、持続緩徐式血液濾過を実施する医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを実施の要件に追加する。

⑬ 吸着式血液浄化法の評価の見直し

第1 基本的な考え方

吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン2016、標準治療と比較して死亡率の改善は認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

吸着式血液浄化法は、グラム陰性桿菌感染症による敗血症性ショックにおいてエンドトキシンの吸着を行うことを治療目的としているという観点から、敗血症性ショックの診断基準を満たすことや細菌培養同定検査においてグラム陰性桿菌の感染が確認されていること等を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを算定要件に追加する。

⑭ 下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化

第1 基本的な考え方

大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術について、他の手技との有効性が同等とされていることを踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術の評価を見直す。

現 行		改定案	
下肢静脈瘤手術		下肢静脈瘤手術	
1 抜去切除術	10,200点	1 抜去切除術	10,200点
大伏在静脈抜去術	<u>11,020点</u>	大伏在静脈抜去術	<u>10,200点</u>
下肢静脈瘤血管内焼灼術	<u>14,360点</u>	下肢静脈瘤血管内焼灼術	<u>10,200点</u>

⑮ 膝全摘後の患者に対する血糖管理の充実

第1 基本的な考え方

血糖自己測定器加算について、膝全摘後の患者の病態を踏まえ、月90回以上測定する場合等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

血糖自己測定器加算について、月90回以上測定する場合及び月120回以上測定する場合の対象患者に、膝全摘後の患者を追加する。

現 行	改定案
<p>【血糖自己測定器加算】</p> <p>5 月90回以上測定する場合 1,170点</p> <p>6 月120回以上測定する場合 1,490点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p>	<p>【血糖自己測定器加算】</p> <p>5 月90回以上測定する場合 1,170点</p> <p>6 月120回以上測定する場合 1,490点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p> <p>※ 注1についても同様。</p>

①⑥ 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

第1 基本的な考え方

検体検査の実施料について、実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

- ① 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ評価を見直す。
- ② 臨床的有用性がなくなった検査等について評価を廃止する。

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、適正な評価を行う。
2. 臨床的有用性がなくなった検査や既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査について、診療報酬上の評価を廃止する。

[臨床的有用性がなくなった検査]

- (1) Bence Jones 蛋白定性 (尿)
- (2) 動物使用検査

[既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査]

- (1) アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

義肢装具の採寸法、採型法について、対象とする装具を踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

現行の採寸法及び採型法について、義肢、練習用仮義足又は仮義手、治療用装具に分類し、対象とする装具を踏まえた項目の見直しを行う。

現 行	改定案
【治療装具の採型ギプス】	【義肢採型法】
1 義肢装具採型法（1肢につき） 200点	（削除）
2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点	1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点
3 体幹硬性装具採型法 700点	（削除）
4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点	2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点
【練習用仮義足又は仮義手】	【練習用仮義足又は仮義手採型法】
1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点	1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点
2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点	2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点
【義肢装具採寸法（1肢につき）】 200点	【治療用装具採寸法（1肢につき）】 200点
【治療装具採型法（1肢につき）】 700点	【治療用装具採型法】
	1 体幹装具 700点
	2 四肢装具（1肢につき） 700点
	3 その他（1肢につき） 200点

⑱ 市場が拡大した場合の評価の見直し

第1 基本的な考え方

医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

第2 具体的な内容

1. 新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、収載時の市場規模予測の2倍以上という基準を設定する。
2. 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することとし、妥当性が認められたものについて、中央社会保険医療協議会総会において具体的な見直しを検討することとする。

令和 2 年 2 月 7 日

厚生労働大臣

加藤 勝信 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 田辺 国昭

答 申 書

(令和 2 年度診療報酬改定について)

令和 2 年 1 月 15 日付け厚生労働省発保 0115 第 1 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 から別紙 8 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ものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

- 2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

- 5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と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について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 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について引き続き検討すること。

- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

(歯科診療報酬)

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、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。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、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、対物業務から対人業務への構造的な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)

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や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。

(医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

(その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

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～第3章 (略) 第4章 経過措置 (削る) (削る) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 3 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用(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に規定する加算を除く。)は、第2部第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。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 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<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</u></p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] 第1章～第3章 (略) 第4章 経過措置等 <u>第1部 経過措置</u> <u>第2部 算定制限</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 3 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用(区分番号A001に掲げる再診料の注5、<u>注6</u>及び<u>注16</u>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、<u>注9</u>及び<u>注11</u>に規定する加算を除く。)は、第2部第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。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 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<u>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</u></p>

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 (略)

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 (略)

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。)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医療法第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。

4 (略)

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12までに規定する加算は算定しない。

6 (略)

7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

8 （略）

9 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（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、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

（削る）

7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

8 （略）

9 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（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、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書、注8又は注11に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

(削る)

10 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 (略)

注1～4 (略)

5 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再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

6～14 (略)
(削る)

(削る)

11 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

12 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 (略)

注1～4 (略)

5 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再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

6～14 (略)

15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。

16 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関（

A 0 0 2 外来診療料 (略)

注 1 (略)

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 の規定にかかわらず、55点を算定する。

3・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・7 (略)

8 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再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼

区分番号A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注 5 の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

A 0 0 2 外来診療料 (略)

注 1 (略)

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）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・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 11 までに規定する加算は算定しない。

6・7 (略)

8 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再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼

児の場合にあつては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、250点)を所定点数に加算する。

9 (略)
(削る)

(削る)

A003 オンライン診療料(月1回) (略)
注1・2 (略)

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つて、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

児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、250点)を所定点数に加算する。

9 (略)

10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

11 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。)にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において妊婦に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

A003 オンライン診療料(月1回) (略)
注1・2 (略)
(新設)

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

1～8 (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・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～キ (略)

(削る)

ユ～ヒ (略)

モ せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）

セ・ス (略)

ン 排尿自立支援加算

イイ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (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

第2部 入院料等

通則

1～8 (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・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～キ (略)

ユ 総合評価加算

メ～モ (略)

(新設)

セ・ス (略)

(新設)

(新設)

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (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～レ (略)

(削る)

ソ～ラ (略)

ム 排尿自立支援加算

8～10 (略)

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

(削る)

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、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数

に算定できる。

イ～レ (略)

ソ 総合評価加算

ツ～ム (略)

(新設)

8～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、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80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあつては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあつては、573点）とする。）を算定する。

13 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35点を所定点数

に加算する。

A 1 0 2 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～へ （略）

ト 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。）

チ～レ （略）

ソ 栄養サポートチーム加算

ツ～ム （略）

（削る）

ウ～マ （略）

ケ 排尿自立支援加算

フ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

6～8 （略）

A 1 0 3 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～ク （略）

ヤ 栄養サポートチーム加算

に加算する。

A 1 0 2 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～へ （略）

（新設）

ト～タ （略）

（新設）

レ～ナ （略）

ヲ 総合評価加算

ム～ヤ （略）

（新設）

（新設）

6～8 （略）

A 1 0 3 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～ク （略）

（新設）

マ～エ (略)
テ ハイリスク分娩管理加算
 ア～ミ (略)
シ 排尿自立支援加算
エ 地域医療体制確保加算 (10対1入院基本料を算定するものに限る。)
 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～ミ (略)
シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)
 (削る)
エ～ン (略)
イイ せん妄ハイリスク患者ケア加算 (一般病棟に限る。)
 イロ～イニ (略)
イホ 排尿自立支援加算
イヘ 地域医療体制確保加算 (7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)
 9・10 (略)
 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

ヤ～ユ (略)
 (新設)
エ～ユ (略)
 (新設)
 (新設)
 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～ミ (略)
シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟に限る。)
エ 総合評価加算 (精神病棟を除く。)
ヒ～イイ (略)
 (新設)
 イロ～イニ (略)
 (新設)
 (新設)
 9・10 (略)
 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～エ (略)

(削る)

テ～シ (略)

エ 排尿自立支援加算

ヒ 地域医療体制確保加算 (7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1～6 (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 排尿自立支援加算

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

10・11 (略)

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～エ (略)

テ 総合評価加算

ア～エ (略)

(新設)

(新設)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1～6 (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)

(新設)

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 129点

ロ 15日以上30日以内の期間 104点

10・11 (略)

A 1 0 7 (略)

A 1 0 8 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 (略)

5 医師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 医師配置加算1 120点

ロ 医師配置加算2 90点

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 看護配置加算1 60点

A 1 0 7 (略)

A 1 0 8 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7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100点を所定点数に加算する。

4 (略)

5 医師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 医師配置加算1 88点

ロ 医師配置加算2 60点

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 看護配置加算1 40点

	ロ 看護配置加算 2	35点
	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 看護補助配置加算 1	25点
	ヘ 看護補助配置加算 2	15点
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～ホ (略)	
	<u>ハ 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。)</u>	
	<u>ト～ム (略)</u>	
	(削る)	
	ウ～ノ (略)	
	<u>オ 排尿自立支援加算</u>	
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1～7 (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・ロ (略)	
	<u>ハ 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。)</u>	
	<u>ニ～ヨ (略)</u>	

	ロ 看護配置加算 2	20点
	ハ 夜間看護配置加算 1	85点
	ニ 夜間看護配置加算 2	35点
	ホ 看護補助配置加算 1	10点
	ヘ 看護補助配置加算 2	5点
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～ホ (略)	
	(新設)	
	<u>ハ～ラ (略)</u>	
	<u>ム 総合評価加算</u>	
	ウ～ノ (略)	
	(新設)	
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1～7 (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・ロ (略)	
	(新設)	
	<u>ハ～カ (略)</u>	

(削る)
 タ・レ (略)
 ソ 排尿自立支援加算
 9～11 (略)
 第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A204-2 (略)
 A205 救急医療管理加算 (1日につき)
 1 救急医療管理加算1 950点
 2 救急医療管理加算2 350点
 注1～3 (略)
 A205-2 超急性期脳卒中加算 (入院初日) 10,800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、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又は当該施設基準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の外来において、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。
 A205-3～A207 (略)
 A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)
 1 医師事務作業補助体制加算1
 イ 15対1補助体制加算 970点
 ロ 20対1補助体制加算 758点
 ハ 25対1補助体制加算 630点

ヨ 総合評価加算
 タ・レ (略)
 (新設)
 9～11 (略)
 第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A204-2 (略)
 A205 救急医療管理加算 (1日につき)
 1 救急医療管理加算1 900点
 2 救急医療管理加算2 300点
 注1～3 (略)
 A205-2 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、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。
 A205-3～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 920点
 ロ 20対1補助体制加算 708点
 ハ 25対1補助体制加算 580点

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>
へ	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>
へ	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 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善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、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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	<u>240点</u>
2	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	<u>220点</u>
3	50対1 急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
4	75対1 急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>

ニ	30対1 補助体制加算	<u>495点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>405点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>325点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>245点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>198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>860点</u>
ロ	20対1 補助体制加算	<u>660点</u>
ハ	25対1 補助体制加算	<u>540点</u>
ニ	30対1 補助体制加算	<u>460点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>380点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>305点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>230点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>188点</u>

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善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、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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	<u>210点</u>
2	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	<u>190点</u>
3	50対1 急性期看護補助体制加算	<u>170点</u>
4	75対1 急性期看護補助体制加算	<u>130点</u>

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 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)

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 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)

1・2 (略)

注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児(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、乳幼児加算・幼児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 (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 90点

ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点

ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点

3 (略)

A207-4 看護職員夜間配置加算(1日につき)

1 看護職員夜間12対1配置加算

イ 看護職員夜間12対1配置加算1 95点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 75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 55点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 30点

注 (略)

A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)

1・2 (略)

注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児(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、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（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、乳幼児加算・幼児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。

A 2 0 9 ~ A 2 1 1 （略）

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）

1・2 （略）

注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関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超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。

2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関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準超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。

3・4 （略）

A 2 1 2 - 2 ・ A 2 1 3 （略）

2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（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、乳幼児加算・幼児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。

A 2 0 9 ~ A 2 1 1 （略）

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）

1・2 （略）

注1 超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関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超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。

2 準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関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準超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。

3・4 （略）

A 2 1 2 - 2 ・ A 2 1 3 （略）

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

1 看護補助加算 1	141点
2 看護補助加算 2	116点
3 看護補助加算 3	88点

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50点を更に所定点数に加算する。

3 （略）

A 2 1 5～A 2 2 1 （略）

A 2 2 1－2 小児療養環境特別加算（1日につき） （略）

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（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、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 2～A 2 2 6 （略）

A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算（1日につき） （略）

注 1～3 （略）

4 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、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

A 2 2 6－3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

1 看護補助加算 1	129点
2 看護補助加算 2	104点
3 看護補助加算 3	76点

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40点を更に所定点数に加算する。

3 （略）

A 2 1 5～A 2 2 1 （略）

A 2 2 1－2 小児療養環境特別加算（1日につき） （略）

注 治療上の必要があつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（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、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 2～A 2 2 6 （略）

A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算（1日につき） （略）

注 1～3 （略）

4 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、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

A 2 2 6－3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）

	<u>250点</u>
注 (略)	
A 2 2 7 ~ 2 3 0 - 2 (略)	
A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)	
1 7日以内 (略)	
2 8日以上 <u>15日</u> 以内 <u>300点</u>	
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 (特別入院基本料等を含む。)) 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 <u>15日</u> を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。	
A 2 3 0 - 4 ~ A 2 3 1 - 4 (略)	
A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)	
1・2 (略)	
注1 (略)	
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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、 <u>がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。</u>	
A 2 3 3 (略)	
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (週1回) (略)	
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	

	<u>150点</u>
注 (略)	
A 2 2 7 ~ 2 3 0 - 2 (略)	
A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)	
1 7日以内 (略)	
2 8日以上 <u>10日</u> 以内 <u>225点</u>	
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 (特別入院基本料等を含む。)) 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 <u>10日</u> を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。	
A 2 3 0 - 4 ~ A 2 3 1 - 4 (略)	
A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)	
1・2 (略)	
注1 (略)	
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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。	
A 2 3 3 (略)	
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (週1回) (略)	
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月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月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・2 （略）

注1・2 （略）

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

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月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月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・2 （略）

注1・2 （略）

3 感染防止対策地域連携加算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

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。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 4 1 (略)

(削る)

(削る)

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 47点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 42点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 37点 |

(削る)

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 120点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 100点 |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算

- | | |
|----------------------|------|
| 1 データ提出加算 1 (入院初日) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 140点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 210点 |

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。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 3 9 (略)

A 2 4 0 総合評価加算 (入院中 1 回) 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
療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施
行令第 2 条各号に規定する疾病を有する40歳以上
65歳未満のもの又は65歳以上のもの (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、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。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 45点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 40点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 35点 |
| 4 後発医薬品使用体制加算 4 | 22点 |

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 100点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 80点 |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算 (入院中 1 回)

- | | |
|----------------------|------|
| 1 データ提出加算 1 | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 150点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 200点 |

2	<u>データ提出加算 2 (入院初日)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	150点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	220点
3	<u>データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	140点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	210点
4	<u>データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	150点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	220点
注1	<u>1及び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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施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に、当該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、データ提出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、入院初日に限り所定点数に加算する。</u>	
2	<u>3及び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、手術の実施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に、当該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</u>	

2	<u>データ提出加算 2</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	160点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	210点
	(新設)	
	(新設)	
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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施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に、当該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、データ提出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、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。</u>	
	(新設)	

は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であつて、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、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、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を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 （略）

注1～3 （略）

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B 0 0 5－1－2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号B 0 1 1に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)は

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入院している患者については、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 （略）

注1～3 （略）

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B 0 0 5－1－2に掲げる介護支援等連携指導料及び区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できない。

別に算定できない。

イ・ロ (略)

5・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入院し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、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 入院時支援加算 1 230点

ロ 入院時支援加算 2 200点

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保険医療機関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ものに対して、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上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 7 認知症ケア加算 (1日につき)

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 160点

ロ 15日以上期間 (略)

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 100点

ロ 15日以上期間 25点

3 認知症ケア加算 3

イ 14日以内の期間 40点

ロ 15日以上期間 (略)

イ・ロ (略)

5・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入院し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、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

A 2 4 7 認知症ケア加算 (1日につき)

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 150点

ロ 15日以上期間 (略)

(新設)

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 30点

ロ 15日以上期間 (略)

注1・2 (略)

A 2 4 7 - 2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 (入院中1回)

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、せん妄ハイリスク患者ケア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、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 8 (略)

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1日につき)

1 精神科急性期医師配置加算 1 600点

2 精神科急性期医師配置加算 2

イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に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 (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、精神科急性期医師配置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、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算

注1・2 (略)

(新設)

A 2 4 8 (略)

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1日につき) 500点

(新設)

(新設)

(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病棟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、精神科急性期医師配置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。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 250点

注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する

する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

A 2 5 1 排尿自立支援加算（週1回） 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、排尿自立支援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、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

A 2 5 2 地域医療体制確保加算（入院初日） 520点

。

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

（新設）

（新設）

（新設）

注 救急医療を提供する体制、病院勤務医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、地域医療体制確保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。

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料（1日につき）

1～4 （略）

注1～6 （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算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料（1日につき）

1～4 （略）

注1～6 （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。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

加算を除く。)

ハ～チ (略)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料 (1日につき)

1～4 (略)

注1・2 (略)

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、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。

ハ～チ (略)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料 (1日につき)

1～4 (略)

注1・2 (略)

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、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。))、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。)

ハ～チ (略)

4 (略)

(新設)

A 3 0 1 - 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）

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）

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

A 3 0 1 - 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。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）

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）

A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料（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、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。）、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）

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）

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。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料（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、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。）、及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

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 (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、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、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 (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、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、

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、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）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 (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、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、

^{じよくそ}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）

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）
（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、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、^{じよくそ}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。

^{じよくそ}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。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～リ （略）

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）
（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、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、^{じよくそ}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）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)

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（１日につき） (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、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。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（１日につき）

1～5 (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

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}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（１のイに限る。）を除く。）

ハ～ホ (略)

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（１日につき） (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、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。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（１日につき）

1～5 (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。

- 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

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。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）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、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。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療

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)

1～6 (略)

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、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

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。))及び精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。))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)

1～6 (略)

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、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)

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1~3 (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。

5 (略)

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

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(一般病棟に限る。) 、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、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)

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1~3 (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150点を所定点数に加算する。

5 (略)

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(一般病棟に限る。))、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、

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9

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。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、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55点を所定点数に加算する。

8 （略）

（新設）

0に相当する点数を算定する。

A 3 0 9 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、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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

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

A 3 0 9 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、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。）並びに認知症ケア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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイに限る。）、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

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。

A311 精神科救急入院料 (1日につき)

1・2 (略)

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、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並びに第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

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。

A311 精神科救急入院料 (1日につき)

1・2 (略)

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、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、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第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65点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、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、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並びに第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、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）

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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55点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、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。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第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）

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1・2 （略）

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^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算並びに地域医療体制確保加算並びに第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・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）
(略)

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

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^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算並びに第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55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）
(略)

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、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

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) (略)

注1 (略)

2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料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

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、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第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) (略)

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、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、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、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。

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

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、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、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2章第8部精神科専門療法に係る費用、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

号 J 4 0 0 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 J 0 3 8 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。

A 3 1 5 ・ A 3 1 6 （略）

A 3 1 7 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、H I V 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^{じよくそう}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

する。

A 3 1 5 ・ A 3 1 6 （略）

A 3 1 7 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、H I V 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^{じよくそう}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。

7～9 （略）

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

（略）

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。

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

算、総合評価加算、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、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7～9 （略）

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

（略）

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、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第 2 章第 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。）に係る費用並びに除外薬剤・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。

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

1・2	(略)
3	短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合) (削る)
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、 <u>5,556点</u>)
ロ	D413 前立腺針生検法 10,309点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,235点</u>)
ハ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,448点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,374点</u>)
ニ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 40,943点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>40,869点</u>)
ホ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 19,873点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,799点</u>)
ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 34,416点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>34,342点</u>)
ト	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 18,588点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,514点</u>)
チ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 32,540点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,466点</u>)

1・2	(略)
3	短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合))
イ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び2以外の場合 9,424点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,350点</u>)
ロ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,237点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>6,164点</u>)
ハ	D413 前立腺針生検法 11,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>11,662点</u>)
ニ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,747点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,673点</u>)
ホ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 42,138点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>42,064点</u>)
ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 22,411点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,337点</u>)
ト	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 37,839点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>37,765点</u>)
チ	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 20,756点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,683点</u>)
リ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 38,243点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>38,169点</u>)

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 32,540点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、32,466点)

ヌ K 6 1 7 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^{りゆう}にあつては、21,681点)

ル K 6 1 7 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^{りゆう}にあつては、10,337点)

ヲ K 6 1 7 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^{りゆう}にあつては、10,151点)

ワ K 6 3 3 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^{りゆう}にあつては、31,761点)

カ K 6 3 3 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^{りゆう}にあつては、25,284点)

ヨ K 6 3 3 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^{りゆう}にあつては、22,523点)

タ K 6 3 3 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^{りゆう}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^{りゆう}にあつては、62,270点)

ソ 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^{りゆう}にあつては、51,699点)

(新設)

ヌ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 24,242点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、24,168点)

ル K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 12,507点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、12,433点)

ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,704点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、11,630点)

ワ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 35,444点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、35,371点)

カ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 28,368点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、28,294点)

ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 25,578点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、25,505点)

タ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 25,394点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、25,321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。) 69,217点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、69,143点)

ソ 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。) 55,428点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、55,354点)

ツ 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）

ラ 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）

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）

キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 16,249点
 （生活療養を受ける場合にあつては、16,175点）
 （削る）

ノ M 0 0 1 - 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 1～5 （略）

第 2 章 特掲診療料
 第 1 部 医学管理等

ツ 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。） 44,061点
 （生活療養を受ける場合にあつては、43,988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。） 51,719点
 （生活療養を受ける場合にあつては、51,645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 14,525点
 （生活療養を受ける場合にあつては、14,451点）

ラ 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 18,141点
 （生活療養を受ける場合にあつては、18,068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） 12,383点
 （生活療養を受ける場合にあつては、12,309点）

ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 28,268点
 （生活療養を受ける場合にあつては、28,194点）

キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 18,179点
 （生活療養を受ける場合にあつては、18,106点）

ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点
 （生活療養を受ける場合にあつては、35,067点）

オ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 60,403点
 （生活療養を受ける場合にあつては、60,330点）

注 1～5 （略）

第 2 章 特掲診療料
 第 1 部 医学管理等

(削る)

区分

B 0 0 0 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A 0 0 3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際に特定疾患療養管理料を算定す

通則

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 1の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－2－9に掲げる地域包括診療料、区分番号B 0 0 1－2－10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B 0 0 1－3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

区分

B 0 0 0 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

(新設)

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。

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算する。

7 イについては、バンコマイシンを投与している患者であって、同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの濃度を測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。

8 イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

9 イについては、ミコフェノール酸モフェチ

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

ルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

10 イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

11 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月

(新設)

7 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を

1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

(1) 月の 1 回目 500点

(2) 月の 2 回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、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、区分番号 I 0 0 2 に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号 I 0 0 4 に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料 (略)

注 1 小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、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、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

(新設)

イ 月の 1 回目 500点

ロ 月の 2 回目 400点

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内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、区分番号 I 0 0 2 に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号 I 0 0 4 に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料 (略)

注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、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、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定し

2～5 (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に規定する情報通信機器を用いた診療の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 (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に規定する情報通信機器を用いた診療の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 (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に規定する情報通信機器を用いた診療の際に難病外来指導管理

ている患者については算定しない。

2～5 (略)

(新設)

6 てんかん指導料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

7 難病外来指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

8 (略)

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

(2) 2回目以降

① 対面で行った場合 200点

② 情報通信機器を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回 250点

(2) 2回目以降 190点

注1 イの(1)及びイの(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、医師の指示に基づき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 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、第2章第6部の通則第7号に規定する連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、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

8 (略)

9 外来栄養食事指導料

(新設)

イ 初回 260点

ロ 2回目以降 200点

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める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患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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)

日と同日であること。

3 イの(2)の②については、医師の指示に基づき当該医療機関の管理栄養士が電話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。

(新設)

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該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 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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、入院中2回に限り算定する。

2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該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、入院中2回に限り算定する。

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

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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、入院中2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基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該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、入院中2回に限り算定する。

(新設)

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の医師又は管理栄養士等と共有した場合に、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。

- 11 集団栄養食事指導料 (略)
注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
イ 着用型自動除細動器による場合 (略)
ロ ペースメーカーの場合 300点
ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点
注1～4 (略)
5 ロ又はハを算定する患者について、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、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

- 11 集団栄養食事指導料 (略)
注 別に厚生労働大臣が定める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特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
イ 着用型自動除細動器による場合 (略)
ロ イ以外の場合 360点
(新設)
注1～4 (略)
5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料
イ・ロ (略)
注1・2 (略)
3 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料
イ・ロ (略)
注1 イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて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。
- 2 (略)
- 3 ロについては、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)
注1 小児科を標榜する保険医療機関において、

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料
イ・ロ (略)
注1・2 (略)
(新設)
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料
イ・ロ (略)
注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める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喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて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。
- 2 (略)
- 3 ロについては、別に厚生労働大臣が定める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喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小

悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号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しない。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

三 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

注1～3 (略)

4 ニについては、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、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

5・6 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的と

児科を標榜^{ほう}する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号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しない。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

(新設)

注1～3 (略)

(新設)

4・5 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状

して麻薬が投与されている患者に限る。) に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (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に規定する情報通信機器を用いた診療の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 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める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、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。

緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。) に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

28 小児運動器疾患指導管理料 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6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、療養上必要な指導を行った場合に、6月に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 (略)

30 婦人科特定疾患治療管理料 250点

注1 婦人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器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、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。

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。

31 腎代替療法指導管理料 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、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、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、看護師と共同して、患者と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2回に限り算定する。

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。

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

29 (略)

(新設)

(新設)

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（3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(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 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投

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12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)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 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、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。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

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、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (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、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急搬送看護体制加算1 400点

ロ 救急搬送看護体制加算2 200点

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

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、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

与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (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、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

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、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16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B0

げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B0011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、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。）並びに第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に規定する情報通信機器を用いた診療の際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、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

10に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、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。）並びに第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)

(新設)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16に規定する加算、区分番号B001-2-2に

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)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

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に規定する情報通信機器を用いた診療の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・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

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)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

(新設)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（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保

険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

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B009に掲げる診療情報提供料(I)、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(II)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(III)並びに区分番号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 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供

険医療機関において、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

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12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B009に掲げる診療情報提供料(I)、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(II)並びに区分番号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 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供

した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月に1回に限り80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

注1 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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該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あっては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

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保険医療機関において、区分番号A 0 0 3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。

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料1

イ 初回 230点

ロ 2回目から4回目まで

した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該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あっては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2・3 (略)

(新設)

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

(新設)

1 初回 230点

2 2回目から4回目まで 184点

(1) 対面で行った場合 184点

(2) 情報通信機器を用いた場合

155点

ハ 5回目

180点

2 ニコチン依存症管理料2（一連につき）

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、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。

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に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径

(新設)

(新設)

3 5回目

180点

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、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。

2 （略）

(新規)

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮

部、骨盤部若しくは腋窩^{えきか}のリンパ節部郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、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（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、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。

2 (略)

B 0 0 1 - 8 (略)

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1 初回 800点
2 2回目以降 400点

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産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は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治療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 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮し

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、理学療法士若しくは作業療法士が、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。

2 (略)

B 0 0 1 - 8 (略)

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1,000点

(新設)
(新設)

注1 がんと診断された患者（産業医（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をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、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、産業医に対し、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治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

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保険医

て療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)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・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)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。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

(新設)

3 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)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 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)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 (略)

B005-9 外来排尿自立指導料 (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、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、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

B005-10・B005-10-2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料 500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、対面による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、診断を目的として、当該施設基準を満

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(I)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 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 (略)

B005-9 排尿自立指導料 (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中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

B005-10・B005-10-2 (略)

(新設)

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。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

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）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

8～13 (略)

14 保険医療機関が、患者の口腔機能^{くわう}の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として、100点を所定点数に加算する。

15 保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他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、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

注1～6 (略)

(新設)

7～12 (略)

13 保険医療機関が、患者の口腔機能^{くわう}の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

(新設)

16～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は他の保険医療機関から紹介された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。

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。

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、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

14～16 (略)

B009-2～B010-2 (略)
(新設)

規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)
(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

B011-2～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注1 (略)

2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

B015 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1 (外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(I) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(II) 900点

2 精神科退院時共同指導料2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のもの(以下この区分番号において「措置入院者等」という。)に対して、

B011～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注 (略)

(新設)

(新設)

当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

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(I)、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(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

4 2については、精神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1を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定め

る基準を満たす保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。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又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

B016～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (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。

C002-2～C004 (略)

B015～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (略)

12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、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。ただし、連続する3月は算定できない。

C002-2～C004 (略)

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～14 （略）

15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

16・17 （略）

C 0 0 5 - 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 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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、看護師等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、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、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（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て、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～14 （略）

（新設）

15・16 （略）

C 0 0 5 - 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 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9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、看護師等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、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、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（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て、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）

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) <u>同一建物内1人</u> | 450点 |
| (2) <u>同一建物内2人</u> | 450点 |
| (3) <u>同一建物内3人以上</u> | 400点 |

ロ 1日に3回以上の場合

- | | |
|----------------------|------|
| (1) <u>同一建物内1人</u> | 800点 |
| (2) <u>同一建物内2人</u> | 800点 |
| (3) <u>同一建物内3人以上</u> | 720点 |

4 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う

)を限度とする。

2 (略)

(新設)

(新設)

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) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>450点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>450点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>400点</u> |

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) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>380点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>380点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>340点</u> |

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。）

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>300点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>300点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>270点</u> |

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) <u>1 日に 1 回の場合</u> | |
| ① <u>同一建物内 1 人</u> | <u>300点</u> |
| ② <u>同一建物内 2 人</u> | <u>300点</u> |
| ③ <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>270点</u> |
| (2) <u>1 日に 2 回の場合</u> | |
| ① <u>同一建物内 1 人</u> | <u>600点</u> |
| ② <u>同一建物内 2 人</u> | <u>600点</u> |
| ③ <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>540点</u> |
| (3) <u>1 日に 3 回以上の場合</u> | |

- ① 同一建物内 1 人 1,000点
- ② 同一建物内 2 人 1,000点
- ③ 同一建物内 3 人以上 900点

5 (略)

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2～C008 (略)

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

1 在宅患者訪問栄養食事指導料 1

- イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 (略)
- ロ 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 (略)
- ハ イ及びロ以外の場合 (略)

2 在宅患者訪問栄養食事指導料 2

- イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 510点
- ロ 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 460点
- ハ イ及びロ以外の場合 420点

3 (略)

4 区分番号C005の注3から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2～C008 (略)

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(新設)

- 1 単一建物診療患者が 1 人の場合 (略)
- 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 (略)
- 3 1 及び 2 以外の場合 (略)

(新設)

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注2において同じ。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

2 2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該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以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

3 (略)

C010～C012 (略)

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士又は当該保険医療機関の管理栄養士以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療

注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

(新設)

2 (略)

C010～C012 (略)

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画

機関等の看護師が共同して、褥瘡^{じよくそう}管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

2 (略)

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

1～4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、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処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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に規定する情報通信機器を用いた診療の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。

的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

2 (略)

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

1～4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1～3 (略)

(新設)

(新設)

C 1 0 1 - 2 (略)

C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 150点

2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2 150点

注 1 1については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

2 2については、1を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、1回に限り算定する。

C 1 0 2 ~ C 1 0 5 - 3 (略)

C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,400点

注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。

C 1 0 7 ~ C 1 1 8 (略)

C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 800点

注 1・2 (略)

C 1 2 0 非侵襲中耳加圧療法指導管理料 1,800点

注 在宅において非侵襲中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、非侵襲中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

1・2 (略)

C 1 0 1 - 2 (略)

C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点

(新設)

(新設)

注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

(新設)

C 1 0 2 ~ C 1 0 5 - 3 (略)

C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,800点

注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

C 1 0 7 ~ C 1 1 8 (略)

C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点

注 1・2 (略)

(新設)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

1・2 (略)

3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

区分

C150 血糖自己測定器加算

1～6 (略)

7 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの

1,250点

注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己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。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者及び膝全摘後の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。）

ハ・ニ (略)

2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。）

(新設)

区分

C150 血糖自己測定器加算

1～6 (略)

(新設)

注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己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。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ハ・ニ (略)

2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ロ・ハ (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、間欠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。

C 1 5 1 ・ C 1 5 2 (略)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

1 間欠注入シリンジポンプと連動する持続血糖測
定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 4個以下の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300点

2 間欠注入シリンジポンプと連動しない持続血糖
測定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 4個以下の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300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、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、持続血糖測定器を使用し
た場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点
数に加算する。

2 (略)

C 1 5 2 - 3 ~ C 1 6 0 (略)

C 1 6 1 注入ポンプ加算 (略)

ロ・ハ (略)

(新設)

C 1 5 1 ・ C 1 5 2 (略)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

(新設)

1 2個以下の場合 1,320点

2 4個以下の場合 2,640点

3 5個以上の場合 3,300点

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保
険医療機関において、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、持続血糖測定器を使用し
た場合に、第1款の所定点数に加算する。

2 (略)

C 1 5 2 - 3 ~ C 1 6 0 (略)

C 1 6 1 注入ポンプ加算 (略)

注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は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、注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 2 (略)

C 1 6 3 特殊カテーテル加算

1 再利用型カテーテル 400点

2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの

(1) 60本以上の場合 1,700点

(2) 90本以上の場合 1,900点

(3) 120本以上の場合 2,100点

ロ イ以外のもの 1,000点

3 間歇バルーンカテーテル 1,000点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 4～C 1 7 1-2 (略)

C 1 7 2 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400点

注 在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 7 3 横隔神経電気刺激装置加算 600点

注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は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、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 2 (略)

C 1 6 3 特殊カテーテル加算

(新設)

1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの 960点

(新設)

(新設)

(新設)

ロ イ以外のもの 600点

2 間歇バルーンカテーテル 600点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 4～C 1 7 1-2 (略)

(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、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、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

1～6 (略)

第1節 検体検査料

通則 (略)

第1款 検体検査実施料

通則

1～3 (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 | 尿蛋白 | 7点 |
| 2 | VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース | 9点 |
| 3 | ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 | 16点 |
| 4 | ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) | 17点 |
| 5 | N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) | 41点 |
| 6 | アルブミン定性(尿) | 49点 |
| 7 | 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) | 72点 |

第3節・第4節 (略)

第3部 検査

通則

1～6 (略)

第1節 検体検査料

通則 (略)

第1款 検体検査実施料

通則

1～3 (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 | 尿蛋白 | 7点 |
| 2 | VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース | 9点 |
| 3 | ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 | 16点 |
| 4 | ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) | 17点 |
| 5 | N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) | 41点 |
| 6 | アルブミン定性(尿) | 49点 |
| 7 | 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) | 72点 |

8	アルブミン定量 (尿)	<u>102</u> 点
9	トランスフェリン (尿)	<u>104</u> 点
10	ウロポルフィリン (尿)	<u>105</u> 点
11	δアミノレブリン酸 (δ-A L A) (尿)	<u>109</u> 点
12	ポリアミン (尿)	115点
13	ミオイノシトール (尿)	120点
14	コプロポルフィリン (尿)	<u>135</u> 点
15	<u>総ヨウ素 (尿)</u>	<u>186</u> 点
16	<u>IV型コラーゲン (尿)</u>	<u>189</u> 点
17	ポルフォビリノゲン (尿)	191点

(削る)

18	シュウ酸 (尿)	200点
19	L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)、 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (N G A L) (尿)	210点
20	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
21	その他 検査の種類の違いにより区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番 号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

D 0 0 2 ~ D 0 0 3 (略)

D 0 0 4 穿刺液・採取液検査

1 ヒューナー検査 20点

8	アルブミン定量 (尿)	<u>105</u> 点
9	トランスフェリン (尿)	<u>107</u> 点
10	ウロポルフィリン (尿)	<u>108</u> 点
11	δアミノレブリン酸 (δ-A L A) (尿)	<u>112</u> 点
12	ポリアミン (尿)	115点
13	ミオイノシトール (尿)	120点
14	コプロポルフィリン (尿)	<u>139</u> 点
15	(新設) (新設) ポルフォビリノゲン (尿)、 <u>総ヨウ素 (尿)</u>	191点
16	<u>IV型コラーゲン (尿)</u>	<u>194</u> 点
17	シュウ酸 (尿)	200点
18	L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)、 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (N G A L) (尿)	210点
19	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
20	その他 検査の種類の違いにより区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番 号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

D 0 0 2 ~ D 0 0 3 (略)

D 0 0 4 穿刺液・採取液検査

1 ヒューナー検査 20点

2	胃液又は十二指腸液一般検査	55点
3	髄液一般検査	62点
4	精液一般検査	70点
5	頸管粘液一般検査	75点
6	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、I g E 定性（涙液）	100点
7	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	122点
8	マイクロバブルテスト	200点
9	I gG インデックス	414点
10	オリゴクローナルバンド	522点
11	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）	577点
12	タウ蛋白（髄液）	622点
13	リン酸化タウ蛋白（髄液）	641点
14	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
15	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に 掲げる排泄物、滲出物 又は分泌物の細菌顕微 鏡検査の例により算定 した点数	
16	その他 検査の種類の違いにより区分番号D0 07に掲げる血液化学検査又は区分番 号D008に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D009に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D010に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注（略）

2	胃液又は十二指腸液一般検査	55点
3	髄液一般検査	62点
4	精液一般検査	70点
5	頸管粘液一般検査	75点
6	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、I g E 定性（涙液）	100点
7	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	125点
8	マイクロバブルテスト	200点
9	I gG インデックス	426点
10	オリゴクローナルバンド	538点
11	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）	593点
	（新設）	
12	リン酸化タウ蛋白（髄液）、タウ蛋白（髄液）	641点
13	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
14	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に 掲げる排泄物、滲出物 又は分泌物の細菌顕微 鏡検査の例により算定 した点数	
15	その他 検査の種類の違いにより区分番号D0 07に掲げる血液化学検査又は区分番 号D008に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D009に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D010に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注（略）

D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

1 悪性腫瘍遺伝子検査

イ 処理が容易なもの

(1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの

2,500点

(2) その他のもの

2,100点

ロ 処理が複雑なもの

5,000点

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してイに掲げる検査を実施した場合は、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 2項目 4,000点

ロ 3項目 6,000点

ハ 4項目以上 8,000点

2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してロに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目

D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

1 悪性腫瘍遺伝子検査

イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法) 2,500点

(新設)

(新設)

ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外) 2,100点

ハ K-ras遺伝子検査 2,100点

ニ EWS-Fli1遺伝子検査 2,100点

ホ TLS-CHOP遺伝子検査 2,100点

ヘ SYT-SSX遺伝子検査 2,100点

ト c-kit遺伝子検査 2,500点

チ マイクロサテライト不安定性検査 2,100点

リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 2,100点

ヌ BRAF遺伝子検査 6,520点

ル RAS遺伝子検査 2,500点

ヲ ROS1融合遺伝子検査 2,500点

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、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 2項目 4,000点

ロ 3項目以上 6,000点

(新設)

(新設)

数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 8,000点

ロ 3項目以上 12,000点

2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点
(血液学的検査)

D 0 0 5 血液形態・機能検査

1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点

注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

2 網赤血球数 12点

3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点

4 好酸球数 17点

5 末梢血液一般検査 21点

6 末梢血液像 (鏡検法) 25点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。

7 血中微生物検査 40点

8 赤血球抵抗試験 45点

9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点

10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点

11 ヘモグロビンF (HbF) 60点

12 デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性 233点

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) 250点

14 骨髄像 812点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。

2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点
(血液学的検査)

D 0 0 5 血液形態・機能検査

1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点

注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

2 網赤血球数 12点

3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点

4 好酸球数 17点

5 末梢血液一般検査 21点

6 末梢血液像 (鏡検法) 25点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。

7 血中微生物検査 40点

8 赤血球抵抗試験 45点

9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点

10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点

11 ヘモグロビンF (HbF) 60点

12 デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性 233点

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) 250点

14 骨髄像 837点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。

	15 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	1,940点
D 0 0 6	出血・凝固検査	
	1 出血時間	15点
	2 プロトロンビン時間 (P T)	18点
	3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
	4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、 クリオフィブリノゲン	23点
	5 トロンビン時間	25点
	6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン 抵抗試験	28点
	7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P T T)	29点
	8 血小板凝集能	50点
	9 血小板粘着能	64点
	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
	12 フィブリンモノマー複合体定性	93点
	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100点
	14 Dダイマー定性	125点
	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量	128点
	16 v o n W i l l e b r a n d 因子 (V W F)	

	15 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	2,000点
D 0 0 6	出血・凝固検査	
	1 出血時間	15点
	2 プロトロンビン時間 (P T)、 <u>トロンボテスト</u>	18点
	3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
	4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、 クリオフィブリノゲン	23点
	5 トロンビン時間	25点
	6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン 抵抗試験	28点
	7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P T T)	29点
	8 血小板凝集能	50点
	9 血小板粘着能	64点
	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
	12 フィブリンモノマー複合体定性	93点
	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100点
	14 Dダイマー定性	128点
	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量	131点
	16 v o n W i l l e b r a n d 因子 (V W F)	

活性	132点
17 Dダイマー	133点
18 α_2 -マクログロブリン	138点
19 P I V K A - II	143点
20 凝固因子インヒビター	148点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	151点
22 <u>プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)</u>	158点
23 プロテインS抗原	162点
24 プロテインS活性	168点
25 β -トロンボグロブリン (β -TG)	177点
26 血小板第4因子 (PF ₄)	178点
27 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	181点
28 プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
29 トロンボモジュリン	204点
30 凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	223点
31 フィブリンモノマー複合体	227点
32 プロテインC抗原	239点
33 tPA・PAI-1複合体	240点
34 プロテインC活性	241点
35 ADAMTS13活性	400点
36 ADAMTS13インヒビター	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14から34までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

活性	136点
17 Dダイマー	137点
18 α_2 -マクログロブリン	138点
19 P I V K A - II	143点
20 凝固因子インヒビター	152点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	155点
(新設)	
22 <u>プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)</u> 、プロテインS抗原	162点
23 プロテインS活性	170点
24 β -トロンボグロブリン (β -TG)	177点
25 血小板第4因子 (PF ₄)	178点
26 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	186点
27 プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
28 トロンボモジュリン	205点
29 凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	229点
30 フィブリンモノマー複合体	233点
31 プロテインC抗原	246点
32 tPA・PAI-1複合体	247点
33 プロテインC活性	248点
34 ADAMTS13活性	400点
35 ADAMTS13インヒビター	600点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

イ	3項目又は4項目	530点
ロ	5項目以上	722点
D006-2	(略)	
D006-3	Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))	
1	診断の補助に用いるもの (削る) (削る)	2,520点
2	モニタリングに用いるもの	2,520点
D006-4・D006-5	(略)	
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	EGFR遺伝子検査 (血漿) ^{しょう}	2,100点
注	同一の患者につき同一月において検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	
D006-13	(略)	
D006-14	FLT3遺伝子検査	4,200点
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D006-16	JAK2遺伝子検査	2,504点
D006-17	Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型	2,100点
D006-18	BRCA1/2遺伝子検査	
1	腫瘍細胞を検体とするもの	20,200点
2	血液を検体とするもの	20,200点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	

イ	3項目又は4項目	530点
ロ	5項目以上	722点
D006-2	(略)	
D006-3	Major BCR-ABL1	
1	mRNA定量 (国際標準値)	
イ	診断の補助に用いるもの	2,520点
ロ	モニタリングに用いるもの	2,520点
2	mRNA定量 (1以外のもの)	1,200点
D006-4・D006-5	(略)	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,504点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100点
D006-8～D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	3,300点
D006-12	EGFR遺伝子検査 (血漿) ^{しょう} (新設)	2,100点
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(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実施した場合に限り算定する。

D 0 0 6 - 19 がんゲノムプロファイリング検査

(新設)

1 検体提出時 8,000点

2 結果説明時 48,000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実施した場合に限り算定する。

D 0 0 6 - 20 角膜ジストロフィー遺伝子検査 1,200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行われる場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

D 0 0 6 - 21 血液粘弾性検査 (一連につき) 600点

(新設)

(生化学的検査(I))

D 0 0 7 血液化学検査

1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン (BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)、総鉄結合能 (TIBC) (比色法) 11点

(生化学的検査(I))

D 0 0 7 血液化学検査

1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、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	リン脂質	15点
3	HDL-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)	17点
4	LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
5	銅 (Cu)	23点
6	リパーゼ	24点
7	イオン化カルシウム	26点
8	マンガン (Mn)	27点
	(削る)	
9	ケトン体	30点
10	アポリ ^{たん} 蛋白	
	イ 1項目の場合	31点
	ロ 2項目の場合	62点
	ハ 3項目以上の場合	94点
11	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32点
12	グアナーゼ	35点
13	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
14	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩	48点
15	ASTアイソザイム、リポ ^{たん} 蛋白分画	49点
16	アンモニア	50点
17	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
18	コレステロール分画	57点
19	ケトン体分画、遊離脂肪酸	59点
20	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT)	70点
21	グルコース-6-リン酸 ^{たん} デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ ^{たん} 蛋白分画 (PAGディスク電	

2	リン脂質	15点
3	HDL-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)	17点
4	LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
5	銅 (Cu)	23点
6	リパーゼ	24点
7	イオン化カルシウム	26点
8	マンガン (Mn)	27点
9	<u>ムコ^{たん}蛋白</u>	<u>29点</u>
10	ケトン体	30点
11	アポリ ^{たん} 蛋白	
	イ 1項目の場合	31点
	ロ 2項目の場合	62点
	ハ 3項目以上の場合	94点
12	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32点
13	グアナーゼ	35点
14	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
15	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩	48点
16	ASTアイソザイム、リポ ^{たん} 蛋白分画	49点
17	アンモニア	50点
18	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
19	コレステロール分画	57点
20	ケトン体分画、遊離脂肪酸	59点
21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT)	70点
22	グルコース-6-リン酸 ^{たん} デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ ^{たん} 蛋白分画 (PAGディスク電	

気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)、グリココール酸	80点
<u>22 CK-MB(免疫阻害法・蛋白質量測定)</u>	90点
<u>23 LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン</u>	95点
<u>24 ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)</u>	96点
<u>25 リポ蛋白(a)</u>	107点
<u>26 ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	108点
(削る)	
<u>27 エタノール</u>	111点
<u>28 KL-6</u>	114点
<u>29 心筋トロポニンI、心筋トロポニンT(TnT)</u> <u>)定性・定量、アルミニウム(Al)</u>	115点
<u>30 25-ヒドロキシビタミンD</u>	117点
<u>31 ペントシジン、シスタチンC</u>	118点
<u>32 イヌリン</u>	120点
(削る)	
<u>33 リポ蛋白分画(HPLC法)</u>	129点
<u>34 肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)、ガラクトース</u>	130点
<u>35 肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)</u>	136点
<u>36 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン</u> <u>定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量、アルブミン非結合型ビリルビン</u>	139点

気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)、グリココール酸	80点
<u>23 CK-MB</u>	90点
<u>24 膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)</u> <u>LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン</u>	95点
<u>25 ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)</u>	96点
<u>26 リポ蛋白(a)</u>	107点
<u>27 ヘパリン</u>	108点
<u>28 フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	111点
<u>29 エタノール</u> (新設)	113点
<u>30 心筋トロポニンI、KL-6</u>	117点
(新設)	
<u>31 ペントシジン、アルミニウム(Al)</u>	118点
<u>32 イヌリン、心筋トロポニンT(TnT)定性・定量</u>	120点
<u>33 シスタチンC</u>	121点
<u>34 リポ蛋白分画(HPLC法)</u>	129点
<u>35 肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)、ガラクトース</u>	130点
<u>36 肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)</u>	136点
(新設)	

<u>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。</u>			
37	<u>プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)、亜鉛 (Zn)</u> (削る)	140点	
	(削る)		
38	<u>セレン、アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)、ビタミンB₁₂</u>	144点	
39	<u>IV型コラーゲン・7S</u>	148点	
40	<u>ピルビン酸キナーゼ (PK)</u>	150点	
41	<u>葉酸</u>	154点	
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 (IGFBP-1) 定性</u>	180点	
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)</u>	184点	
44	<u>アセトアミノフェン</u>	185点	
45	<u>トリプシン</u> (削る)	189点	
46	<u>Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン</u>	194点	
37	<u>血液ガス分析、プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)</u>	140点	
<u>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。</u>			
38	<u>IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン</u>	143点	
39	<u>亜鉛 (Zn)、セレン</u>	144点	
40	<u>アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)、IV型コラーゲン・7S、ビタミンB₁₂</u>	148点	
41	<u>ピルビン酸キナーゼ (PK)</u>	150点	
42	<u>葉酸</u>	158点	
43	<u>ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)</u>	180点	
44	<u>ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I</u>	184点	
45	<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</u>	185点	
46	<u>レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)、トリプシン</u>	189点	
47	<u>アセトアミノフェン</u>	190点	
48	<u>Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体</u>	194点	

(削る)	
<u>47</u> ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
<u>48</u> 赤血球 ^{たん} コプロポルフィリン	210点
<u>49</u> リポ蛋白 ^{たん} リパーゼ (LPL)	223点
<u>50</u> 肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
<u>51</u> ビタミンB ₁	246点
<u>52</u> ビタミンB ₂	249点
<u>53</u> 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
(削る)	
(削る)	
<u>54</u> 赤血球プロトポルフィリン	272点
<u>55</u> <u>プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量</u>	292点
<u>56</u> プレセブシン定量	301点
<u>57</u> インフリキシマブ定性	310点
<u>58</u> ビタミンC	314点
<u>59</u> 1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	388点
(削る)	
<u>60</u> <u>FGF23</u>	788点
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 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上	109点
注 入院中の患者について算定した場合は、入	

<u>49</u> <u>マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)</u>	200点
<u>50</u> ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
<u>51</u> 赤血球 ^{たん} コプロポルフィリン	210点
<u>52</u> リポ蛋白 ^{たん} リパーゼ (LPL)	223点
<u>53</u> 肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
(新設)	
(新設)	
<u>54</u> 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
<u>55</u> ビタミンB ₁	253点
<u>56</u> ビタミンB ₂	256点
<u>57</u> 赤血球プロトポルフィリン	272点
(新設)	
<u>58</u> <u>プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量、プレセブシン定量</u>	301点
<u>59</u> インフリキシマブ定性	310点
<u>60</u> ビタミンC	314点
<u>61</u> 1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	388点
<u>62</u> <u>25-ヒドロキシビタミンD</u>	400点
(新設)	
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 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上	112点
注 入院中の患者について算定した場合は、入	

院時初回加算として、初回に限り20点を所定
点数に加算する。

(生化学的検査Ⅱ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	<u>102</u> 点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	<u>104</u> 点
10	インスリン (IRI)	<u>106</u> 点
<u>11</u>	<u>レニン定量</u>	<u>108</u> 点
<u>12</u>	<u>サイロキシシン (T₄)</u>	111点
<u>13</u>	<u>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)</u>	<u>111</u> 点
<u>14</u>	<u>アルドステロン、テストステロン</u>	<u>125</u> 点
<u>15</u>	<u>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</u>	<u>127</u> 点
<u>16</u>	<u>サイロキシシン結合グロブリン (TBG)</u>	130点
<u>17</u>	<u>サイログロブリン</u>	<u>133</u> 点
<u>18</u>	<u>抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G</u>	

院時初回加算として、初回に限り20点を所定
点数に加算する。

(生化学的検査Ⅱ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	<u>105</u> 点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	<u>107</u> 点
10	インスリン (IRI)	<u>109</u> 点
	(新設)	
<u>11</u>	<u>レニン定量、サイロキシシン (T₄)</u>	111点
<u>12</u>	<u>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)</u>	<u>114</u> 点
<u>13</u>	<u>アルドステロン、テストステロン</u>	<u>128</u> 点
	(新設)	
<u>14</u>	<u>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、サイロキシシン結合グロブリン (TBG)</u>	130点
	(新設)	
<u>15</u>	<u>抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G</u>	

	A D抗体)	134点
19	<u>脳性N a利尿ペプチド (BNP)、脳性N a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)</u>	136点
20	<u>カルシトニン</u>	137点
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</u>	138点
22	<u>サイロキシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)</u>	140点
	(削る)	
	(削る)	
23	<u>グルカゴン</u>	150点
24	<u>プロゲステロン</u>	151点
25	<u>I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)</u>	156点
26	<u>低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)</u>	158点
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)</u>	161点
	(削る)	
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 PI)</u>	

	A D抗体)	134点
16	<u>脳性N a利尿ペプチド (BNP)</u>	136点
17	<u>サイログロブリン</u> (新設)	137点
18	<u>サイロキシン結合能 (TBC)、脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)</u>	140点
19	<u>カルシトニン</u>	141点
20	<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</u>	142点
21	<u>グルカゴン</u>	150点
22	<u>プロゲステロン</u>	155点
23	<u>I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)</u>	156点
	(新設)	
24	<u>骨型アルカリホスファターゼ (BAP)</u>	161点
25	<u>低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)</u>	162点
	(新設)	

	<u>NP)</u>	<u>163点</u>		
29	<u>低単位ヒト^{じゅう}絨毛性ゴナドトロピン (HCG)</u>		26	<u>オステオカルシン (OC)</u> 165点
	半定量	165点		
	(削る)		27	<u>遊離テストステロン</u> 166点
	(削る)		28	<u>インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペ</u>
30	<u>I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性</u>			<u>チド (Intact PINP)</u> 168点
	<u>体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン-</u>		29	<u>I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性</u>
	<u>N-プロペプチド (PINP)</u>	169点		<u>体 (β-CTX) (尿)</u> 169点
31	<u>セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペ</u>		30	<u>セクレチン、低単位ヒト^{じゅう}絨毛性ゴナドトロ</u>
	<u>チド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモ</u>			<u>ン (HCG) 半定量、I型コラーゲン架橋C-テ</u>
	<u>ン (PTH)、カテコールアミン分画</u>	170点		<u>ロペプチド-β異性体 (β-CTX)、I型プロ</u>
				<u>コラーゲン-N-プロペプチド (PINP)</u>
32	<u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D</u>			170点
	<u>HEA-S)</u>	174点		(新設)
33	<u>サイクリックAMP (cAMP)</u>	175点	31	<u>サイクリックAMP (cAMP)、副甲状腺ホ</u>
				<u>ルモン (PTH)、カテコールアミン分画</u>
	(削る)			175点
34	<u>エストラジオール (E₂)</u>	177点	32	<u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D</u>
35	<u>エストリオール (E₃)、エストロゲン半定量</u>			<u>HEA-S)</u>
	<u>、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連^{たん}白</u>			176点
	<u>C端フラグメント (C-PTHrP)</u>	180点		(新設)
	(削る)		33	<u>エストリオール (E₃)、エストロゲン半定量</u>
36	<u>デオキシピリジノリン (DPD) (尿)</u>	191点		<u>、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連^{たん}白</u>
				<u>C端フラグメント (C-PTHrP)</u>
37	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}白 (PTHrP)、副</u>		34	<u>エストラジオール (E₂)</u>
	<u>腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールア</u>			182点
	<u>ミン</u>	194点	35	<u>デオキシピリジノリン (DPD) (尿)</u>
				191点
			36	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}白 (PTHrP)</u>
				194点

<u>38</u> 17-ケトジェニックステロイド (17-KGS)	200点
<u>39</u> エリスロポエチン	209点
<u>40</u> 17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α-ヒドロキシprogesterone (17α-OHP) 、抗IA-2抗体、pregnenolone	213点
<u>41</u> <u>メタネフリン</u>	<u>217点</u>
<u>42</u> <u>ソマトメジンC</u>	<u>218点</u>
<u>43</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画) (削る) (削る)	220点
<u>44</u> <u>メタネフリン・ノルメタネフリン分画</u>	<u>221点</u>
<u>45</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)	227点
<u>46</u> <u>pregnenolone</u>	<u>234点</u>
<u>47</u> 抗利尿ホルモン (ADH) (削る)	235点
<u>48</u> ノルメタネフリン	250点
<u>49</u> インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白3型 (IGFBP-3)	280点
<u>50</u> <u>遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画</u>	<u>320点</u>
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>13</u> から <u>50</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 3項目以上5項目以下	410点
ロ 6項目又は7項目	623点
ハ 8項目以上	900点

<u>37</u> 17-ケトジェニックステロイド (17-KGS) 、 <u>副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコ ルアミン</u>	200点
<u>38</u> エリスロポエチン	209点
<u>39</u> 17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α-ヒドロキシprogesterone (17α-OHP) 、抗IA-2抗体、pregnenolone	213点
(新設)	
(新設)	
<u>40</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)	220点
<u>41</u> <u>メタネフリン</u>	<u>223点</u>
<u>42</u> <u>ソマトメジンC</u>	<u>224点</u>
(新設)	
<u>43</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)、 <u>メタネフ リン・ノルメタネフリン分画</u>	227点
(新設)	
<u>44</u> 抗利尿ホルモン (ADH)	235点
<u>45</u> <u>pregnenolone</u>	<u>240点</u>
<u>46</u> ノルメタネフリン	250点
<u>47</u> インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白3型 (IGFBP-3) (新設)	280点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>12</u> から <u>47</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 3項目以上5項目以下	410点
ロ 6項目又は7項目	623点
ハ 8項目以上	900点

D009 腫瘍マーカー

1	尿中BTA	80点
2	癌胎児性抗原 (CEA)	102点
3	α -フエトプロテイン (AFP)	104点
4	扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)	107点
5	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	110点
6	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3 (削る)	118点
7	エラストラーゼ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
10	CA125	144点
11	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
	(削る)	
12	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22)) 定性 (尿)	147点
13	シアリルLe ^x -i抗原 (SLX)	148点
14	塩基性フエトプロテイン (BFP)	150点
	(削る)	
	(削る)	
15	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	154点

D009 腫瘍マーカー

1	尿中BTA	80点
2	癌胎児性抗原 (CEA)	105点
3	α -フエトプロテイン (AFP) (新設)	107点
4	組織ポリペプチド抗原 (TPA)、扁平上皮癌 関連抗原 (SCC抗原)	110点
5	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3	121点
6	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)	124点
7	エラストラーゼ1	129点
8	前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9	130点
9	PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	143点
	(新設)	
10	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
11	CA125 (新設)	148点
	(新設)	
12	塩基性フエトプロテイン (BFP)	150点
13	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22)) 定性 (尿)	151点
14	シアリルLe ^x -i抗原 (SLX)	152点
15	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	158点

16	サイトケラチン8・18(尿)	160点
17	<u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント(シフラ)</u>	<u>162点</u>
18	抗p53抗体 (削る) (削る)	163点
19	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	164点
20	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170点
21	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175点
22	CA54/61、 ^{がん} 癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184点
23	CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点
24	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)	194点
25	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	200点
26	可溶性メソテリン関連ペプチド	220点
27	^{がん} 癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)、 ^{がん} 癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	305点
28	HER2 ^{たん} 蛋白	320点
29	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	438点
注1	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	

16	サイトケラチン8・18(尿) (新設)	160点
17	抗p53抗体	163点
18	<u>BCA225</u>	<u>165点</u>
19	<u>サイトケラチン19フラグメント(シフラ)</u>	<u>167点</u>
20	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	169点
21	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170点
22	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175点
23	CA54/61、 ^{がん} 癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184点
24	CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点
25	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)	194点
26	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	200点
27	可溶性メソテリン関連ペプチド	220点
28	^{がん} 癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)、 ^{がん} 癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	314点
29	HER2 ^{たん} 蛋白	320点
30	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	438点
注1	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	

- 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 | 2項目 | 230点 |
| ロ | 3項目 | 290点 |
| ハ | 4項目以上 | 408点 |

D010 特殊分析

- | | | |
|---|------------------------------|---------------|
| 1 | 糖分析(尿) | 38点 |
| 2 | 結石分析 | 120点 |
| 3 | チロシン | 200点 |
| 4 | <u>アミノ酸</u> | |
| イ | <u>1種類につき</u> | <u>287点</u> |
| ロ | <u>5種類以上</u> | <u>1,176点</u> |
| 5 | <u>総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)</u> | <u>288点</u> |

(削る)

- | | | |
|---|-----------------|---------------|
| 6 | アミノ酸定性 | 350点 |
| 7 | 脂肪酸分画 | <u>417点</u> |
| 8 | 先天性代謝異常症検査 | |
| イ | <u>尿中有機酸分析</u> | <u>1,141点</u> |
| ロ | <u>血中極長鎖脂肪酸</u> | <u>1,141点</u> |
| ハ | <u>タンデムマス分析</u> | <u>1,141点</u> |
| ニ | <u>その他</u> | <u>1,141点</u> |

注1 イ、ロ及びハについては、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行われる場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 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。
- | | | |
|---|-------|------|
| イ | 2項目 | 230点 |
| ロ | 3項目 | 290点 |
| ハ | 4項目以上 | 420点 |

D010 特殊分析

- | | | |
|---|------------------------------|-------------|
| 1 | 糖分析(尿) | 38点 |
| 2 | 結石分析 | 120点 |
| 3 | チロシン | 200点 |
| | (新設) | |
| 4 | <u>総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)</u> | <u>288点</u> |

- | | | |
|---|---------------|---------------|
| 5 | <u>アミノ酸</u> | |
| イ | <u>1種類につき</u> | <u>295点</u> |
| ロ | <u>5種類以上</u> | <u>1,212点</u> |
| 6 | アミノ酸定性 | 350点 |
| 7 | 脂肪酸分画 | <u>429点</u> |
| 8 | 先天性代謝異常症検査 | <u>1,176点</u> |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |

注 保険医療機関内において、当該検査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 ニについては、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、当該保険医療機関内で検査を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

(免疫学的検査)

D 0 1 1 免疫血液学的検査

- | | | |
|---|------------------------|--------------|
| 1 | A B O血液型、R h (D) 血液型 | 24点 |
| 2 | C o o m b s 試験 | |
| | イ 直接 | 34点 |
| | ロ 間接 | 47点 |
| 3 | R h (その他の因子) 血液型 | <u>152</u> 点 |
| 4 | 不規則抗体 | 159点 |

注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K 8 9 8に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

- | | | |
|----|--|--------------|
| 5 | A B O血液型関連糖転移酵素活性 | <u>186</u> 点 |
| 6 | 血小板関連 I g G (P A - I g G) | <u>198</u> 点 |
| 7 | A B O血液型亜型 | 260点 |
| 8 | 抗血小板抗体 | 262点 |
| 9 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) | <u>378</u> 点 |
| 10 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 、 I g M 及び I g A 抗体) | 390点 |

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) | |
|---|---|--|

(新設)

(免疫学的検査)

D 0 1 1 免疫血液学的検査

- | | | |
|---|------------------------|--------------|
| 1 | A B O血液型、R h (D) 血液型 | 24点 |
| 2 | C o o m b s 試験 | |
| | イ 直接 | 34点 |
| | ロ 間接 | 47点 |
| 3 | R h (その他の因子) 血液型 | <u>156</u> 点 |
| 4 | 不規則抗体 | 159点 |

注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K 8 9 8に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

- | | | |
|----|--|--------------|
| 5 | A B O血液型関連糖転移酵素活性 | <u>191</u> 点 |
| 6 | 血小板関連 I g G (P A - I g G) | <u>204</u> 点 |
| 7 | A B O血液型亜型 | 260点 |
| 8 | 抗血小板抗体 | 262点 |
| 9 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) | <u>389</u> 点 |
| 10 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 、 I g M 及び I g A 抗体) | 390点 |

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) | |
|---|---|--|

2	トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量	15点 26点
3	抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量	29点
4	梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量	32点
5	梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量	34点
6	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	53点
7	アデノウイルス抗原定性（糞便）、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ Ig G 抗体	70点
10	クラミドフィラ・ニューモニエ Ig A 抗体	75点
11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）	79点
	注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	
12	クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量	80点
13	HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量	85点
14	トキソプラズマ抗体	93点
15	トキソプラズマ Ig M 抗体	95点

2	トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量	15点 26点
3	抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量	29点
4	梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量	32点
5	梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量	34点
6	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	53点
7	アデノウイルス抗原定性（糞便）、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ Ig G 抗体	70点
10	クラミドフィラ・ニューモニエ Ig A 抗体	75点
11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）	79点
	注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	
12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量	80点
13	HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量	85点
14	トキソプラズマ抗体	93点
15	トキソプラズマ Ig M 抗体	95点

16	<u>H I V - 1 , 2 抗体定性、H I V - 1 , 2 抗体半定量、H I V - 1 , 2 抗原・抗体同時測定定性</u>	115点
17	抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性 (削る)	116点
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、A 群 β 溶連菌迅速試験定性</u> (削る)	127点
19	カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量	134点
20	ヘモフィルス・インフルエンザ b 型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)	136点
21	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	138点
22	インフルエンザウイルス抗原定性	139点
23	<u>ヘリコバクター・ピロリ抗原定性</u>	142点
24	<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
25	ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性、マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法)	150点
26	<u>クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体</u>	156点
27	D - アラビニトール、クラミジア・トラコマチ	

	(新設)	
16	抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性	116点
17	<u>H I V - 1 , 2 抗体定性、H I V - 1 , 2 抗体半定量、H I V - 1 , 2 抗原・抗体同時測定定性、H I V - 1 , 2 抗原・抗体同時測定定量</u>	118点
18	H I V - 1 , 2 抗体定量	127点
19	<u>A 群 β 溶連菌迅速試験定性</u>	130点
20	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	138点
21	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)	140点
22	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	142点
23	インフルエンザウイルス抗原定性 (新設)	143点
24	<u>肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液) 、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性</u>	146点
25	ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性、マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) 、 <u>ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u> (新設)	150点
26	D - アラビニトール、 <u>クラミドフィラ・ニュー</u>	

ス抗原定性	160点
<u>28</u> アスペルギルス抗原	<u>161</u> 点
<u>29</u> 大腸菌O157抗原定性	165点
<u>30</u> <u>大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体</u>	<u>168</u> 点
<u>31</u> マイコプラズマ抗原定性（FA法） （削る）	170点
<u>32</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>174</u> 点
<u>33</u> <u>大腸菌血清型別</u>	<u>175</u> 点
<u>34</u> 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	180点
<u>35</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>189</u> 点
<u>36</u> 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）	<u>198</u> 点
<u>37</u> ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	<u>200</u> 点
<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</u> 点
<u>39</u> 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキスIgG・IgA抗体 （削る）	210点
<u>40</u> グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	<u>212</u> 点
注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限	

<u>モニエIgM抗体、クラミジア・トラコマチス抗原</u> 定性	160点
<u>27</u> アスペルギルス抗原	<u>164</u> 点
<u>28</u> 大腸菌O157抗原定性 （新設）	165点
<u>29</u> マイコプラズマ抗原定性（FA法）	170点
<u>30</u> <u>大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体</u>	<u>173</u> 点
<u>31</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 （新設）	<u>179</u> 点
<u>32</u> 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性、 <u>大腸菌血清型別</u>	180点
<u>33</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>194</u> 点
<u>34</u> 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）	<u>204</u> 点
<u>35</u> ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 （新設）	<u>206</u> 点
<u>36</u> 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキスIgG・IgA抗体	210点
<u>37</u> <u>ツツガムシ抗体半定量、（1→3）-β-D-グルカン、ツツガムシ抗体定性</u>	<u>213</u> 点
<u>38</u> グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	<u>218</u> 点
注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限	

	度として算定する。	
<u>41</u>	<u>レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>217点</u>
	（削る）	
<u>42</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量</u>	<u>223点</u>
<u>43</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）</u>	<u>233点</u>
	注 <u>デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性</u> 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実施した場合に算定する。	
	（削る）	
<u>44</u>	<u>エンドトキシン</u>	<u>243点</u>
<u>45</u>	<u>百日咳菌抗体</u>	<u>264点</u>
<u>46</u>	<u>H I V－1抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>280点</u>
<u>47</u>	<u>結核菌群抗原定性</u>	<u>291点</u>
<u>48</u>	<u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>377点</u>
<u>49</u>	<u>H I V－2抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>380点</u>
	（削る）	
<u>50</u>	<u>H T L V－I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）</u>	<u>425点</u>
<u>51</u>	<u>H I V抗原</u>	<u>600点</u>
<u>52</u>	<u>抗トリコスポロン・アサヒ抗体</u>	<u>873点</u>
D O 1 3	肝炎ウイルス関連検査	
1	H B s 抗原定性・半定量	29点
2	H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量	32点
3	H B s 抗原、H B s 抗体	88点
4	H B e 抗原、H B e 抗体	<u>104点</u>

	度として算定する。	
	（新設）	
<u>39</u>	<u>サイトメガロウイルス抗体</u>	<u>220点</u>
<u>40</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量、レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>223点</u>
<u>41</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性</u>	<u>233点</u>
	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実施した場合に算定する。	
<u>42</u>	<u>水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）</u>	<u>240点</u>
<u>43</u>	<u>エンドトキシン</u>	<u>250点</u>
<u>44</u>	<u>百日咳菌抗体</u>	<u>272点</u>
<u>45</u>	<u>H I V－1抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>280点</u>
<u>46</u>	<u>結核菌群抗原定性</u>	<u>291点</u>
	（新設）	
<u>47</u>	<u>H I V－2抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>380点</u>
<u>48</u>	<u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>387点</u>
<u>49</u>	<u>H T L V－I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）</u>	<u>425点</u>
<u>50</u>	<u>H I V抗原</u>	<u>600点</u>
<u>51</u>	<u>抗トリコスポロン・アサヒ抗体</u>	<u>900点</u>
D O 1 3	肝炎ウイルス関連検査	
1	H B s 抗原定性・半定量	29点
2	H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量	32点
3	H B s 抗原、H B s 抗体	88点
4	H B e 抗原、H B e 抗体	<u>107点</u>

5	H C V抗体定性・定量、H C Vコア蛋白	108点
6	H B c抗体半定量・定量	137点
7	H C Vコア抗体	143点
8	H A - I g M抗体、H A抗体、H B c - I g M抗体	146点
9	H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160点
10	H E - I g A抗体定性	210点
11	H C V血清群別判定	227点
12	H B Vコア関連抗原 (H B c r A g)	266点
13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点
14	H C V特異抗体価、H B Vジェノタイプ判定	340点

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	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	438点

D 0 1 4 自己抗体検査

1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子 (R F) 定量	30点
3	抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量	37点
4	Donath-Landsteiner試験	55点
5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	105点
6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリ	

5	H C V抗体定性・定量、H C Vコア蛋白	111点
6	H B c抗体半定量・定量	141点
7	H C Vコア抗体	143点
8	H A - I g M抗体、H A抗体、H B c - I g M抗体	146点
9	H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160点
10	H E - I g A抗体定性	210点
11	H C V血清群別判定	233点
12	H B Vコア関連抗原 (H B c r A g)	274点
13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点
14	H C V特異抗体価、H B Vジェノタイプ判定	340点

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	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	447点

D 0 1 4 自己抗体検査

1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子 (R F) 定量	30点
3	抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量	37点
4	Donath-Landsteiner試験	55点
5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	105点
6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリ	

ン抗体	110点
7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MM P-3)	116点
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	117点
9 <u>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>	<u>140点</u>
10 抗サイログロブリン抗体、抗 R N P 抗体定性、抗 R N P 抗体半定量、抗 R N P 抗体定量	144点
11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146点
12 抗 S m 抗体定性、抗 S m 抗体半定量、抗 S m 抗体定量	<u>151点</u>
13 <u>C 1 q 結合免疫複合体</u>	<u>157点</u>
14 抗 S S-B / L a 抗体定性、抗 S S-B / L a 抗体半定量、抗 S S-B / L a 抗体定量、 <u>抗 S c l-70 抗体定性、抗 S c l-70 抗体半定量、抗 S c l-70 抗体定量</u>	161点
(削る)	
15 抗 S S-A / R o 抗体定性、抗 S S-A / R o 抗体半定量、抗 S S-A / R o 抗体定量	163点
16 <u>抗 D N A 抗体定量、抗 D N A 抗体定性</u>	<u>168点</u>
17 抗 R N A ポリメラーゼ III 抗体	170点
(削る)	
18 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>
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>	<u>186点</u>
20 抗 A R S 抗体	190点

ン抗体	110点
7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MM P-3)	116点
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	117点
(新設)	
9 抗サイログロブリン抗体、抗 R N P 抗体定性、抗 R N P 抗体半定量、抗 R N P 抗体定量、 <u>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>	144点
10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146点
11 抗 S m 抗体定性、抗 S m 抗体半定量、抗 S m 抗体定量	<u>155点</u>
(新設)	
12 抗 S S-B / L a 抗体定性、抗 S S-B / L a 抗体半定量、抗 S S-B / L a 抗体定量、 <u>C 1 q 結合免疫複合体</u>	161点
13 <u>抗 S c l-70 抗体定性、抗 S c l-70 抗体半定量、抗 S c l-70 抗体定量</u>	<u>162点</u>
14 抗 S S-A / R o 抗体定性、抗 S S-A / R o 抗体半定量、抗 S S-A / R o 抗体定量	163点
(新設)	
15 抗 R N A ポリメラーゼ III 抗体	170点
16 <u>抗 D N A 抗体定量、抗 D N A 抗体定性</u>	<u>172点</u>
17 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	<u>184点</u>
(新設)	
18 抗 A R S 抗体	190点

(削る)	
<u>21</u> モノクローナルR F結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量	194点
(削る)	
22 I g G型リウマトイド因子	203点
23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	204点
24 抗LKM-1抗体	221点
25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI複合体抗体	223点
26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	226点
27 抗カルジオリピン抗体	232点
28 I g G ₂ (TIA法によるもの)	239点
<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)	265点
<u>30</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	267点
<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)	270点
<u>32</u> 抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体、抗Mi-2抗体	270点
(削る)	
(削る)	
(削る)	
<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	281点
<u>34</u> 抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290点

<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	191点
<u>20</u> モノクローナルR F結合免疫複合体	194点
<u>21</u> 抗ミトコンドリア抗体定量	200点
22 I g G型リウマトイド因子	203点
23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210点
24 抗LKM-1抗体	221点
25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI複合体抗体	223点
26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	232点
27 抗カルジオリピン抗体	239点
28 I g G ₂ (TIA法によるもの)	239点
(新設)	
(新設)	
<u>29</u> 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体	270点
<u>30</u> 抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体、抗Mi-2抗体	270点
<u>31</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	273点
<u>32</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	275点
<u>33</u> 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	277点
<u>34</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	281点
<u>35</u> 抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290点

35	抗デスマグレイン1抗体	300点
36	甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点
37	I g G ₄	377点
38	I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点

39	抗GM1 I g G抗体、抗GQ1b I g G抗体	460点
----	----------------------------	------

40	抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体及び抗B P 180-N C 16 a 抗体同時測定	490点
----	---	------

41	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R抗体)	822点
----	------------------------------	------

42	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
----	----------------	------

43	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
----	----------------------------	--------

44	抗H L A抗体 (スクリーニング検査)	1,000点
----	----------------------	--------

45	抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)	4,850点
----	----------------------	--------

注1 本区分の9から15まで、17、20及び32に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。

2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。

D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

1	C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P)	16点
---	----------------------------------	-----

2	赤血球コプロポルフィリン定性、グルコースー	
---	-----------------------	--

36	抗デスマグレイン1抗体	300点
37	甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点
38	I g G ₄	377点
39	I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点

40	抗GM1 I g G抗体、抗GQ1b I g G抗体	460点
----	----------------------------	------

(新設)

41	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R抗体)	847点
----	------------------------------	------

42	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
----	----------------	------

43	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
----	----------------------------	--------

44	抗H L A抗体 (スクリーニング検査)	1,000点
----	----------------------	--------

45	抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)	5,000点
----	----------------------	--------

注1 本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。

2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。

D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

1	C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P)	16点
---	----------------------------------	-----

2	赤血球コプロポルフィリン定性、グルコースー	
---	-----------------------	--

6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30点
3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4 血清補体価 (CH ₅₀)、免疫グロブリン	38点
5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量	42点
6 血清アミロイドA ^{たん} 蛋白 (SAA)	47点
7 トランスフェリン (Tf)	60点
8 C ₃ 、C ₄	70点
9 セルロプラスミン	90点
10 非特異的 IgE 半定量、非特異的 IgE 定量	100点
11 <u>β₂-マイクログロブリン</u>	104点
12 トランスサイレチン (プレアルブミン)	107点
13 特異的 IgE 半定量・定量	110点
注 特異的 IgE 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	
14 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)、α₁-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	136点
⌋	
(削る)	
(削る)	
15 C ₃ プロアクチベータ	160点
16 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
17 ヘモペキシン	180点

6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30点
3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4 血清補体価 (CH ₅₀)、免疫グロブリン	38点
5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量	42点
6 血清アミロイドA ^{たん} 蛋白 (SAA)	47点
7 トランスフェリン (Tf)	60点
8 C ₃ 、C ₄	70点
9 セルロプラスミン	90点
10 非特異的 IgE 半定量、非特異的 IgE 定量	100点
(新設)	
11 <u>β₂-マイクログロブリン、トランスサイレチン (プレアルブミン)</u>	107点
12 特異的 IgE 半定量・定量	110点
注 特異的 IgE 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	
13 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)</u>	136点
14 <u>α₁-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	140点
15 <u>アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)</u>	159点
16 C ₃ プロアクチベータ	160点
17 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
18 ヘモペキシン	180点

18	T A R C	184点
19	A P Rスコア定性	191点
20	アトピー鑑別試験定性	194点
21	B e n c e J o n e s 蛋白同定 (尿)	201点
22	癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液)	204点
23	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	224点
24	C ₁ インアクチベータ	268点
25	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330点
26	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	388点
27	結核菌特異的インターフェロノン-γ産生能	612点
D 0 1 6	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	157点
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	190点
3	T細胞・B細胞百分率	198点
4	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200点
	(削る)	
5	顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき)	220点
6	赤血球・好中球表面抗原検査	320点
7	リンパ球刺激試験 (L S T)	
	イ 1薬剤	345点
	ロ 2薬剤	425点
	ハ 3薬剤以上	515点
	(微生物学的検査)	
D 0 1 7	(略)	
D 0 1 8	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

19	T A R C	189点
20	A P Rスコア定性	191点
21	アトピー鑑別試験定性	194点
22	B e n c e J o n e s 蛋白同定 (尿)	203点
23	癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液)	204点
24	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	230点
25	C ₁ インアクチベータ	276点
26	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330点
27	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	400点
28	結核菌特異的インターフェロノン-γ産生能	630点
D 0 1 6	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	161点
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	194点
	(新設)	
3	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200点
4	T細胞・B細胞百分率	204点
5	顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき)	220点
6	赤血球表面抗原検査	270点
7	リンパ球刺激試験 (L S T)	
	イ 1薬剤	345点
	ロ 2薬剤	425点
	ハ 3薬剤以上	515点
	(微生物学的検査)	
D 0 1 7	(略)	
D 0 1 8	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 ^{せん}	215点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
5	その他の部位からの検体	160点
6	簡易培養	60点
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</u> 点を所定点数に加算する。	
2	入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	170点
2	2菌種	220点
3	3菌種以上	280点
4	<u>薬剤耐性菌検出</u>	<u>50点</u>
5	<u>抗菌薬併用効果スクリーニング</u>	<u>150点</u>
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150点
D020~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130点
2	<u>クラミジア・トラコマチス核酸検出</u>	<u>198点</u>
3	<u>淋菌核酸検出</u>	<u>204点</u>
4	<u>H B V核酸定量</u>	<u>271点</u>
5	<u>淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出</u>	<u>278点</u>
6	<u>レジオネラ核酸検出</u>	<u>292点</u>
7	<u>マイコプラズマ核酸検出</u>	<u>300点</u>
8	<u>E Bウイルス核酸定量</u>	<u>310点</u>

3	血液又は穿刺液 ^{せん}	210点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
5	その他の部位からの検体	160点
6	簡易培養	60点
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>115</u> 点を所定点数に加算する。	
2	入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	170点
2	2菌種	220点
3	3菌種以上	280点
	(新設)	
	(新設)	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150点
D020~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130点
	(新設)	
2	<u>淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出</u>	<u>204点</u>
3	<u>H B V核酸定量</u>	<u>279点</u>
4	<u>淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出</u>	<u>286点</u>
5	<u>レジオネラ核酸検出</u>	<u>292点</u>
6	<u>マイコプラズマ核酸検出</u>	<u>300点</u>
7	<u>E Bウイルス核酸定量</u>	<u>310点</u>

- 9 H C V 核酸検出、H P V 核酸検出 350点
 注 H P V 核酸検出については、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 A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号 K 8 6 7 - 3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号 K 8 6 7 - 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。
- 10 H P V 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 H P V 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 A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号 K 8 6 7 - 3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号 K 8 6 7 - 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 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 410点
- 12 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（M A C）核酸検出 421点
- 13 H C V 核酸定量 437点

（新設）

- 8 H C V 核酸検出、H P V 核酸検出、H P V 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 H P V 核酸検出及びH P V 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 A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術若しくは区分番号 K 8 6 7 - 3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
- 9 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 410点
- 10 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（M A C）核酸検出 421点
- 11 H C V 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 HIV-1核酸定量 520点
注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
- 16 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
- 17 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 963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、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。
- 18 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700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実施した場合に算定する。
- 19 HPVジェノタイプ判定 2,000点
- 20 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点
注 6、7、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

D023-2 その他の微生物学的検査

- 12 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
- 13 HIV-1核酸定量 520点
注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
- 14 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
(新設)
- 15 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700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実施した場合に算定する。
- 16 HPVジェノタイプ判定 2,000点
- 17 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点
注 5、6、8（百日咳菌核酸検出に限る。）又は9（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	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合 ^{たん} 蛋白2' (PB P2') 定性	55点
2	尿素呼気試験 (UBT)	70点
3	大腸菌ベロトキシン定性	194点
4	<u>クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出</u>	450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実施した場合に算定する

D024 (略)
(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	尿・糞便 ^{ふん} 等検査判断料	34点
2	<u>遺伝子関連・染色体検査判断料</u>	100点
3	血液学的検査判断料	125点
4	生化学的検査(I)判断料	144点
5	生化学的検査(II)判断料	144点
6	免疫学的検査判断料	144点
7	微生物学的検査判断料	150点

注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便^{ふん}等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

2 (略)

1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合 ^{たん} 蛋白2' (PB P2') 定性	55点
2	尿素呼気試験 (UBT)	70点
3	大腸菌ベロトキシン定性 (新設)	194点

D024 (略)
(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	尿・糞便 ^{ふん} 等検査判断料 (新設)	34点
2	血液学的検査判断料	125点
3	生化学的検査(I)判断料	144点
4	生化学的検査(II)判断料	144点
5	免疫学的検査判断料	144点
6	微生物学的検査判断料	150点

注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便^{ふん}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、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、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、遺伝性腫瘍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。

8 (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

(新設)

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医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族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。

(新設)

6 (略)

7 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。

D 0 2 7 基本的検体検査判断料 (略)

注 1 (略)

- 2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

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D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D 3 0 6に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号D 3 0 8に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号D 3 1 0に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 2に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号D 3 1 3に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号D 3 2 5に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

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。

D 0 2 7 基本的検体検査判断料 (略)

注 1 (略)

- 2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3本文及び注4に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

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D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）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

1・2 (略)

D 2 0 0～D 2 0 5 (略)

D 2 0 6 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 (略)

2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査(ブロッケンブロー)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。

3～9 (略)

D 2 0 7～D 2 1 0-4 (略)

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。

2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D 2 0 8に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

1・2 (略)

D 2 0 0～D 2 0 5 (略)

D 2 0 6 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 (略)

2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査(ブロッケンブロー)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、600点又は1,400点を加算する。

3～9 (略)

D 2 0 7～D 2 1 0-4 (略)

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点

注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。

2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D 2 0 8に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同

一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

D 2 1 1 - 2 ~ D 2 1 4 - 2 (略)

(超音波検査等)

通則 (略)

D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)

- 1 Aモード法 (略)

- 2 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)

イ 訪問診療時に行った場合 400点

注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。

ロ その他の場合

(1)~(3) (略)

- 3 心臓超音波検査

イ~ハ (略)

- ニ 胎児心エコー法 (略)

注1 (略)

- 2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ホ (略)

- 4 (略)

- 5 血管内超音波法 (略)

注1 (略)

- 2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定

一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

D 2 1 1 - 2 ~ D 2 1 4 - 2 (略)

(超音波検査等)

通則 (略)

D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)

- 1 Aモード法 (略)

- 2 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)

(新設)

(新設)

イ~ハ (略)

- 3 心臓超音波検査

イ~ハ (略)

- ニ 胎児心エコー法 (略)

注1 (略)

- 2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。

ホ (略)

- 4 (略)

- 5 血管内超音波法 (略)

注1 (略)

- 2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定

	数に加算する。	
	3～7 (略)	
D 2 1 5 - 2 ~ D 2 1 7 (略)	(監視装置による諸検査)	
D 2 1 8 分娩監視装置による諸検査		
1 1時間以内の場合	510点	
2 1時間を超え1時間30分以内の場合	700点	
3 1時間30分を超えた場合	890点	
D 2 1 9 ノンストレステスト (一連につき)	210点	
D 2 2 0 ~ D 2 2 1 - 2 (略)		
D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		
1 (略)		
2 5時間を超えた場合 (1日につき)	630点	
D 2 2 2 - 2 ~ D 2 2 5 - 3 (略)		
D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験	1,030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。		
D 2 2 6 (略)		
D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定		
1 1時間以内又は1時間につき	200点	
2 3時間を超えた場合 (1日につき)	800点	
D 2 2 8 ・ D 2 2 9 (略)		
D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定		
1 (略)		
2 2時間を超えた場合 (1日につき)	570点	
注 1・2 (略)		
D 2 3 1 ~ D 2 3 3 (略)		
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定	2,000点	
(脳波検査等)		
通則 (略)		

	数に加算する。	
	3～7 (略)	
D 2 1 5 - 2 ~ D 2 1 7 (略)	(監視装置による諸検査)	
D 2 1 8 分娩監視装置による諸検査		
1 1時間以内の場合	480点	
2 1時間を超え1時間30分以内の場合	660点	
3 1時間30分を超えた場合	840点	
D 2 1 9 ノンストレステスト (一連につき)	200点	
D 2 2 0 ~ D 2 2 1 - 2 (略)		
D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		
1 (略)		
2 5時間を超えた場合 (1日につき)	600点	
D 2 2 2 - 2 ~ D 2 2 5 - 3 (略)		
D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験	980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。		
D 2 2 6 (略)		
D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定		
1 1時間以内又は1時間につき	125点	
2 3時間を超えた場合 (1日につき)	600点	
D 2 2 8 ・ D 2 2 9 (略)		
D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定		
1 (略)		
2 2時間を超えた場合 (1日につき)	540点	
注 1・2 (略)		
D 2 3 1 ~ D 2 3 3 (略)		
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定	1,300点	
(脳波検査等)		
通則 (略)		

D 2 3 5 ~ D 2 3 5 - 3 (略)

D 2 3 6 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。)

- 1 体性感覚誘発電位 850点
- 2 視覚誘発電位 850点
- 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 850点
- 注 (略)
- 4 聴性定常反応 1,010点

D 2 3 6 - 2 (略)

D 2 3 6 - 3 脳磁図

- 1 自発活動を測定するもの 17,100点
- 2 その他のもの 5,100点

注 1 1 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、てんかんの診断を目的として行われる場合に限り算定する。

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おいて行われる場合に限り算定する。

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- 1・2 (略)
- 3 1 及び 2 以外の場合
- イ 安全精度管理下で行うもの 4,760点
- ロ その他のもの 3,570点

注 3 のイ 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行われる場合に限り算定する。

D 2 3 7 - 2 ・ D 2 3 8 (略)

D 2 3 5 ~ D 2 3 5 - 3 (略)

D 2 3 6 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。)

- 1 体性感覚誘発電位 804点
- 2 視覚誘発電位 804点
- 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 804点
- 注 (略)
- 4 聴性定常反応 960点

D 2 3 6 - 2 (略)

D 2 3 6 - 3 脳磁図

5,100点

- (新設)
- (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行われる場合に限り算定する。

(新設)

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- 1・2 (略)
- 3 1 及び 2 以外の場合 3,960点
- (新設)
- (新設)
- (新設)

D 2 3 7 - 2 ・ D 2 3 8 (略)

(神経・筋検査)

通則 (略)

D 2 3 9 筋電図検査

1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) 320点

2・3 (略)

4 単線維筋電図 (一連につき) 1,500点

注 1・2 (略)

3 4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行われる場合に限り算定する。

D 2 3 9 - 2 ~ 2 4 2 (略)

(耳鼻咽喉科学的検査)

D 2 4 3 ~ D 2 4 6 (略)

D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

1 ~ 3 (略)

4 遊戯聴力検査 500点

5 (略)

D 2 4 8 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則 (略)

D 2 5 5 ~ D 2 5 8 - 2 (略)

D 2 5 8 - 3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 800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。

D 2 5 9 ・ D 2 6 0 (略)

D 2 6 1 屈折検査

1・2 (略)

注 1について、弱視又は不同視と診断された患者

(神経・筋検査)

通則 (略)

D 2 3 9 筋電図検査

1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) 300点

2・3 (略)

(新設)

注 1・2 (略)

(新設)

D 2 3 9 - 2 ~ 2 4 2 (略)

(耳鼻咽喉科学的検査)

D 2 4 3 ~ D 2 4 6 (略)

D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

1 ~ 3 (略)

4 遊戯聴力検査 450点

5 (略)

D 2 4 8 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則 (略)

D 2 5 5 ~ D 2 5 8 - 2 (略)

(新設)

D 2 5 9 ・ D 2 6 0 (略)

D 2 6 1 屈折検査

1・2 (略)

(新設)

に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号D263に掲げる矯正視力検査は算定しない。

D262～D282-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D282-4～D284	(略)	
D285	認知機能検査その他の心理検査	
1	操作が容易なもの	
	イ 簡易なもの	80点
	ロ その他のもの	80点
2・3	(略)	
注	(略)	
	(負荷試験等) (略)	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)	
	(内視鏡検査)	

通則

1～5	(略)	
D295	関節鏡検査(片側)	760点
D296～D309	(略)	
D310	小腸内視鏡検査	
1	<u>バルーン内視鏡によるもの</u>	6,800点
	(削る)	
2	カプセル型内視鏡によるもの	(略)
3	その他のもの	(略)
注1・2	(略)	
D310-2～D312	(略)	
D312-2	<u>回腸囊ファイバースコープ</u>	550点
D313	(略)	
D314	腹腔鏡検査	2,270点

D262～D282-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D282-4～D284	(略)	
D285	認知機能検査その他の心理検査	
1	操作が容易なもの	80点
	(新設)	
	(新設)	
2・3	(略)	
注	(略)	
	(負荷試験等) (略)	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)	
	(内視鏡検査)	

通則

1～5	(略)	
D295	関節鏡検査(片側)	720点
D296～D309	(略)	
D310	小腸内視鏡検査	
1	<u>ダブルバルーン内視鏡によるもの</u>	7,800点
2	<u>シングルバルーン内視鏡によるもの</u>	5,000点
3	カプセル型内視鏡によるもの	(略)
4	その他のもの	(略)
注1・2	(略)	
D310-2～D312	(略)	
	(新設)	
D313	(略)	
D314	腹腔鏡検査	2,160点

D 3 1 5 ~ D 3 1 9 (略)		D 3 1 5 ~ D 3 1 9 (略)	
D 3 2 0 ヒステロスコピー	620点	D 3 2 0 ヒステロスコピー	220点
D 3 2 1 ~ D 3 2 5 (略)		D 3 2 1 ~ D 3 2 5 (略)	
第4節 診断 ^{せん} 穿刺・検体採取料		第4節 診断 ^{せん} 穿刺・検体採取料	
通則		通則	
1・2 (略)		1・2 (略)	
区分		区分	
D 4 0 0 血液採取 (1日につき)		D 4 0 0 血液採取 (1日につき)	
1 静脈	35点	1 静脈	30点
2 (略)		2 (略)	
注1~3 (略)		注1~3 (略)	
D 4 0 1 ~ D 4 0 9 - 2 (略)		D 4 0 1 ~ D 4 0 9 - 2 (略)	
D 4 1 0 乳腺 ^{せん} 穿刺又は針生検 (片側)		D 4 1 0 乳腺 ^{せん} 穿刺又は針生検 (片側)	
1 生検針によるもの	690点	1 生検針によるもの	650点
2 (略)		2 (略)	
D 4 1 1 ・ D 4 1 2 (略)		D 4 1 1 ・ D 4 1 2 (略)	
D 4 1 2 - 2 経皮的腎生検法	2,000点	(新設)	
D 4 1 3 ~ D 4 1 4 - 2 (略)		D 4 1 3 ~ D 4 1 4 - 2 (略)	
D 4 1 5 経気管肺生検法	(略)	D 4 1 5 経気管肺生検法	(略)
注1・2 (略)		注1・2 (略)	
3 <u>プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500点を所定点数に加算する。ただし、注1に規定するガイドシース加算は別に算定できない。</u>		(新設)	
D 4 1 5 - 2 ・ D 4 1 5 - 3 (略)		D 4 1 5 - 2 ・ D 4 1 5 - 3 (略)	
D 4 1 5 - 4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)		(新設)	
	5,000点		
D 4 1 5 - 5 経気管支凍結生検法	5,500点	(新設)	
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行われる場合に限り算定する。</u>			

D 4 1 6 ~ D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1・2 (略)

注 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、40点を所定点数に加算する。

3 動脈血採取 (1日につき) (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、15点を所定点数に加算する。

4 前房水採取 (略)

注 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、90点を所定点数に加算する。

5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略)

注1・2 (略)

3 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、1,000点を所定点数に加算する。

6 (略)

D 4 1 9 - 2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1~7 (略)

第1節 (略)

第2節 核医学診断料

通則

1~3 (略)

区分

E 1 0 0 ・ E 1 0 1 (略)

D 4 1 6 ~ D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1・2 (略)

(新設)

3 動脈血採取 (1日につき) (略)

注 (略)

(新設)

4 前房水採取 (略)

(新設)

5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略)

注1・2 (略)

(新設)

6 (略)

D 4 1 9 - 2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1~7 (略)

第1節 (略)

第2節 核医学診断料

通則

1~3 (略)

区分

E 1 0 0 ・ E 1 0 1 (略)

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 3 (略)

4 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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 3 ^〇ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

1・2 (略)

注 1 ~ 3 (略)

4 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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 4 ^〇ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） (略)

注 1 ~ 3 (略)

4 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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

1・2 (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

E 1 0 1 - 4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

により所定点数を算定する場合においては、1、280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 5 ・ E 1 0 2 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E 2 0 0 に掲げるコンピューター断層撮影 (C T 撮影)、区分番号E 2 0 0 - 2 に掲げる血流予備比コンピューター断層撮影、区分番号E 2 0 1 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E 2 0 2 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影 (M R I 撮影) の各区分の所定点数及び区分番号E 2 0 3 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2・3 (略)

4 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区分番号E 2 0 0、区分番号E 2 0 1 又は区分番号E 2 0 2 に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合 (頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。) は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

区分

E 2 0 0 (略)

E 2 0 0 - 2 血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400点

注1 血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定でき

E 1 0 1 - 5 ・ E 1 0 2 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E 2 0 0 に掲げるコンピューター断層撮影 (C T 撮影)、区分番号E 2 0 1 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E 2 0 2 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影 (M R I 撮影) の各区分の所定点数及び区分番号E 2 0 3 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2・3 (略)

4 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区分番号E 2 0 0 から区分番号E 2 0 2 までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

区分

E 2 0 0 (略)

(新設)

るものとする。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 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 1～8 (略)

9 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、全身のMRI 撮影を行った場合は、全身MRI 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 (略)

第 4 節・第 5 節 (略)

第 5 部 投薬

通則

1～5 (略)

第 1 節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 11 点

ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 8 点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) 7 点

E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 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 1～8 (略)

(新設)

E 2 0 3 (略)

第 4 節・第 5 節 (略)

第 5 部 投薬

通則

1～5 (略)

第 1 節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 9 点

ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 6 点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) 7 点

注 (略)
第2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1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 14点

注1～4 (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、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6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

注 (略)
第2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1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 6点

ロ 一般名処方加算2 4点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1～4 (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、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6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) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (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、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)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。

8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用

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) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(新設)

7 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用

は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～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 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

G018 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点

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

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、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

は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～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) 98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) 97点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

(新設)

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

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して

要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

6 (略)

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等である患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

6 (略)

H002 運動器リハビリテーション料
1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H002 運動器リハビリテーション料
1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、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、要介護被保険者等の患者以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)
111点

ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)
102点

ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)
51点

6 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)
111点

ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)
102点

ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)
51点

5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限り、)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H003 (略)

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は脳血管疾患等リハビリテーション料(II)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厚生局長等に届出を行っ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、運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

H003-3・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。

(削る)

(削る)

H005～H008 (略)

第2節 (略)

H003 (略)

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

H003-3・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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 経口摂取回復促進加算1 185点

ロ 経口摂取回復促進加算2 20点

H005～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 精神科専門療法

通則

1・2 (略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 (略)

I 0 0 0 - 2 経頭蓋磁気刺激療法 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、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。

I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

1・2 (略)

注1～7 (略)

8 1を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B 0 1 5に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、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250点を所定点数に加算する。

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき）

第8部 精神科専門療法

通則

1・2 (略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 (略)

(新設)

I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

1・2 (略)

注1～7 (略)

(新設)

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき）

340点

1 薬物依存症の場合 340点

2 ギャンブル依存症の場合 300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において、薬物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、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。

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、ギャンブ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、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。

3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 7 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I)

イ 保健師又は看護師による場合

(1)~(4) (略)

ロ (略)

ハ 作業療法士による場合

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580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、薬物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、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。

(新設)

2 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 7 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I)

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

(1)~(4) (略)

ロ (略)

(新設)

(2) 週 3 日目まで	30分未満の場合	445点
(3) 週 4 日目以降	30分以上の場合	680点
(4) 週 4 日目以降	30分未満の場合	530点
三 精神保健福祉士による場合		
(1) 週 3 日目まで	30分以上の場合	580点
(2) 週 3 日目まで	30分未満の場合	445点
(3) 週 4 日目以降	30分以上の場合	680点
(4) 週 4 日目以降	30分未満の場合	530点
2	(略)	
3	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ	保健師又は看護師による場合	
	(1)・(2) (略)	
ロ	(略)	
ハ	作業療法士による場合	
(1)	同一日に2人	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	580点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	445点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	680点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	530点
(2)	同一日に3人以上	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	293点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	225点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	343点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	268点
三 精神保健福祉士による場合		
(1)	同一日に2人	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	580点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	445点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	680点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	530点

(新設)

2 (略)

3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

(1)・(2) (略)

ロ (略)

(新設)

(新設)

(2) 同一日に3人以上

①	<u>週3日目まで</u>	<u>30分以上の場合</u>	<u>293点</u>
②	<u>週3日目まで</u>	<u>30分未満の場合</u>	<u>225点</u>
③	<u>週4日目以降</u>	<u>30分以上の場合</u>	<u>343点</u>
④	<u>週4日目以降</u>	<u>30分未満の場合</u>	<u>268点</u>

注1～3 (略)

4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>450点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>450点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>400点</u>

(2) 1日に2回の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>900点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>900点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>810点</u>

(3) 1日に3回以上の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>1,450点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>1,450点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>1,300点</u>

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

注1～3 (略)

4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合 450点

(新設)

(新設)

(新設)

(2) 1日に2回の場合 900点

(新設)

(新設)

(新設)

(3) 1日に3回以上の場合 1,450点

(新設)

(新設)

(新設)

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I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関(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

精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 1日に1回の場合 380点
(新設)
- (2) 1日に2回の場合 760点
(新設)
- (3) 1日に3回以上の場合 1,240点
(新設)

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 300点
(新設)

- (新設)

5～9 (略)

10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く。)又は2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、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

(新設)

	(2) <u>同一建物内2人</u>	450点
	(3) <u>同一建物内3人以上</u>	400点
	ロ <u>1日に3回以上の場合</u>	
	(1) <u>同一建物内1人</u>	800点
	(2) <u>同一建物内2人</u>	800点
	(3) <u>同一建物内3人以上</u>	720点
	11・12 (略)	
I 0 1 2 - 2	(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 <u>入院中の患者</u>	250点
	ロ <u>入院中の患者以外</u>	250点
	2 (略)	
	注1 <u>1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中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、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u>	
	<u>2 1のロについては、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、当該薬剤を投与したときに算定する。</u>	
	3 (略)	
I 0 1 4・I 0 1 5	(略)	
I 0 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)	
	1・2 (略)	
	<u>3 精神科在宅患者支援管理料3</u>	

	(新設)
	11・12 (略)
I 0 1 2 - 2	(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
	250点
	2 (略)
	注1 <u>1については、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、当該薬剤を投与したときに算定する。</u>
	(新設)
	2 (略)
I 0 1 4・I 0 1 5	(略)
I 0 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)
	1・2 (略)
	(新設)

イ 単一建物診療患者1人 2,030点

ロ 単一建物診療患者2人以上 1,248点

注1 1のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）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

注1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、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る。）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。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

(新設)

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、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 3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、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、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

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、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。

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、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

（新設）

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。ただし、連続する3月は算定でき

7 (略)
第2節 (略)
第9部 処置

通則

1～6 (略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000～J001-9 (略)

J001-10 静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)

200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限り算定する。

2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)

1 (略)

注1 (略)

2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。

J003-2 (略)

J003-3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき)

1,100点

J003-4 多血小板血漿処置

4,190点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ない。

5 (略)
第2節 (略)
第9部 処置

通則

1～6 (略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000～J001-9 (略)

(新設)

J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)

1 (略)

注 (略)

(新設)

J003-2 (略)

(新設)

(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行われる場合に限り算定する。

2 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 4 ~ J 0 0 6	(略)	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	317点
	注 (略)	
J 0 0 7 - 2 ~ J 0 3 1	(略)	
J 0 3 2	肛門拡張法 (徒手又はブジーによるもの)	(略)
	注 3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。	
J 0 3 3	(略)	
J 0 3 4	イレウス用ロングチューブ挿入法	730点
J 0 3 4 - 2 ~ 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薬剤を使用する場合に限る。)	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薬剤を使用する場合に限る。)	2,084点
	ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	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	

J 0 0 4 ~ J 0 0 6	(略)	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	264点
	注 (略)	
J 0 0 7 - 2 ~ J 0 3 1	(略)	
J 0 3 2	肛門拡張法 (徒手又はブジーによるもの)	(略)
	(新設)	
J 0 3 3	(略)	
J 0 3 4	イレウス用ロングチューブ挿入法	610点
J 0 3 4 - 2 ~ 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	1,980点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,140点
	ハ 5時間以上の場合	2,275点
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	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薬剤を使用する場合に限る。）	1,884点	イ	4時間未満の場合	1,940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薬剤を使用する場合に限る。）	2,044点	ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,100点
ハ	5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	2,174点	ハ	5時間以上の場合	2,230点
ニ	4時間未満の場合（イを除く。）	1,758点		（新設）	
ホ	4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,918点		（新設）	
ヘ	5時間以上の場合（ハを除く。）	2,048点		（新設）	
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（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	1,844点	イ	4時間未満の場合	1,900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薬剤を使用する場合に限る。）	1,999点	ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,055点
ハ	5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	2,129点	ハ	5時間以上の場合	2,185点
ニ	4時間未満の場合（イを除く。）	1,718点		（新設）	
ホ	4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,873点		（新設）	
ヘ	5時間以上の場合（ハを除く。）	2,003点		（新設）	
4	（略）		4	（略）	
注1	（略）		注1	（略）	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。		2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	

イ 導入期加算 1	200点
ロ 導入期加算 2	500点
3～13 (略)	
<u>14 1から3までの場合にあっては、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。</u>	
J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)	
J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)	
1 (略)	
2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合	120点
注1～3 (略)	
J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 6 (略)	
<u>J 0 4 3 - 7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 (救急処置)</u>	1,400点
J 0 4 4 (略)	
J 0 4 4 - 2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法 (1日につき)	480点
J 0 4 5 ~ J 0 4 7 - 2 (略)	
<u>J 0 4 7 - 3 心不全に対する遠赤外線温熱療法 (1日につき)</u>	115点
<u>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限り算定する。</u>	
<u>2 入院中であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として、週5回に限り所定点数を算定する。</u>	
J 0 4 8 ・ J 0 4 9 (略)	
J 0 5 0 気管内洗浄 (1日につき)	340点
注1・2 (略)	

イ 導入期加算 1	300点
ロ 導入期加算 2	400点
3～13 (略)	
(新設)	
J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)	
J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)	
1 (略)	
2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合	100点
注1～3 (略)	
J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 6 (略)	
(新設)	
(救急処置)	
J 0 4 4 (略)	
J 0 4 4 - 2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法 (1日につき)	400点
J 0 4 5 ~ J 0 4 7 - 2 (略)	
(新設)	
J 0 4 8 ・ J 0 4 9 (略)	
J 0 5 0 気管内洗浄 (1日につき)	280点
注1・2 (略)	

J 0 5 1 胃洗浄 注 (略)	<u>300点</u>
J 0 5 2・J 0 5 2-2 (略) (皮膚科処置)	
J 0 5 3～J 0 7 0-4 (略) (産婦人科処置)	
J 0 7 1 (略)	
J 0 7 2 腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) 注 (略)	<u>56点</u>
J 0 7 3 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む。)	<u>56点</u>
J 0 7 4～J 0 8 5-2 (略) (眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 1-2 (略)	
J 0 9 2 涙囊ブジー法 (洗浄を含む。)	<u>54点</u>
J 0 9 3・J 0 9 4 (略) (耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5・J 0 9 5-2 (略)	
J 0 9 6 耳管処置 (耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置 を含む。)	
1 カテーテルによる耳管通気法 (片側)	<u>36点</u>
2 ポリッツェル球による耳管通気法	<u>24点</u>
注 (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 。)	<u>14点</u>
注1 (略)	
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる口腔、咽頭処置と 併せて行った場合であっても <u>14点</u> とする。	
3 (略)	
J 0 9 7-2 (略)	
J 0 9 8 口腔、咽頭処置	<u>14点</u>
注1 (略)	

J 0 5 1 胃洗浄 注 (略)	<u>250点</u>
J 0 5 2・J 0 5 2-2 (略) (皮膚科処置)	
J 0 5 3～J 0 7 0-4 (略) (産婦人科処置)	
J 0 7 1 (略)	
J 0 7 2 腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) 注 (略)	<u>47点</u>
J 0 7 3 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む。)	<u>47点</u>
J 0 7 4～J 0 8 5-2 (略) (眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 1-2 (略)	
J 0 9 2 涙囊ブジー法 (洗浄を含む。)	<u>45点</u>
J 0 9 3・J 0 9 4 (略) (耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5・J 0 9 5-2 (略)	
J 0 9 6 耳管処置 (耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置 を含む。)	
1 カテーテルによる耳管通気法 (片側)	<u>30点</u>
2 ポリッツェル球による耳管通気法	<u>20点</u>
注 (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 。)	<u>12点</u>
注1 (略)	
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる口腔、咽頭処置と 併せて行った場合であっても <u>12点</u> とする。	
3 (略)	
J 0 9 7-2 (略)	
J 0 9 8 口腔、咽頭処置	<u>12点</u>
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 <u>14点</u> とする。	
J 0 9 8 - 2 (略)	
J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置 (喉頭注入を含む。)	<u>32点</u>
注 (略)	
J 1 0 0 ~ J 1 1 5 - 2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 関節 ^{せん} 穿刺 (片側)	<u>120点</u>
注 (略)	
J 1 1 6 - 2 ~ J 1 1 9 - 4 (略)	
(栄養処置) (略)	
(ギプス)	
通則	
1 ~ 3 (略)	
J 1 2 2 ~ J 1 2 8 (略)	
J 1 2 9 <u>義肢採型法</u>	
(削る)	
1 四肢切断の場合 (1肢につき)	700点
(削る)	
2 股関節、肩関節離断の場合 (1肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 2 練習用仮義足又は仮義手 <u>採型法</u>	
1 四肢切断の場合 (1肢につき)	700点
2 股関節、肩関節離断の場合 (1肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 3 <u>治療用装具採寸法</u> (1肢につき)	200点
J 1 2 9 - 4 <u>治療用装具採型法</u>	
1 <u>体幹装具</u>	<u>700点</u>
2 <u>四肢装具</u> (1肢につき)	<u>700点</u>

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 <u>12点</u> とする。	
J 0 9 8 - 2 (略)	
J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置 (喉頭注入を含む。)	<u>27点</u>
注 (略)	
J 1 0 0 ~ J 1 1 5 - 2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 関節 ^{せん} 穿刺 (片側)	<u>100点</u>
注 (略)	
J 1 1 6 - 2 ~ J 1 1 9 - 4 (略)	
(栄養処置) (略)	
(ギプス)	
通則	
1 ~ 3 (略)	
J 1 2 2 ~ J 1 2 8 (略)	
J 1 2 9 <u>治療装具の採型ギプス</u>	
1 <u>義肢装具採型法</u> (1肢につき)	200点
2 <u>義肢装具採型法</u> (四肢切断の場合) (1肢につき)	700点
3 <u>体幹硬性装具採型法</u>	700点
4 <u>義肢装具採型法</u> (股関節、肩関節離断の場合) (1肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 2 練習用仮義足又は仮義手	
1 <u>義肢装具採型法</u> (四肢切断の場合) (1肢につき)	700点
2 <u>義肢装具採型法</u> (股関節、肩関節離断の場合) (1肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 3 <u>義肢装具採寸法</u> (1肢につき)	200点
J 1 2 9 - 4 <u>治療装具採型法</u> (1肢につき)	<u>700点</u>
(新設)	
(新設)	

3 その他（1肢につき）

200点

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、K190、K190-2、K190-6、K190-7、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、K

（新設）

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、K059の3のイ、K059の4、K133-2、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、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K400の3、K443の3、K444の4、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、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、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、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、K716-

627-4、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（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにK910-2からK910-5までに掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及び

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（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

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。

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。

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、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、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4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 区分番号K528、K528-3、K535、K570-4、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）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。

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1、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

6 区分番号K528、K528-3、K535、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）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。

7 区分番号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、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K684-2、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805からK805-3まで、K812-2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4

、K 8 3 8並びにK 9 1 3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 （略）

9 区分番号K 2 9 3、K 2 9 4、K 3 1 4、K 3 4 3、K 3 7 4、K 3 7 4-2、K 3 7 6、K 3 9 4、K 3 9 4-2、K 4 1 0、K 4 1 2、K 4 1 5、K 4 2 2、K 4 2 4、K 4 2 5、K 4 3 9、K 4 4 2の2及び3、K 4 5 5、K 4 5 8、K 4 6 3の1及び3並びにK 4 6 3-2に掲げる手術については、区分番号K 4 6 9に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10～17 （略）

18 区分番号K 5 0 2-5、K 5 0 4-2、K 5 1 3-2、K 5 1 4-2の2、K 5 1 4-2の3、K 5 2 9-2、K 5 2 9-3、K 5 5 4-2、K 6 5 5-2、K 6 5 5-5、K 6 5 7-2、K 7 0 2-2、K 7 0 3-2、K 7 4 0-2、K 7 7 8-2、K 8 0 3-2、K 8 6 5-2、K 8 7 7-2及びK 8 7 9-2（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 区分番号K 4 7 5及びK 8 8 8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遺伝性乳癌卵巣癌患者に対して行った場合においても算定できる。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

00又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 （略）

9 区分番号K 2 9 3、K 2 9 4、K 3 1 4、K 3 4 3、K 3 7 4、K 3 7 6、K 3 9 4、K 4 1 0、K 4 1 2、K 4 1 5、K 4 2 2、K 4 2 4、K 4 2 5、K 4 3 9、K 4 4 2の2及び3、K 4 5 5、K 4 5 8、K 4 6 3並びにK 4 6 3-2に掲げる手術については、区分番号K 4 6 9に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10～17 （略）

18 K 5 0 4-2、K 5 1 3-2、K 5 1 4-2の3、K 5 2 9-2、K 5 5 4-2、K 6 5 5-2、K 6 5 5-5、K 6 5 7-2、K 7 4 0-2、K 8 0 3-2、K 8 7 7-2及びK 8 7 9-2（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。

（新設）

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K 0 0 0 ・ K 0 0 0 - 2 (略)

K 0 0 1 皮膚切開術

1 長径10センチメートル未満 570点

2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 990点

3 長径20センチメートル以上 1,770点

K 0 0 2 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満 1,260点

2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,300点

3 3,000平方センチメートル以上 10,030点

注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定する。

2～4 (略)

K 0 0 3～K 0 0 7 - 2 (略)

K 0 0 7 - 3 放射線治療用合成吸収性材料留置術 14,290点

K 0 0 8 (略)

(形成)

K 0 0 9 皮膚剥削術

1 25平方センチメートル未満 1,810点

2～4 (略)

K 0 1 0～K 0 1 6 (略)

K 0 1 7 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 89,880点

2 その他の場合 94,460点

K 0 1 8 ・ K 0 1 9 (略)

K 0 2 0 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)
) 131,310点

区分

(皮膚、皮下組織)

K 0 0 0 ・ K 0 0 0 - 2 (略)

K 0 0 1 皮膚切開術

1 長径10センチメートル未満 470点

2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 820点

3 長径20センチメートル以上 1,470点

K 0 0 2 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満 1,020点

2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 3,580点

3 3,000平方センチメートル以上 10,030点

注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、5回に限り算定する。

2～4 (略)

K 0 0 3～K 0 0 7 - 2 (略)

(新設)

K 0 0 8 (略)

(形成)

K 0 0 9 皮膚剥削術

1 25平方センチメートル未満 1,490点

2～4 (略)

K 0 1 0～K 0 1 6 (略)

K 0 1 7 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 87,880点

2 その他の場合 92,460点

K 0 1 8 ・ K 0 1 9 (略)

K 0 2 0 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)
) 127,310点

K021～K022-2 (略)
第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、^{けん}腱、^{けんしやう}腱鞘)

K023・K024 (略)

K025 股関節内転筋切離術 6,370点

K026～K028 (略)

K029 筋肉内異物摘出術 3,440点

K030 (略)

K031 四肢・^く躯幹軟部悪性腫瘍手術
1・2 (略)

注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。

K032～K036 (略)

K037 ^{けん}腱縫合術 (略)

注 前腕から手根部の2指以上の腱縫合を実施した場合は、複数縫合加算として1指を追加するごとに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は1側当たり3指を超えないものとする。

K037-2～K041 (略)
(四肢骨)

K042～K044 (略)

K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術
1・2 (略)
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他

1,990点

K046～K049 (略)

K050 腐骨摘出術
1・2 (略)

K021～K022-2 (略)
第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、^{けん}腱、^{けんしやう}腱鞘)

K023・K024 (略)

K025 股関節内転筋切離術 5,290点

K026～K028 (略)

K029 筋肉内異物摘出術 2,840点

K030 (略)

K031 四肢・^く躯幹軟部悪性腫瘍手術
1・2 (略)

(新設)

K032～K036 (略)

K037 ^{けん}腱縫合術 (略)

(新設)

K037-2～K041 (略)
(四肢骨)

K042～K044 (略)

K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術
1・2 (略)
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他

1,660点

K046～K049 (略)

K050 腐骨摘出術
1・2 (略)

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	4,100点
K051～K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(略)
注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。	
K054 骨切り術	
1～3 (略)	
注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K055～K056-2 (略)	
K057 変形治癒骨折矯正手術	
1～3 (略)	
注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K058～K060-3 (略)	
K061 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,800点
2 胸鎖、肘、手、足	1,560点
3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	960点
K062～K074-2 (略)	
K075 非観血的関節授動術	
1 肩、股、膝	1,590点
2・3 (略)	

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420点
K051～K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(略)
(新設)	
K054 骨切り術	
1～3 (略)	
注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。	
K055～K056-2 (略)	
K057 変形治癒骨折矯正手術	
1～3 (略)	
注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。	
K058～K060-3 (略)	
K061 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,500点
2 胸鎖、肘、手、足	1,300点
3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800点
K062～K074-2 (略)	
K075 非観血的関節授動術	
1 肩、股、膝	1,320点
2・3 (略)	

K 0 7 6 ~ K 0 7 9 (略)	
K 0 7 9 - 2 関節鏡下靭帯断裂形成手術	
1 ~ 4 (略)	
注 1 について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的靭帯形成加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
K 0 8 0 ~ K 0 8 2 - 4 (略)	
K 0 8 2 - 5 人工距骨全置換術	27,210点
K 0 8 2 - 6 人工股関節摺動面交換術	25,000点
K 0 8 3 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	3,620点
注 (略)	
K 0 8 3 - 2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K 0 8 4 四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足)	24,320点
(削除)	
(削除)	
K 0 8 4 - 2 ~ K 0 8 8 (略)	
(手、足)	
K 0 8 9 爪甲除去術	770点
K 0 9 0 ひょう疽手術	
1 軟部組織のもの	1,190点
2 (略)	
K 0 9 0 - 2 ~ K 1 1 1 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K 1 1 2 ~ K 1 3 3 (略)	
K 1 3 3 - 2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	78,500点
K 1 3 4 ・ K 1 3 4 - 2 (略)	

K 0 7 6 ~ K 0 7 9 (略)	
K 0 7 9 - 2 関節鏡下靭帯断裂形成手術	
1 ~ 4 (略)	
(新設)	
K 0 8 0 ~ K 0 8 2 - 4 (略)	
(新設)	
(新設)	
K 0 8 3 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	3,010点
注 (略)	
K 0 8 3 - 2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K 0 8 4 四肢切断術	
1 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320点
2 指(手、足)	3,330点
K 0 8 4 - 2 ~ K 0 8 8 (略)	
(手、足)	
K 0 8 9 爪甲除去術	640点
K 0 9 0 ひょう疽手術	
1 軟部組織のもの	990点
2 (略)	
K 0 9 0 - 2 ~ K 1 1 1 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K 1 1 2 ~ K 1 3 3 (略)	
K 1 3 3 - 2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	69,000点
K 1 3 4 ・ K 1 3 4 - 2 (略)	

<u>K 1 3 4 - 3</u> 人工椎間板置換術（頸椎）	<u>36,780点</u>
注 2の椎間板の置換を行う場合には、2椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
<u>K 1 3 4 - 4</u> 椎間板内酵素注入療法	<u>5,350点</u>
K 1 3 5 ~ K 1 4 4 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則 (略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ^{せん} 穿頭脳室ドレナージ術	<u>2,330点</u>
K 1 4 6・K 1 4 7 (略)	
<u>K 1 4 7 - 2</u> 頭蓋内モニタリング装置挿入術	<u>6,310点</u>
K 1 4 8 ~ K 1 5 4 - 3 (略)	
<u>K 1 5 4 - 4</u> 集束超音波による機能的定位脳手術	<u>105,000点</u>
K 1 5 5 ~ K 1 6 8 (略)	
K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術	
1・2 (略)	
注1 (略)	
2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、 <u>18,000点</u> を所定点数に加算する。	
K 1 7 0 (略)	
K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術	<u>87,200点</u>
K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻の腫瘍摘出術	
1 下垂体腫瘍	<u>110,970点</u>
2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	
	<u>126,120点</u>

(新設)	
(新設)	
K 1 3 5 ~ K 1 4 3 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則 (略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ^{せん} 穿頭脳室ドレナージ術	<u>1,940点</u>
K 1 4 6・K 1 4 7 (略)	
(新設)	
K 1 4 8 ~ K 1 5 4 - 3 (略)	
(新設)	
K 1 5 5 ~ K 1 6 8 (略)	
K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術	
1・2 (略)	
注1 (略)	
2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、 <u>12,000点</u> を所定点数に加算する。	
K 1 7 0 (略)	
K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術	<u>83,700点</u>
K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻の腫瘍摘出術	
1 下垂体腫瘍	<u>108,470点</u>
2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	
	<u>123,620点</u>

K 1 7 2 脳動静脈奇形摘出術	
1 単純なもの	141,830点
2 複雑なもの	179,830点
K 1 7 3～K 1 8 1-5 (略)	
<u>K 1 8 1-6 頭蓋内電極植込術</u>	
1 硬膜下電極によるもの	65,100点
2 脳深部電極によるもの	
イ 7本未満の電極による場合	71,350点
ロ 7本以上の電極による場合	96,850点
(脊髄、末梢神経、交感神経)	
K 1 8 2～K 1 9 0-4 (略)	
K 1 9 0-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填注 (略)	780点
K 1 9 0-6～K 1 9 8 (略)	
第4款 眼	
区分	
(涙道)	
K 1 9 9 涙点、涙小管形成術	660点
K 2 0 0 涙嚢切開術	830点
K 2 0 0-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	760点
K 2 0 1～K 2 0 6 (略)	
(眼瞼)	
K 2 0 7・K 2 0 8 (略)	
K 2 0 9 眼瞼膿瘍切開術	570点
K 2 0 9-2 外眦切開術	570点
K 2 1 0～K 2 1 2 (略)	
K 2 1 3 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	440点
K 2 1 4 霰粒腫摘出術	700点
K 2 1 5 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,730点

K 1 7 2 脳動静脈奇形摘出術	149,830点
(新設)	
(新設)	
K 1 7 3～K 1 8 1-5 (略)	
(新設)	
(脊髄、末梢神経、交感神経)	
K 1 8 2～K 1 9 0-4 (略)	
K 1 9 0-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填注 (略)	650点
K 1 9 0-6～K 1 9 8 (略)	
第4款 眼	
区分	
(涙道)	
K 1 9 9 涙点、涙小管形成術	550点
K 2 0 0 涙嚢切開術	690点
K 2 0 0-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630点
K 2 0 1～K 2 0 6 (略)	
(眼瞼)	
K 2 0 7・K 2 0 8 (略)	
K 2 0 9 眼瞼膿瘍切開術	470点
K 2 0 9-2 外眦切開術	470点
K 2 1 0～K 2 1 2 (略)	
K 2 1 3 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360点
K 2 1 4 霰粒腫摘出術	580点
K 2 1 5 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,440点

K 2 1 5 - 2 ・ K 2 1 6 (略)	
K 2 1 7 眼瞼内反症手術	
1 縫合法	1,990点
2 皮膚切開法	2,590点
K 2 1 8 ・ K 2 1 9 (略)	
(結膜)	
K 2 2 0 (略)	
K 2 2 1 結膜結石除去術	
1 (略)	
2 多数のもの (1眼瞼ごと)	(略)
K 2 2 2 結膜下異物除去術	470点
K 2 2 3 ~ K 2 2 5 - 3 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 角膜・強膜縫合術	3,580点
K 2 4 7 ~ K 2 4 8 - 2 (略)	
K 2 4 9 角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	1,190点
K 2 5 0 ~ K 2 5 8 (略)	
K 2 5 9 角膜移植術	52,600点
注1 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。	
2 内皮移植による角膜移植を実施した場合は、 <u>内皮移植加算として、8,000点を所定点数に加算する。</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 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	

K 2 1 5 - 2 ・ K 2 1 6 (略)	
K 2 1 7 眼瞼内反症手術	
1 縫合法	1,660点
2 皮膚切開法	2,160点
K 2 1 8 ・ K 2 1 9 (略)	
(結膜)	
K 2 2 0 (略)	
K 2 2 1 結膜結石除去術	
1 (略)	
2 多数のもの	(略)
K 2 2 2 結膜下異物除去術	390点
K 2 2 3 ~ K 2 2 5 - 3 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 角膜・強膜縫合術	2,980点
K 2 4 7 ~ K 2 4 8 - 2 (略)	
K 2 4 9 角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990点
K 2 5 0 ~ K 2 5 8 (略)	
K 2 5 9 角膜移植術	54,800点
注 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。	
(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 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	

K 2 7 8	硝子体注入・吸引術	<u>2,280点</u>
K 2 7 9～K 2 8 1-2	(略)	
K 2 8 2	水晶体再建術	
	1～3 (略)	
	注1 (略)	
	<u>2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、150点を所定点数に加算する。</u>	
K 2 8 2-2～K 2 8 4	(略)	
	第5款 耳鼻咽喉	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5	耳介血腫開窓術	<u>460点</u>
K 2 8 6	外耳道異物除去術	
	1 単純なもの	<u>260点</u>
	2 複雑なもの	<u>850点</u>
K 2 8 7・K 2 8 8	(略)	
K 2 8 9	耳茸 ^{じょう} 摘出術	<u>1,000点</u>
K 2 9 0～K 2 9 1	(略)	
K 2 9 2	外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。)	
		<u>7,600点</u>
K 2 9 3～K 2 9 9	(略)	
	(中耳)	
K 3 0 0	鼓膜切開術	<u>830点</u>
K 3 0 1～K 3 1 0	(略)	
K 3 1 1	鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき)	<u>1,900点</u>
K 3 1 2～K 3 2 0-2	(略)	
	(内耳)	
K 3 2 1～K 3 2 8-3	(略)	

K 2 7 8	硝子体注入・吸引術	<u>1,900点</u>
K 2 7 9～K 2 8 1-2	(略)	
K 2 8 2	水晶体再建術	
	1～3 (略)	
	注 (略)	
	(新設)	
K 2 8 2-2～K 2 8 4	(略)	
	第5款 耳鼻咽喉	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5	耳介血腫開窓術	<u>380点</u>
K 2 8 6	外耳道異物除去術	
	1 単純なもの	<u>220点</u>
	2 複雑なもの	<u>710点</u>
K 2 8 7・K 2 8 8	(略)	
K 2 8 9	耳茸 ^{じょう} 摘出術	<u>830点</u>
K 2 9 0～K 2 9 1	(略)	
K 2 9 2	外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。)	
		<u>6,330点</u>
K 2 9 3～K 2 9 9	(略)	
	(中耳)	
K 3 0 0	鼓膜切開術	<u>690点</u>
K 3 0 1～K 3 1 0	(略)	
K 3 1 1	鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき)	<u>1,580点</u>
K 3 1 2～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 3 0 (略)	
K 3 3 1 鼻腔粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-2 下甲介粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-3~K 3 3 3-2 (略)	
K 3 3 3-3 鼻骨骨折徒手整復術	1,970点
K 3 3 4・K 3 3 4-2 (略)	
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	3,940点
K 3 3 5-2~K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	1,080点
2 その他のもの	3,320点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4,260点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,310点
K 3 4 0-2~K 3 4 7-3 (略)	
K 3 4 7-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,440点
K 3 4 7-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	7,940点
K 3 4 7-6・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 6 8 (略)	
K 3 6 9 咽頭異物摘出術	
1 簡単なもの	500点
2 (略)	
K 3 7 0~K 3 7 4 (略)	
K 3 7 4-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	38,740点
K 3 7 5~K 3 7 6 (略)	

(鼻)

K 3 2 9~K 3 3 0 (略)	
K 3 3 1 鼻腔粘膜焼灼術	900点
K 3 3 1-2 下甲介粘膜焼灼術	900点
K 3 3 1-3~K 3 3 3-2 (略)	
K 3 3 3-3 鼻骨骨折徒手整復術	1,640点
K 3 3 4~K 3 3 4-2 (略)	
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	3,280点
K 3 3 5-2~K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	900点
2 その他のもの	2,770点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	3,550点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,090点
K 3 4 0-2~K 3 4 7-3 (略)	
K 3 4 7-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,030点
K 3 4 7-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	6,620点
K 3 4 7-6・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 6 8 (略)	
K 3 6 9 咽頭異物摘出術	
1 簡単なもの	420点
2 (略)	
K 3 7 0~K 3 7 4 (略)	
(新設)	
K 3 7 5~K 3 7 6 (略)	

K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
1	切除	1,720点
2	(略)	
K 3 7 8 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	3,080点
K 3 8 6 - 2	輪状甲状靱帯切開術	1,970点
K 3 8 7 ~ K 3 9 4	(略)	
K 3 9 4 - 2	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
1	切除	42,200点
2	全摘	67,200点
K 3 9 5	(略)	
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,250点
K 3 9 6 - 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	乳歯	130点
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	4については、完全埋伏歯(骨性)又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
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	抜歯と同時にを行う歯槽骨の整形等の費用は、	

K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
1	切除	1,430点
2	(略)	
K 3 7 8 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	2,570点
	(新設)	
K 3 8 7 ~ K 3 9 4	(略)	
	(新設)	
K 3 9 5	(略)	
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,040点
K 3 9 6 - 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	乳歯	130点
2	前歯	155点
3	臼歯	265点
4	埋伏歯	1,050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	4については、完全埋伏歯(骨性)又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
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>100点</u> を所定点数に加算する。	
4	抜歯と同時にを行う歯槽骨の整形等の費用は、	

所定点数に含まれる。

K 4 0 5 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 8 (略)	
K 4 3 9 下顎骨悪性腫瘍手術	
1 (略)	
<u>2 切断(おとがい部を含むもの)</u>	<u>79,270点</u>
<u>3 切断(その他のもの)</u>	(略)
K 4 4 0 ~ K 4 4 5 (略)	
<u>K 4 4 5 - 2 顎関節人工関節全置換術</u>	<u>59,260点</u>
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
<u>イ 単独の場合</u>	<u>440点</u>
<u>ロ・ハ</u> (略)	
2・3 (略)	
K 4 4 7 ~ K 4 6 2 - 2 (略)	
K 4 6 3 甲状腺悪性腫瘍手術	
1 <u>切除(頸部外側区域郭清を伴わないもの)</u>	(略)
2 <u>切除(頸部外側区域郭清を伴うもの)</u>	
	<u>26,180点</u>
3 <u>全摘及び亜全摘(頸部外側区域郭清を伴わないもの)</u>	(略)
4 <u>全摘及び亜全摘(片側頸部外側区域郭清を伴うもの)</u>	<u>35,790点</u>
5 <u>全摘及び亜全摘(両側頸部外側区域郭清を伴うもの)</u>	<u>36,790点</u>
K 4 6 3 - 2 ~ K 4 6 5 (略)	
(その他の頸部)	

所定点数に含まれる。

K 4 0 5 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 8 (略)	
K 4 3 9 下顎骨悪性腫瘍手術	
1 (略)	
(新設)	
<u>2 切断</u>	(略)
K 4 4 0 ~ K 4 4 5 (略)	
(新設)	
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
(新設)	
<u>イ・ロ</u> (略)	
2・3 (略)	
K 4 4 7 ~ K 4 6 2 - 2 (略)	
K 4 6 3 甲状腺悪性腫瘍手術	
1 切除	(略)
(新設)	
<u>2 全摘及び亜全摘</u>	(略)
(新設)	
(新設)	
K 4 6 3 - 2 ~ K 4 6 5 (略)	
(その他の頸部)	

K 4 6 6 ~ K 4 7 1 (略)

第 7 款 胸部

区分

(乳腺)

K 4 7 2 乳腺膿瘍切開術 980点

K 4 7 3 (略)

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
1 長径5センチメートル未満 3,190点
2 (略)

K 4 7 4 - 2 ~ K 4 7 5 (略)

K 4 7 5 - 2 乳癌^{がん}冷凍凝固摘出術 8,690点

K 4 7 6 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術
1 ~ 3 (略)
4 胸骨^{くわう}挙上用固定具拔去術 5,680点
(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 4 9 6 - 4 (略)

K 4 9 6 - 5 経皮的膿胸ドレナージ術 5,400点

注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 4 9 7 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 2 - 3 (略)

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 36,000点

注 (略)

K 5 0 2 - 5 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 8 (略)

K 5 0 8 - 2 気管・気管支ステント留置術

K 4 6 6 ~ K 4 7 1 (略)

第 7 款 胸部

区分

(乳腺)

K 4 7 2 乳腺膿瘍切開術 820点

K 4 7 3 (略)

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
1 長径5センチメートル未満 2,660点
2 (略)

K 4 7 4 - 2 ~ K 4 7 5 (略)

K 4 7 5 - 2 乳癌^{がん}冷凍凝固摘出術 7,240点

K 4 7 6 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術
1 ~ 3 (略)
(新設)
(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 4 9 6 - 4 (略)

(新設)

K 4 9 7 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 2 - 3 (略)

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 33,870点

注 (略)

K 5 0 2 - 5 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 8 (略)

K 5 0 8 - 2 気管・気管支ステント留置術

1 硬性鏡によるもの	11,400点
2 (略)	
K 5 0 8 - 3 ~ K 5 1 2 (略)	
K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術	
1 (略)	
2 部分切除	45,300点
3 区域切除	72,600点
4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	81,000点
K 5 1 3 - 2 ~ K 5 1 4 - 3 (略)	
K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術	(略)
注1 (略)	
2 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>	
3 <u>両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。</u>	
K 5 1 4 - 5 (略)	
K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術	(略)
注1・2 (略)	
3 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>	
4 <u>両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。</u>	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ~ K 5 2 3 (略)	
K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術	(略)
注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及び <u>区分番号K 6 5 3 - 3</u> に掲げる内視	

1 硬性鏡によるもの	9,400点
2 (略)	
K 5 0 8 - 3 ~ K 5 1 2 (略)	
K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術	
1 (略)	
2 <u>その他のもの</u>	58,950点
(新設)	
(新設)	
K 5 1 3 - 2 ~ K 5 1 4 - 3 (略)	
K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術	(略)
注1 (略)	
(新設)	
2 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 4 - 5 (略)	
K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術	(略)
注1・2 (略)	
(新設)	
3 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ~ K 5 2 3 (略)	
K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術	(略)
注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及びK 6 5 3 - 3に掲げる内視鏡的食道	

鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	
K 5 2 4～K 5 2 6－3 (略)	
K 5 2 6－4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	<u>22,100点</u>
K 5 2 7 (略)	
<u>K 5 2 7－2 食道切除術 (単に切除のみのもの)</u>	<u>46,100点</u>
K 5 2 8～K 5 2 9 (略)	
K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	<u>133,240点</u>
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～K 5 3 4－3 (略)	
<u>K 5 3 4－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術</u>	<u>42,180点</u>
K 5 3 5～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 4 5 (略)	
K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	
1 急性心筋梗塞に対するもの	<u>36,000点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 5 4 7～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5－2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1 (略)	
2 経皮的大動脈弁置換術	<u>39,060点</u>
注 (略)	
K 5 5 5－3～K 5 7 0－3 (略)	
<u>K 5 7 0－4 経皮的肺動脈穿通・拡大術</u>	<u>35,080点</u>
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しな	

及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	
K 5 2 4～K 5 2 6－3 (略)	
K 5 2 6－4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	<u>14,510点</u>
K 5 2 7 (略)	
(新設)	
K 5 2 8～K 5 2 9 (略)	
K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	<u>125,240点</u>
2 胸部、腹部の操作によるもの	<u>104,190点</u>
注 (略)	
K 5 2 9－3～K 5 3 4－3 (略)	
(新設)	
K 5 3 5～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 4 5 (略)	
K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	
1 急性心筋梗塞に対するもの	<u>32,000点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 5 4 7～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5－2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1 (略)	
2 経皮的大動脈弁置換術	<u>37,560点</u>
注 (略)	
K 5 5 5－3～K 5 7 0－3 (略)	
(新設)	

<u>い。</u>	
K 5 7 1 ~ K 5 7 4 - 2 (略)	
<u>K 5 7 4 - 3 経皮的卵円孔開存閉鎖術</u>	<u>31,850点</u>
K 5 7 5 ~ K 5 9 3 (略)	
K 5 9 4 不整脈手術	
1 ~ 3 (略)	
4 <u>左心耳閉鎖術</u>	
<u>イ 開胸手術によるもの</u>	<u>37,800点</u>
<u>ロ 経カテーテル的手術によるもの</u>	<u>34,930点</u>
<u>注 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>	
K 5 9 4 - 2 ~ K 5 9 7 - 4 (略)	
K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>31,510点</u>
2 <u>経静脈電極の場合</u>	<u>31,510点</u>
K 5 9 8 - 2 両心室ペースメーカー交換術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>5,000点</u>
2 <u>経静脈電極の場合</u>	<u>5,000点</u>
K 5 9 9 植込型除細動器移植術	
1 <u>心筋リードを用いるもの</u>	<u>31,510点</u>
2・3 (略)	
K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術	
1 <u>心筋リードを用いるもの</u>	<u>7,200点</u>
2 <u>その他のもの</u>	<u>7,200点</u>
K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>35,200点</u>

K 5 7 1 ~ K 5 7 4 - 2 (略)	
(新設)	
K 5 7 5 ~ K 5 9 3 (略)	
K 5 9 4 不整脈手術	
1 ~ 3 (略)	
(新設)	
	(新設)
K 5 9 4 - 2 ~ K 5 9 7 - 4 (略)	
K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術	<u>31,510点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 8 - 2 両心室ペースメーカー交換術	<u>5,000点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 9 植込型除細動器移植術	
(新設)	
<u>1・2 (略)</u>	
K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術	<u>7,200点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	<u>35,200点</u>
(新設)	

2 <u>経静脈電極の場合</u>	35,200点	(新設)	
注 (略)		注 (略)	
K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術		K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	7,200点
1 <u>心筋電極の場合</u>	7,200点	(新設)	
2 <u>経静脈電極の場合</u>	7,200点	(新設)	
注 (略)		注 (略)	
K 5 9 9 - 5 ~ K 6 0 4 (略)		K 5 9 9 - 5 ~ K 6 0 4 (略)	
K 6 0 4 - 2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型)		K 6 0 4 - 2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	
1 ~ 3 (略)		1 ~ 3 (略)	
4 91日目以降 (1日につき)	1,800点	4 91日目以降 (1日につき)	1,500点
K 6 0 5 (略)		K 6 0 5 (略)	
K 6 0 5 - 2 同種心移植術	(略)	K 6 0 5 - 2 同種心移植術	(略)
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 0 5 - 3 (略)		K 6 0 5 - 3 (略)	
K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術	(略)	K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術	(略)
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 0 5 - 5 (略)		K 6 0 5 - 5 (略)	
(動脈)		(動脈)	
K 6 0 6 (略)		K 6 0 6 (略)	
K 6 0 7 血管結紮術		K 6 0 7 血管結紮術	
1 (略)		1 (略)	
2 その他のもの	4,500点	2 その他のもの	3,750点
K 6 0 7 - 2 血管縫合術 (簡単なもの)	3,760点	K 6 0 7 - 2 血管縫合術 (簡単なもの)	3,130点
K 6 0 7 - 3 ・ K 6 0 8 (略)		K 6 0 7 - 3 ・ K 6 0 8 (略)	

K 6 0 8 - 2	削除		K 6 0 8 - 2	外シャント血栓除去術	1,680点
K 6 0 8 - 3	~K 6 1 0 - 2	(略)	K 6 0 8 - 3	~K 6 1 0 - 2	(略)
K 6 1 0 - 3	削除		K 6 1 0 - 3	内シャント又は外シャント設置術	18,080点
K 6 1 0 - 4	~K 6 1 1	(略)	K 6 1 0 - 4	~K 6 1 1	(略)
K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術		K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術	
	1	内シャント造設術		1	静脈転位を伴うもの
		イ 単純なもの			(新設)
		ロ 静脈転位を伴うもの			(新設)
	2	(略)		2	(略)
K 6 1 3	~K 6 1 6 - 3	(略)	K 6 1 3	~K 6 1 6 - 3	(略)
K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術		K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080点
	1	初回			(新設)
	2	1の実施後3月以内に実施する場合			(新設)
	注	(略)		注	(略)
K 6 1 6 - 5	(略)		K 6 1 6 - 5	(略)	
K 6 1 6 - 6	経皮的下肢動脈形成術	24,270点		(新設)	
	注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。			
		(静脈)			(静脈)
K 6 1 7	(略)		K 6 1 7	(略)	
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	10,200点	K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	11,020点
K 6 1 7 - 3	(略)		K 6 1 7 - 3	(略)	
K 6 1 7 - 4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200点	K 6 1 7 - 4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点
	注	(略)		注	(略)
K 6 1 7 - 5	(略)		K 6 1 7 - 5	(略)	
K 6 1 7 - 6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360点		(新設)	
K 6 1 8	~K 6 2 3 - 2	(略)	K 6 1 8	~K 6 2 3 - 2	(略)
		(リンパ管、リンパ節)			(リンパ管、リンパ節)
K 6 2 4	~K 6 2 7	(略)	K 6 2 4	~K 6 2 7	(略)
K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術		K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	41,090点
	1	後腹膜			(新設)
		40,670点			

<u>2</u> 傍大動脈	35,500点
<u>3</u> 骨盤	41,090点
<u>注</u> 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
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 5 - 3 (略)	
K 6 3 6 試験開腹術	6,660点
K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術	12,340点
K 6 3 6 - 3 ~ K 6 4 5 (略)	
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)	11,530点
K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1・2 (略)	
<u>3</u> 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術	21,370点
<u>4・5</u> (略)	
K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 4 - 2 (略)	
K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局所切除術	
1 内視鏡処置を併施するもの	28,500点
2 (略)	
<u>K 6 5 4 - 4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)</u>	30,000点
K 6 5 5 ~ 6 6 8 - 2 (略)	
(胆嚢、胆道)	

(新設)	
(新設)	
(新設)	
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 5 - 3 (略)	
K 6 3 6 試験開腹術	5,550点
K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術	11,240点
K 6 3 6 - 3 ~ K 6 4 5 (略)	
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)	
K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1・2 (略)	
(新設)	
<u>3・4</u> (略)	
K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 4 - 2 (略)	
K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局所切除術	
1 内視鏡処置を併施するもの	26,500点
2 (略)	
(新設)	
K 6 5 5 ~ 6 6 8 - 2 (略)	
(胆嚢、胆道)	

K 6 6 9 ~ K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 (略)

2 臍頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 104,800点

3 (略)

K 6 7 7 - 2 ~ K 6 8 4 - 2 (略)

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

1・2 (略)

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、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術 (略)

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、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

1・2 (略)

3 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの 31,700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、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術 (略)

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、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 9・K 6 8 9 - 2 (略)

(肝)

K 6 9 0 肝縫合術 19,140点

K 6 9 1 ~ K 6 9 4 (略)

K 6 9 5 肝切除術

K 6 6 9 ~ K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 (略)

(新設)

2 (略)

K 6 7 7 - 2 ~ K 6 8 4 - 2 (略)

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

1・2 (略)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術 (略)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

1・2 (略)

(新設)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術 (略)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

K 6 8 9・K 6 8 9 - 2 (略)

(肝)

K 6 9 0 肝縫合術 17,400点

K 6 9 1 ~ K 6 9 4 (略)

K 6 9 5 肝切除術

1 部分切除		1 部分切除	39,040点
イ 単回の切除によるもの	38,040点	(新設)	
ロ 複数回の切除を要するもの	43,340点	(新設)	
2～7 (略)		2～7 (略)	
注 (略)		注 (略)	
K 6 9 5 - 2 腹腔鏡下肝切除術		K 6 9 5 - 2 腹腔鏡下肝切除術	
1 部分切除		1 部分切除	59,680点
イ 単回の切除によるもの	58,680点	(新設)	
ロ 複数回の切除を要するもの	63,680点	(新設)	
2～6 (略)		2～6 (略)	
K 6 9 6 ~ K 6 9 7 - 2 (略)		K 6 9 6 ~ K 6 9 7 - 2 (略)	
K 6 9 7 - 3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 <small>（一連として）</small>		K 6 9 7 - 3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 <small>（一連として）</small>	
1・2 (略)		1・2 (略)	
注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 9 7 - 4 (略)		K 6 9 7 - 4 (略)	
K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術 (略)		K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術 (略)	
注 1～2 (略)		注 1～2 (略)	
3 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 9 7 - 6 (略)		K 6 9 7 - 6 (略)	
K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術 (略)		K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術 (略)	
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
(<small>すい</small> 膵)		(<small>すい</small> 膵)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3 (略)		K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3 (略)	
K 7 0 1 <small>すい</small> 膵破裂縫合術	24,280点	K 7 0 1 <small>すい</small> 膵破裂縫合術	22,080点

K 7 0 2 ・ K 7 0 2 - 2	(略)	
K 7 0 3	腭頭部腫瘍切除術	
1	腭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腭頭切除術の場合	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	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	131,230点
K 7 0 3 - 2	腹腔鏡下腭頭部腫瘍切除術	
1	腭頭十二指腸切除術の場合	158,450点
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	173,640点
K 7 0 4	(略)	
K 7 0 5	腭嚢胞胃（腸）バイパス術	
1	内視鏡によるもの	13,820点
2	開腹によるもの	31,310点
K 7 0 6 ~ K 7 0 9 - 2	(略)	
K 7 0 9 - 3	同種死体腭移植術	(略)
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腭を除く死体腭を移植した場合は、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	腭移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
3	抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
K 7 0 9 - 4	(略)	
K 7 0 9 - 5	同種死体腭腎移植術	(略)
注 1	臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定	

K 7 0 2 ・ K 7 0 2 - 2	(略)	
K 7 0 3	腭頭部腫瘍切除術	
1	腭頭十二指腸切除術の場合	78,620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腭頭切除術の場合	83,810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	83,810点
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	128,230点
K 7 0 3 - 2	腹腔鏡下腭頭十二指腸切除術	158,450点
	(新設)	
	(新設)	
K 7 0 4	(略)	
K 7 0 5	腭嚢胞胃（腸）吻合術	31,310点
	(新設)	
	(新設)	
K 7 0 6 ~ K 7 0 9 - 2	(略)	
K 7 0 9 - 3	同種死体腭移植術	(略)
	(新設)	
注	腭移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	(新設)	
K 7 0 9 - 4	(略)	
K 7 0 9 - 5	同種死体腭腎移植術	(略)
	(新設)	

する脳死した者の身体から採取された^{すい}膵腎を除く死体膵腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2 膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

K 7 0 9 - 6 同種死体膵島移植術 56,490点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2 膵島移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

4 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(脾)

K 7 1 0 脾縫合術 (部分切除を含む。) 26,810点

K 7 1 0 - 2 腹腔鏡下脾固定術 30,070点

K 7 1 1 脾摘出術 34,130点

K 7 1 1 - 2 (略)

K 7 1 2 破裂腸管縫合術 11,400点

K 7 1 3 ~ K 7 1 5 - 2 (略)

K 7 1 6 小腸切除術

1 複雑なもの 34,150点

2 その他のもの 15,940点

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

注 ^{すい}膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
(新設)

(新設)

(脾)

K 7 1 0 脾縫合術 (部分切除を含む。) 24,410点

(新設)

K 7 1 1 脾摘出術 31,030点

K 7 1 1 - 2 (略)

K 7 1 2 破裂腸管縫合術 10,400点

K 7 1 3 ~ K 7 1 5 - 2 (略)

K 7 1 6 小腸切除術

1 悪性腫瘍手術以外の切除術 15,940点

2 悪性腫瘍手術 34,150点

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

1 <u>複雑なもの</u>	37,380点	1 <u>悪性腫瘍手術以外の切除術</u>	31,370点
2 <u>その他のもの</u>	31,370点	2 <u>悪性腫瘍手術</u>	37,380点
K 7 1 6 - 3 (略)		K 7 1 6 - 3 (略)	
K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 (略)		K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 (略)	
注 1 ~ 2 (略)		注 1 ~ 2 (略)	
3 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 6 - 5 (略)		K 7 1 6 - 5 (略)	
K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 (略)		K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 (略)	
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 7 ~ K 7 1 8 - 2 (略)		K 7 1 7 ~ K 7 1 8 - 2 (略)	
K 7 1 9 結腸切除術		K 7 1 9 結腸切除術	
1 ~ 3 (略)		1 ~ 3 (略)	
注 <u>人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 9 - 2 腹腔鏡下結腸切除術		K 7 1 9 - 2 腹腔鏡下結腸切除術	
1・2 (略)		1・2 (略)	
注 <u>人工肛門造設術を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。</u>		(新設)	
K 7 1 9 - 3 ~ K 7 1 9 - 5 (略)		K 7 1 9 - 3 ~ K 7 1 9 - 5 (略)	
K 7 1 9 - 6 <u>腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術</u>		(新設)	
	75,690点		
K 7 2 0 ~ K 7 2 1 - 4 (略)		K 7 2 0 ~ K 7 2 1 - 4 (略)	
K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 (略)		K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 (略)	
注 <u>バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バル</u>		(新設)	

ーン内視鏡加算として、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	8,830点
K 7 2 5-2~K 7 3 1 (略)	
K 7 3 2 人工肛門閉鎖術	
1 (略)	
2 腸管切除を伴うもの	
イ 直腸切除術後のもの	34,280点
ロ その他のもの	28,210点
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)	
	(略)
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 <u>バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。</u>	
K 7 3 5-3~7 3 9-3 (略)	
K 7 4 0 直腸切除・切断術	
1 (略)	
2 低位前方切除術	71,300点
3 超低位前方切除術	73,840点
4 経肛門吻合を伴う切除術	82,840点
5 切断術	(略)
注 (略)	
K 7 4 0-2~K 7 4 2-2 (略)	
	(肛門、その周辺)
K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)	
1 硬化療法	1,660点

K 7 2 3・K 7 2 4 (略)	
K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術	7,360点
K 7 2 5-2~K 7 3 1 (略)	
K 7 3 2 人工肛門閉鎖術	
1 (略)	
2 腸管切除を伴うもの	28,210点
	(新設)
	(新設)
	(新設)
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)	
	(略)
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。	
K 7 3 5-3~7 3 9-3 (略)	
K 7 4 0 直腸切除・切断術	
1 (略)	
2 低位前方切除術	66,300点
3 超低位前方切除術 (経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840点
	(新設)
4 切断術	(略)
注 (略)	
K 7 4 0-2~K 7 4 2-2 (略)	
	(肛門、その周辺)
K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)	
1 硬化療法	1,380点

2～6 (略)

K 7 4 3 - 2 ~ K 7 4 6 - 2 (略)

K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、こう せんけい肛門尖圭コンジローム
切除術 1,250点

K 7 4 8 ~ K 7 5 3 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)

(腎、腎盂)

K 7 5 7 ~ K 7 7 5 (略)

K 7 7 5 - 2 経皮的腎(腎盂)瘻拡張術(一連につき)
6,000点

K 7 7 6 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 (略)

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 (略)

3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

K 7 8 0 - 2 生体腎移植術 (略)

注1～2 (略)

3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 8 2 3 - 5 (略)

2～6 (略)

K 7 4 3 - 2 ~ K 7 4 6 - 2 (略)

K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、こう せんけい肛門尖圭コンジローム
切除術 1,040点

K 7 4 8 ~ K 7 5 3 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)

(腎、腎盂)

K 7 5 7 ~ K 7 7 5 (略)

(新設)

K 7 7 6 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 (略)

注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104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、移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。

2 (略)

(新設)

K 7 8 0 - 2 生体腎移植術 (略)

注1～2 (略)

(新設)

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 8 2 3 - 5 (略)

K 8 2 3 - 6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点	(新設)		
	第11款 性器			第11款 性器	
区分			区分		
	(陰莖)			(陰莖)	
K 8 2 4	陰莖尖圭コンジローム切除術	1,360点	K 8 2 4	陰莖尖圭コンジローム切除術	1,130点
K 8 2 5 ~ K 8 2 8 - 2	(略)		K 8 2 5 ~ K 8 2 8 - 2	(略)	
	(陰囊、精巣、精巣上部、精管、精索)			(陰囊、精巣、精巣上部、精管、精索)	
K 8 2 9 ~ K 8 3 7	(略)		K 8 2 9 ~ K 8 3 7	(略)	
K 8 3 8	精索捻転手術		K 8 3 8	精索捻転手術	
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	8,230点		1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,810点
	2 その他のもの	7,910点		2 その他のもの	8,230点
	(精囊、前立腺)			(精囊、前立腺)	
K 8 3 9 ~ K 8 4 1	(略)		K 8 3 9 ~ K 8 4 1	(略)	
K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除術		K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除術	
	1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	(略)		1 ホルミウムレーザーを用いるもの	(略)
	2 (略)			2 (略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 3 - 4	(略)		K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)			(外陰、会陰)	
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	940点	K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	780点
K 8 4 5 ~ K 8 4 7	(略)		K 8 4 5 ~ K 8 4 7	(略)	
K 8 4 8	バルトリン腺膿瘍摘出術（造袋術を含む。）	3,310点	K 8 4 8	バルトリン腺膿瘍摘出術（造袋術を含む。）	2,760点
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,810点	K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,340点
K 8 5 0 ~ K 8 5 1	(略)		K 8 5 0 ~ K 8 5 1	(略)	
K 8 5 1 - 2	外陰・膣血腫除去術	1,920点	K 8 5 1 - 2	外陰・膣血腫除去術	1,600点
K 8 5 1 - 3	(略)		K 8 5 1 - 3	(略)	
	(膣)			(膣)	
K 8 5 2 ~ K 8 5 4 - 2	(略)		K 8 5 2 ~ K 8 5 4 - 2	(略)	
K 8 5 5	膣中隔切除術		K 8 5 5	膣中隔切除術	

1 不全隔のもの	<u>1,510点</u>
2 (略)	
K 8 5 6 ~ K 8 5 6 - 3 (略)	
K 8 5 6 - 4 膣壁尖圭コンジローム切除術	<u>1,250点</u>
K 8 5 7 ~ K 8 6 0 - 2 (略)	
(子宮)	
K 8 6 1 子宮内膜搔爬術	<u>1,420点</u>
K 8 6 2 ~ K 8 6 5 - 2 (略)	
K 8 6 6 子宮頸管ポリープ切除術	<u>1,190点</u>
K 8 6 6 - 2 子宮腔部冷凍凝固術	<u>1,190点</u>
K 8 6 7 ~ K 8 7 2 - 2 (略)	
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	<u>6,630点</u>
2 その他のもの	<u>4,730点</u>
K 8 7 2 - 4 ・ K 8 7 2 - 5 (略)	
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	<u>19,000点</u>
2 その他のもの	<u>17,100点</u>
K 8 7 4 及び K 8 7 5 ~ K 8 8 4 (略)	
(子宮附属器)	
K 8 8 5 (略)	
K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術	<u>1,620点</u>
K 8 8 6 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 5 (略)	
K 8 9 6 会陰(膣壁)裂創縫合術(分娩時)	
1 筋層に及ぶもの	<u>1,980点</u>
2 肛門に及ぶもの	<u>5,560点</u>
3 ・ 4 (略)	
K 8 9 7 頸管裂創縫合術(分娩時)	<u>7,060点</u>

1 不全隔のもの	<u>1,260点</u>
2 (略)	
K 8 5 6 ~ K 8 5 6 - 3 (略)	
K 8 5 6 - 4 膣壁尖圭コンジローム切除術	<u>1,040点</u>
K 8 5 7 ~ K 8 6 0 - 2 (略)	
(子宮)	
K 8 6 1 子宮内膜搔爬術	<u>1,180点</u>
K 8 6 2 ~ K 8 6 5 - 2 (略)	
K 8 6 6 子宮頸管ポリープ切除術	<u>990点</u>
K 8 6 6 - 2 子宮腔部冷凍凝固術	<u>990点</u>
K 8 6 7 ~ K 8 7 2 - 2 (略)	
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	<u>4,730点</u>
(新設)	
(新設)	
K 8 7 2 - 4 ・ K 8 7 2 - 5 (略)	
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	<u>17,100点</u>
(新設)	
(新設)	
K 8 7 4 及び K 8 7 5 ~ K 8 8 4 (略)	
(子宮附属器)	
K 8 8 5 (略)	
K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術	<u>1,490点</u>
K 8 8 6 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 5 (略)	
K 8 9 6 会陰(膣壁)裂創縫合術(分娩時)	
1 筋層に及ぶもの	<u>1,650点</u>
2 肛門に及ぶもの	<u>4,630点</u>
3 ・ 4 (略)	
K 8 9 7 頸管裂創縫合術(分娩時)	<u>5,880点</u>

K 8 9 8 ~ K 9 0 0 - 2 (略)		K 8 9 8 ~ K 9 0 0 - 2 (略)	
K 9 0 1 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。)	<u>2,950点</u>	K 9 0 1 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。)	<u>2,460点</u>
K 9 0 2 ~ K 9 0 5 (略)		K 9 0 2 ~ K 9 0 5 (略)	
K 9 0 6 子宮頸管縫縮術		K 9 0 6 子宮頸管縫縮術	
1 マクドナルド法	<u>2,020点</u>	1 マクドナルド法	<u>1,680点</u>
2 (略)		2 (略)	
3 縫縮解除術 (チューブ抜去術)	<u>1,800点</u>	3 縫縮解除術 (チューブ抜去術)	<u>1,500点</u>
K 9 0 7 胎児外回転術	<u>800点</u>	K 9 0 7 胎児外回転術	<u>670点</u>
K 9 0 8 ~ K 9 1 0 - 3 (略)		K 9 0 8 ~ K 9 1 0 - 3 (略)	
<u>K 9 1 0 - 4 無心体双胎焼灼術 (一連につき)</u>	<u>40,000点</u>	(新設)	
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		(新設)	
<u>K 9 1 0 - 5 胎児輸血術 (一連につき)</u>	<u>13,880点</u>		
注 1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。			
2 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。			
K 9 1 1 ~ K 9 1 2 (略)		K 9 1 1 ~ K 9 1 2 (略)	
K 9 1 3 新生児仮死蘇生術		K 9 1 3 新生児仮死蘇生術	
1 仮死第1度のもの	<u>1,010点</u>	1 仮死第1度のもの	<u>840点</u>
2 (略)		2 (略)	
(その他)		(その他)	
K 9 1 3 - 2 (略)		K 9 1 3 - 2 (略)	
第12款 削除		第12款 削除	
第13款 臓器提供管理料		第13款 臓器提供管理料	
区分		区分	
K 9 1 4 脳死臓器提供管理料	<u>40,000点</u>	K 9 1 4 脳死臓器提供管理料	<u>20,000点</u>
注 (略)		注 (略)	
K 9 1 5 (略)		K 9 1 5 (略)	
第2節 輸血料		第2節 輸血料	
区分		区分	
K 9 2 0 ~ K 9 2 1 (略)		K 9 2 0 輸血	

K 9 2 1 - 2 間葉系幹細胞採取（一連につき） 17,440点

（新設）

K 9 2 1 - 3 末梢血単核球採取（一連につき） 17,440点

（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。

K 9 2 2 造血幹細胞移植

1～3 （略）

注1～4 （略）

5 同種移植における造血幹細胞移植者に係る骨髓採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。

6～9 （略）

K 9 2 2 - 2 C A R 発現生 T 細胞投与（一連つき） 30,850点

（新設）

注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者1人につき1回に限り算定する。

2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

3 C A R 発現生 T 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。

K 9 2 3～K 9 2 4 - 2 （略）

K 9 2 4 - 3 同種クリオプレシピテート作製術 600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、同種クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

第3節 手術医療機器等加算

区分

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合 3,630点

K 9 2 2 造血幹細胞移植

1～3 （略）

注1～4 （略）

5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。

6～9 （略）

K 9 2 3～K 9 2 4 - 2 （略）

（新設）

第3節 手術医療機器等加算

区分

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤の手術に用いた場合 3,130点

2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合

3,130点

K931 (略)

K932 創外固定器加算 (略)

注 区分番号K046、K056-2、K058、
K073、K076、K078、K124-2、
K125、K180の3、K443、K444及
びK444-2に掲げる手術に当たって、創外固
定器を使用した場合に算定する。

K933~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 (略)

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、K
531からK532-2まで、K552、K5
52-2、K645、K654-3の2、K6
55、K655-2、K655-4、K655
-5、K656-2、K657、K657-2
、K662、K662-2、K674、K67
4-2、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、K71
6からK716-6まで、K719からK71
9-3まで、K719-5、K732の2、K
735、K735-3、K735-5、K73
9、K739-3、K740、K740-2、

2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合

2,500点

K931 (略)

K932 創外固定器加算 (略)

注 区分番号K046、K056-2、K058、
K073、K076、K078、K124-2、
K125、K180の3又はK443に掲げる手
術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定
する。

K933~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 (略)

注1 区分番号K488-4、K511、K513
、K514、K514-2、K517、K52
2-3、K524-2、K524-3、K52
5、K529からK529-3まで、K531
からK532-2まで、K654-3の2から
K655-2まで、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、K695の
4からK695の7まで、K695-2の4か
らK695-2の6まで、K696、K700
からK700-3まで、K702からK703
-2まで、K705、K706、K711-2
、K716、K716-2、K719からK7
19-3まで、K719-5、K732の2、
K735、K735-3、K735-5、K7
39、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

K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 まで及び K 8 1 7 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 (略)

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算 (略)

注 区分番号 K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9 から K 5 2 9 - 3 まで、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 4 5、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 の 3、K 7 1 9 - 2 の 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 9、K 7 4 0、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 まで及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 - 3 ~ K 9 3 8 (略)

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの (略)

注 区分番号 K 0 5 5 - 2、K 0 5 5 - 3、K 0 8 0 の 1、K 0 8 1 の 1、K 0 8 2 の 1、K 0 8 2 - 3 の 1、K 1 3 1 - 2、K 1 3 4 - 2、K 1 3 6、K 1 4 0 から K 1 4 1 - 2 まで、K 1 4 2 (6 を除く。)、K 1 4 2 - 2 の 1 及び 2 の イ、K 1 4 2 - 3、K 1 5 1 - 2、K 1 5 4 - 2、K 1 5 8、K 1 6 1、K 1 6 7、K 1 6 9 から K 1 7 2 まで、K 1 7 4 の 1、K 1 9 1 から K 1 9 3 まで、K 2 3 5、K 2 3 6、K 3 1 3、K 3 1 4、K 3 4 0 - 3 から K 3 4 0 - 7 まで、K 3 4 2、K 3 4 3、K 3 5 0 から K 3 6 5 まで、K 5 1 1 の 2、K 5 1 3 の 2 から 5 1 3 の 4 まで、K 5 1 4 の 2、K 5 1 4 - 2 の 2、K 6 9 5、K 6 9 5 - 2 並びに K 6 9

用した場合に算定する。

2 (略)

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算 (略)

注 区分番号 K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9 から K 5 2 9 - 3、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 の 3、K 7 1 9 - 2 の 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 9、K 7 4 0、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 - 3 ~ K 9 3 8 (略)

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの (略)

注 区分番号 K 0 5 5 - 2、K 0 5 5 - 3、K 0 8 0 の 1、K 0 8 1 の 1、K 0 8 2 の 1、K 0 8 2 - 3 の 1、K 1 3 1 - 2、K 1 3 4 - 2、K 1 4 0 から K 1 4 1 - 2 まで、K 1 4 2 (6 を除く。)、K 1 4 2 - 3、K 1 5 1 - 2、K 1 5 4 - 2、K 1 5 8、K 1 6 1、K 1 6 7、K 1 6 9 から K 1 7 2 まで、K 1 7 4 の 1、K 1 9 1 から K 1 9 3 まで、K 2 3 5、K 2 3 6、K 3 1 3、K 3 1 4、K 3 4 0 - 3 から K 3 4 0 - 7 まで、K 3 4 2、K 3 4 3、K 3 4 9 から K 3 6 5 まで、K 5 1 1 の 2、K 5 1 3 の 2、K 5 1 4 の 2、K 5 1 4 - 2 の 2、K 6 9 5、K 6 9 5 - 2 及び K 6 9 7 - 4 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

7-4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。

2～3 (略)

K939-2～K939-6 (略)

K939-7 レーザー機器加算

1～3 (略)

注1 (略)

2 1については、区分番号K406 (1に限る。)、K413 (1に限る。)、K421 (1に限る。)、K423 (1に限る。)及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

3・4 (略)

K939-8 超音波切削器加算 1,000点

注 区分番号K443、K444及びK444-2
に掲げる手術に当たって、超音波切削器を使用した場合に算定する。

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

1～6 (略)

第1節 麻酔料

区分

L000・L001 (略)

L001-2 静脈麻酔

1・2 (略)

3 十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合) 1,100点

注1・2 (略)

L002～L007 (略)

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

った場合に算定する。

2～3 (略)

K939-2～K939-6 (略)

K939-7 レーザー機器加算

1～3 (略)

注1 (略)

2 1については、K406 (1に限る。)、K413 (1に限る。)、K421 (1に限る。)、K423 (1に限る。)及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

3・4 (略)

(新設)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

1～6 (略)

第1節 麻酔料

区分

L000・L001 (略)

L001-2 静脈麻酔

1・2 (略)

3 十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合) 800点

注1・2 (略)

L002～L007 (略)

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1～5 (略)

注1～8 (略)

9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注4及び注5に規定する加算は別に算定できない。

イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合 450点

ロ イ以外の場合 45点

10・11 (略)

L008-2・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586

1～5 (略)

注1～8 (略)

9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、45点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

10・11 (略)

L008-2・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587

の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、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、7,500点を所定点数に加算する。

L010 (略)
第2節～第4節 (略)
第12部 放射線治療

通則

1～3 (略)
第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000～M003 (略)

M004 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

12,000点

ロ その他の場合 (略)

3・4 (略)

注1～7 (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保険医療機関において、放射線治療を専ら担当す

、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4、K695の6、K695の7、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、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、7,500点を所定点数に加算する。

L010 (略)
第2節～第4節 (略)
第12部 放射線治療

通則

1～3 (略)
第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000～M003 (略)

M004 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

10,000点

ロ その他の場合 (略)

3・4 (略)

注1～7 (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保険医療機関において、放射線治療を専ら担当す

る常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。

M005（略）

第2節（略）

第13部 病理診断

通則

1～7（略）

第1節 病理標本作製料

通則

1・2（略）

区分

N000・N001（略）

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1～8（略）

注1（略）

2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。

N003～N005-3（略）

第2節（略）

第3章（略）

第4章 経過措置

（削る）

（削る）

る常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

M005（略）

第2節（略）

第13部 病理診断

通則

1～7（略）

第1節 病理標本作製料

通則

1・2（略）

区分

N000・N001（略）

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1～8（略）

注1（略）

2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。

N003～N005-3（略）

第2節（略）

第3章（略）

第4章 経過措置等

第1部 経過措置

1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ

(削る)	、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
(削る)	2 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の注2については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号A000の注3、区分番号A002の注2及び注3並びに区分番号C012の注1から注3までについては、「400床」とあるのは、「500床」とする。
(削る)	3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
(削る)	4 平成31年3月31日までの間における区分番号A206の注2については、「400床」とあるのは、「500床」とする。
(削る)	5 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A245の1のロ又は2のロの規定については、平成30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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。
(削る)	6 旧算定方法別表第一区分番号A300の注3及び注4の規定については、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。
(削る)	7 第2章第2部第2節第1款の通則1及び2の規定にかかわらず、平成32年3月31日までの間に限り、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号C119に掲げる在宅経肛門的 ^{（カ）} 自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。

(削る)

(削る)

- 1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
- 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については、「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

8 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32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D006の2に掲げるトロンボテスト

ロ 区分番号D006-3の2に掲げるmRNA定量（1以外のもの）

ハ 区分番号D007の9に掲げるムコ^{たん}蛋白

ニ 区分番号D007の24に掲げる^{すい}膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）

ホ 区分番号D009の6に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）

9 第2章の規定にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対する区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31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)

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。)、区分番号A002の注2については、「病院である保険医療機関(特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。)」とあるのは、「病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。)」とする。

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。(新設)

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。(新設)

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)

(削る)

第2部 算定制限

第1章の規定にかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7(妊婦に対して初診を行った場合に限る。)、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注10及び注11に規定する加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できるものとする。

別紙 1 - 2 歯科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>261点</u> 2 (略) 注1～11 (略) A001 (略) 第2節 再診料 区分 A002 再診料 1 歯科再診料 <u>53点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 (略) 注1～9 (略) 第2部 入院料等 通則 1～7 (略) 第1節 (略) 第2節 入院基本料等加算 通則	別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>251点</u> 2 (略) 注1～11 (略) A001 (略) 第2節 再診料 区分 A002 再診料 1 歯科再診料 <u>51点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 (略) 注1～9 (略) 第2部 入院料等 通則 1～7 (略) 第1節 (略) 第2節 入院基本料等加算 通則

1・2 (略)

区分

A200～A228 (略)

A228-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

A240 (略)

A241 削除

A242～A245 (略)

A246 地域医療体制確保加算

A250 (略)

第3節・第4節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで (略)

B000-4 歯科疾患管理料 (略)

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

2 (略)

3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

1・2 (略)

区分

A200～A228 (略)

(新設)

A240 (略)

A241 総合評価加算

A242～A245 (略)

(新設)

A250 (略)

第3節・第4節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで (略)

B000-4 歯科疾患管理料 (略)

注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回に限り算定する。

2 (略)

3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

4 (略)

5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

6～11 (略)

12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

4 (略)

5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

6～11 (略)

12 口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、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は、小児口腔機能管理加算として

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の
場合

120点

ロ イ以外の保険医療機関の場合
(削る)

100点

B 0 0 0 - 4 - 2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理
料又は区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患
療養管理料を算定した患者であって、口腔機能
の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、
口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同
意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管
理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場
合に、月1回に限り算定する。

2 入院中の患者に対して管理を行った場合又は
退院した患者に対して退院の日の属する月に管
理を行った場合における当該管理の費用は、第
1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分
の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び
歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関
の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患
者又は当該病棟を退院した患者については、こ
の限りでない。

3 小児口腔機能管理料を算定した月において、
区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機

100点を所定点数に加算する。
(新設)

(新設)

13 口腔機能の低下を来している患者に対して、
口腔機能の回復又は維持を目的として、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
た場合は、口腔機能管理加算として、100点を
所定点数に加算する。

(新設)

能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

(新設)

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つて、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

3 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C

001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、
区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口
腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号
N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定でき
ない。

B000-5 (略)

B000-6 周術期等口腔機能管理料(I)

1・2 (略)

注1 (略)

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

B000-7 周術期等口腔機能管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(II)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B0

B000-5 (略)

B000-6 周術期等口腔機能管理料(I)

1・2 (略)

注1 (略)

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

B000-7 周術期等口腔機能管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(II)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番

04-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、
区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療
養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる
在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N
002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月にお
いて、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患
管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小
児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3
に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に
掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B0
04-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、
区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連
携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科
疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げ
る在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号
N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できな
い。

B001~B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 170点

注1~4 (略)

B003 特定薬剤治療管理料 (略)

注1~3 (略)

4 バンコマイシンを投与している患者であって
、同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの
濃度を測定し、その測定結果に基づき、投与量
を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治
療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定

号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療
時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯
科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

注1 (略)

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

B001~B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 150点

注1~4 (略)

B003 特定薬剤治療管理料 (略)

注1~3 (略)

4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った
場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定す
べき月に限り、280点を所定点数に加算する。

点数に加算する。

5 注4に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

B004～B004-1-3 (略)

B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

1・2 (略)

注1 1については、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に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、入院中2回に限り算定する。

2 2については、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に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、入院中2回に限り算定する。

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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院の医師又は管理栄養士等と共有した場合に、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。

(新設)

B004～B004-1-3 (略)

B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

1・2 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に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、入院中2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基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に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、入院中2回に限り算定する。

(新設)

B 0 0 4 - 1 - 5	外来緩和ケア管理料	(略)
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して注るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して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)	
B 0 0 4 - 1 - 6	外来リハビリテーション診療料	
1	外来リハビリテーション診療料 1	73点
2	外来リハビリテーション診療料 2	110点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 7	外来放射線照射診療料	297点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 2～B 0 0 6 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 2	がん治療連携指導料	(略)
注 1	(略)	
2	注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)、 <u>区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号 B 0 1 1 - 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。</u>	
3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 4	療養・就労両立支援指導料	
1	初回	800点
2	2回目	400点
注 1	1 については、別に厚生労働大臣が定める疾	

B 0 0 4 - 1 - 5	外来緩和ケア管理料	(略)
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して注るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和 ^{どう} ケアを要する入院中の患者以外の患者（ <u>がん性疼痛</u> の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して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)	
B 0 0 4 - 1 - 6	外来リハビリテーション診療料	
1	外来リハビリテーション診療料 1	72点
2	外来リハビリテーション診療料 2	109点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 7	外来放射線照射診療料	292点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 2～B 0 0 6 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 2	がん治療連携指導料	(略)
注 1	(略)	
2	注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I) <u>及び</u> 区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。	
3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 4	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	(新設)	
	(新設)	
注 1	<u>がんと診断された患者（産業医が選任されて</u>	

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産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は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治療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 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B007～B011 (略)

B011-2 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は他の保険医療機関から紹介された別に厚生労働大臣が定める患者について、当該

いる事業場において就労しているものに限る。)について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、産業医に対し、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治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

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保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

(新設)

3 (略)

B007～B011 (略)

B011-2 削除

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。

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、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。

3 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)（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 (略)

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注1 (略)

2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

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)

B011-3 (略)

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注 (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 1～12 (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以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 261点

ロ 再診時 53点

14・15 (略)

～C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 1及び2以外の場合 200点

注 1～6 (略)

7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

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)

注 1～12 (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以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 251点

ロ 再診時 51点

14・15 (略)

～C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 1及び2以外の場合 190点

注 1～6 (略)

7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

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)

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
1～3 (略)

注1 (略)

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(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号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 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B00

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)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1～3 (略)

注1 (略)

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(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I011-3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 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B00

0-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4～7 (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1～2 (略)

3 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4・5 (略)

6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施

2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4～7 (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1～2 (略)

3 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4・5 (略)

(新設)

(新設)

設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

C002～C006 (略)

C007 在宅患者連携指導料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)を算定している患者については算定できない。

C008 (略)

第3部 検査

通則

1～5 (略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D011-3 (略)

D011-4 小児口唇閉鎖力検査(1回につき) 100点

注 小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

D012 舌圧検査(1回につき) (略)

注1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 (略)

D013 (略)

D014 睡眠時歯科筋電図検査(一連につき) 580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

C002～C006 (略)

C007 在宅患者連携指導料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)

又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料を算定している患者については算定できない。

C008 (略)

第3部 検査

通則

1～5 (略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D011-3 (略)

(新設)

D012 舌圧検査(1回につき) (略)

注1 舌圧測定を行った場合は、6月に1回に限り算定する。

2 (略)

D013 (略)

(新設)

療機関において、睡眠時筋電図検査を行った場合に算定する。

第2節 (略)

第4部 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点

ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点

2 (略)

注 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～5 (略)

6 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

第6節 調剤技術基本料

第2節 (略)

第4部 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点

ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点

2 (略)

注 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～5 (略)

6 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 6点

ロ 一般名処方加算2 4点

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 (略)
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注 1～4 (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、G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 4 に掲げる点滴注射、G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射又は G 0 0 6 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) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 (略)
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注 1～4 (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、G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 4 に掲げる点滴注射、G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射又は G 0 0 6 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) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
② 15歳以上 (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、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)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。

8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～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 (略)

注1～4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
② 15歳以上 (略)

(新設)

7 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～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) 98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) 97点

3 (略)

注1～4 (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

1～4 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、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、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従

第2節～第3節 (略)
第7部 リハビリテーション

通則

1～4 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限り、)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1
単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1
単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1
単位) 60点

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する

(新設)

(新設)

(新設)

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単
位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単
位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単
位) 46点

5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数

施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

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点を所定点数に加算する。

(削る)

(削る)

4 (略)

H001-2~H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

1~9 (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000~I000-3 (略)

の100分の80に相当する点数により算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 経口摂取回復促進加算1 185点

ロ 経口摂取回復促進加算2 20点

4 (略)

H001-2~H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

1~9 (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000~I000-3 (略)

I 0 0 1	歯髄保護処置（1歯につき）	
	1・2（略）	
	3 間接歯髄保護処置	<u>34</u> 点
	注1・2（略）	
<u>I 0 0 1-2</u>	<u>象牙質レジンコーティング（1歯につき）</u>	<u>46</u> 点
	注 <u>区分番号M 0 0 1の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。</u>	
I 0 0 2～I 0 0 4	（略）	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）	
	1 単根管	<u>230</u> 点
	2 2根管	<u>422</u> 点
	3 3根管以上	<u>596</u> 点
	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、 <u>42</u> 点、 <u>234</u> 点又は <u>408</u> 点を算定する。	
	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、 <u>80</u> 点、 <u>272</u> 点又は <u>446</u> 点を算定する。	
	3（略）	
I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）	
	1 単根管	<u>156</u> 点
	2 2根管	<u>306</u> 点
	3 3根管以上	<u>446</u> 点
	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</u> 点
	2 2根管	<u>38</u> 点

I 0 0 1	歯髄保護処置（1歯につき）	
	1・2（略）	
	3 間接歯髄保護処置	<u>30</u> 点
	注1・2（略）	
	（新設）	
I 0 0 2～I 0 0 4	（略）	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）	
	1 単根管	<u>228</u> 点
	2 2根管	<u>418</u> 点
	3 3根管以上	<u>588</u> 点
	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、 <u>40</u> 点、 <u>230</u> 点又は <u>400</u> 点を算定する。	
	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、 <u>78</u> 点、 <u>268</u> 点又は <u>438</u> 点を算定する。	
	3（略）	
I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）	
	1 単根管	<u>150</u> 点
	2 2根管	<u>300</u> 点
	3 3根管以上	<u>438</u> 点
	注（略）	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
	1 単根管	<u>28</u> 点
	2 2根管	<u>34</u> 点

	3 3根管以上	54点
	注 (略)	
I 0 0 8	根管充填 (1歯につき)	
	1・2 (略)	
	3 3根管以上	122点
	注 (略)	
I 0 0 8 - 2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
	1・2 (略)	
	3 3根管以上	208点
	注 1・2 (略)	
	3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。 <u>ただし、区分番号 I 0 2 1 に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。</u>	
	(外科後処置)	
I 0 0 9 ~ I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1 スケーリング (3分の1顎につき)	72点
	2・3 (略)	
	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(I)、 <u>区分番号 I 0 1 1 - 2 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(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</u>	

	3 3根管以上	46点
	注 (略)	
I 0 0 8	根管充填 (1歯につき)	
	1・2 (略)	
	3 3根管以上	114点
	注 (略)	
I 0 0 8 - 2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
	1・2 (略)	
	3 3根管以上	200点
	注 1・2 (略)	
	3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>4根管又は槌状根に対して</u> 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	
	(外科後処置)	
I 0 0 9 ~ I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1 スケーリング (3分の1顎につき)	68点
	2・3 (略)	
	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(I)又は区分番号 I 0 1 1 - 2 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(II)を開始した日以降は、算定できない。	

以降は、算定できない。

4・5 (略)

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)

1～3 (略)

注1～4 (略)

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(II)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 歯周病安定期治療(I)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 - 3 歯周病重症化予防治療

<u>1</u>	<u>1 歯以上10歯未満</u>	<u>150点</u>
<u>2</u>	<u>10歯以上20歯未満</u>	<u>200点</u>
<u>3</u>	<u>20歯以上</u>	<u>300点</u>

注1 2回目以降の区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。

3 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 3 (略)

(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)

4・5 (略)

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 歯周病安定期治療(II)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(II)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 歯周病安定期治療(I)を算定した月は算定できない。

(新設)

I 0 1 1 - 3 (略)

(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		(略)	
I 0 2 1		根管内異物除去 (1 歯につき)	(略)
		<u>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、歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400 点を所定点数に加算する。なお、第 4 部に掲げる歯科用 3 次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u>	
I 0 2 2 ~ 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・2	(略)	
		注 1	(略)
	2	1 について、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月 2 回に限り算定する。	
	3・4	(略)	
	5	周術期等専門的口腔衛生処置 1 又は周術期等専門的口腔衛生処置 2 を算定した日の属する月において、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、 <u>区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号 I 0 3 0 - 2 に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜</u>	

	1	(略)	
	2	困難なもの	36点
	3	著しく困難なもの	60点
I 0 2 0		(略)	
I 0 2 1		根管内異物除去 (1 歯につき)	(略)
		(新設)	
I 0 2 2 ~ 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・2	(略)	
		注 1	(略)
	2	1 について、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)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。	
	3・4	(略)	
	5	周術期等専門的口腔衛生処置 1 又は周術期等専門的口腔衛生処置 2 を算定した日の属する月において、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及び区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。	

処置は、別に算定できない。

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）（略）

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I 0 3 0 - 2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

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 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I 0 2 9に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理

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）（略）

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

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） 68点

注1 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I 0 2 9に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月1回に限り算定する。

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(I)、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(II)、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 経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜処置等を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置、区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療、区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(II)、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 1 1 - 3 に掲げる歯周基本治療処置、区分番号 I 0 2 9 に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、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及び区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

I 0 3 1 (略)

第2節～第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～10 (略)

11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤

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(I)、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 2 に掲げる歯周病安定期治療(II)又は区分番号 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を算定した月は算定できない。

(新設)

I 0 3 1 (略)

第2節～第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～10 (略)

11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤

麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

12～16 (略)

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

1～3 (略)

4 埋伏歯

1,054点

注1・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～J041 (略)

J042 下顎骨悪性腫瘍手術

1 (略)

2 切断（おとがい部を含むもの）

79,270点

3 切断（その他のもの）

(略)

J043～J079 (略)

J080 顎関節授動術

1 徒手的授動術

イ 単独の場合

440点

ロ パンピングを併用した場合

(略)

ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合

(略)

2・3 (略)

J080-2 顎関節人工関節全置換術

59,260点

J081～J084-2 (略)

J085 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満

1,260点

麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

12～16 (略)

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

1～3 (略)

4 埋伏歯

1,050点

注1・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、100点を所定点数に加算する。

4 (略)

J000-2～J041 (略)

J042 下顎骨悪性腫瘍手術

1 (略)

(新設)

2 切断

(略)

J043～J079 (略)

J080 顎関節授動術

1 徒手的授動術

(新設)

イ パンピングを併用した場合

(略)

ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合

(略)

2・3 (略)

(新設)

J081～J084-2 (略)

J085 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満

1,020点

2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	4,300点
	注1・2 (略)	
J086～J092	(略)	
J093	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	94,460点
J094・J095	(略)	
J096	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	131,310点
J097～J105	(略)	
J106	気管切開術	3,080点
J107	気管切開孔閉鎖術	1,250点
J108～J110	(略)	
	第2節 (略)	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J200-3～J200-4-2	(略)	
J200-4-3	超音波切削機器加算	1,000点
	注 区分番号J069、J075及びJ075-2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に加算する。	
J200-4-4	口腔粘膜蛍光観察評価加算	200点
	注 区分番号J018に掲げる手術に当たって、口腔粘膜蛍光観察機器を使用した場合に加算する。	
J200-5	画像等手術支援加算	
	1・2 (略)	
	注1 (略)	
	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。	

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	3,580点
	注1・2 (略)	
J086～J092	(略)	
J093	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	92,460点
J094・J095	(略)	
J096	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	127,310点
J097～J105	(略)	
J106	気管切開術	2,570点
J107	気管切開孔閉鎖術	1,040点
J108～J110	(略)	
	第2節 (略)	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J200-3～J200-4-2	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
J200-5	画像等手術支援加算	
	1・2 (略)	
	注1 (略)	
	2 2については、区分番号J019の2、J038からJ040まで、J042、J043、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	

第4節～第6節 (略)
第10部 麻酔

通則

1～5 (略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K002 (略)

K003 静脈内鎮静法 600点

注 区分番号K002に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

K004 歯科麻酔管理料 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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が行った場合に算定する。

第2節・第3節 (略)

第11部 放射線治療

通則

1～3 (略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L002 (略)

L003 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

12,000点

ロ (略)

に算定する。

第4節～第6節 (略)

第10部 麻酔

通則

1～5 (略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K002 (略)

K003 静脈内鎮静法 120点

注 区分番号K002に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

(新設)

第2節・第3節 (略)

第11部 放射線治療

通則

1～3 (略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L002 (略)

L003 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

10,000点

ロ (略)

- 3 (略)
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） (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保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。

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 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合
所定点数の100分の70に相当する点数

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M02

- 3 (略)
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） (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保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

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 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合
所定点数の100分の70に相当する点数

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。）、区分番号M006（2のロに限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM0

6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 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ (略)

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 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2の口及びハに限る。)、M003-3、M006(2の口に限る。)、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)

30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 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ (略)

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 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2の口及びハに限る。)、M006(2の口に限る。)、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	生活歯歯冠形成	
	イ・ロ (略)	
	ハ 既製冠	(略)
2	失活歯歯冠形成	
	イ・ロ (略)	
	ハ 既製冠	(略)
3	(略)	
	注1～11 (略)	
M001-2	う蝕歯即時充填形成(1歯につき)	128点
	注1・2 (略)	
M001-3・M002	(略)	
M002-2	支台築造印象(1歯につき)	34点
	注 (略)	
M003・M003-2	(略)	
M003-3	咬合印象	140点
M004	(略)	
M005	装着	
	1～3 (略)	
	注1 (略)	
	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、接着冠ごとに45点を所定点数に加	
	算する。	
	3 (略)	
M005-2～M008	(略)	
	(歯冠修復)	

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	生活歯歯冠形成	
	イ・ロ (略)	
	ハ 乳歯金属冠	(略)
2	失活歯歯冠形成	
	イ・ロ (略)	
	ハ 乳歯金属冠	(略)
3	(略)	
	注1～11 (略)	
M001-2	う蝕歯即時充填形成(1歯につき)	126点
	注1・2 (略)	
M001-3・M002	(略)	
M002-2	支台築造印象(1歯につき)	32点
	注 (略)	
M003・M003-2	(略)	
	(新設)	
M004	(略)	
M005	装着	
	1～3 (略)	
	注1 (略)	
	(新設)	
	2 (略)	
M005-2～M008	(略)	
	(歯冠修復)	

M009	充填（1歯につき）	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	<u>106</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>158</u> 点
	2 (略)	
	注1・2 (略)	
M010～M014	(略)	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	<u>124</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>176</u> 点
	2 (略)	
M015-2～M016-2	(略)	
	(欠損補綴)	
M016-3	既製金属冠（1歯につき）	<u>200</u> 点
M017	ポンティック（1歯につき）	(略)
	注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 大白歯部の場合	<u>60</u> 点
M017-2	(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	<u>588</u> 点
	ロ 5歯から8歯まで	<u>724</u> 点
	ハ 9歯から11歯まで	<u>962</u> 点
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,391</u> 点
	2 総義歯（1顎につき）	<u>2,172</u> 点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	

M009	充填（1歯につき）	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	<u>104</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>156</u> 点
	2 (略)	
	注1・2 (略)	
M010～M014	(略)	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	<u>104</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>156</u> 点
	2 (略)	
M015-2～M016-2	(略)	
	(欠損補綴)	
	(新設)	
M017	ポンティック（1歯につき）	(略)
	注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 大白歯部の場合	<u>50</u> 点
M017-2	(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	<u>584</u> 点
	ロ 5歯から8歯まで	<u>718</u> 点
	ハ 9歯から11歯まで	<u>954</u> 点
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,382</u> 点
	2 総義歯（1顎につき）	<u>2,162</u> 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・3	（略）	
M021-2	コンビネーション鉤（1 個につき） （削る）	（略）
M022	（略）	
M023	バー（1 個につき）	
1	鑄造バー	454点
2	屈曲バー	264点
注	（略）	
M024~M025-2	（略） （その他の技術）	
M026	補綴隙（1 個につき）	65点
注	（略）	
M027・M028	（略） （修理）	
M029	有床義歯修理（1 床につき）	252点
注1~4	（略）	
M030	有床義歯内面適合法	
1・2	（略）	
注1	2については、下顎総義歯又は区分番号M0 25に掲げる口蓋補綴、顎補綴に限る。	

イ	1 歯から4 歯まで	652点
ロ	5 歯から8 歯まで	878点
ハ	9 歯から11歯まで	1,094点
ニ	12歯から14歯まで	1,712点
2	総義歯（1 顎につき）	2,722点
M020	鑄造鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	246点
2	二腕鉤	228点
M021	線鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	212点
2・3	（略）	
M021-2	コンビネーション鉤（1 個につき） 注 二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤と線 鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。	（略）
M022	（略）	
M023	バー（1 個につき）	
1	鑄造バー	450点
2	屈曲バー	260点
注	（略）	
M024~M025-2	（略） （その他の技術）	
M026	補綴隙（1 個につき）	60点
注	（略）	
M027・M028	（略） （修理）	
M029	有床義歯修理（1 床につき）	240点
注1~4	（略）	
M030	有床義歯内面適合法	
1・2	（略）	
注1	2については、下顎総義歯に限る。	

2～5 (略)
M031～M041 (略)
第2節・第3節 (略)
第13部 歯科矯正

通則

1・2 (略)
第1節 歯科矯正料

区分

N000・N001 (略)
N002 歯科矯正管理料 (略)
注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)
N003～N028 (略)
第2節 (略)
第14部 病理診断

通則

1・2 (略)
O000 口腔病理診断料(歯科診療に係るものに限る。)
1・2 (略)
注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科

2～5 (略)
M031～M041 (略)
第2節・第3節 (略)
第13部 歯科矯正

通則

1・2 (略)
第1節 歯科矯正料

区分

N000・N001 (略)
N002 歯科矯正管理料 (略)
注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)
N003～N028 (略)
第2節 (略)
第14部 病理診断

通則

1・2 (略)
O000 口腔病理診断料(歯科診療に係るものに限る。)
1・2 (略)
注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科

医師又は医師が勤務する病院若しくは病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が勤務する診療所である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

- 2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院若しくは病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が勤務する診療所である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断

医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

- 2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に

を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

3～5 (略)

〇〇〇1 (略)

基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

3～5 (略)

〇〇〇1 (略)

改正後	改正前
<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 1～3 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局 (財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。) による処方箋受付回数 <u>3万5千回</u> を超え40万回以下の場合 (略) ロ (略) 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> を算定する。 3 <u>複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p>	<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 1～3 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局 (財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。) による処方箋受付回数 <u>4万回</u> を超え40万回以下の場合 (略) ロ (略) 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>11点</u> を算定する。 (新設)</p>

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。

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	<u>15点</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	(略)
ハ 後発医薬品調剤体制加算 3	<u>28点</u>

7～9 (略)

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。

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35点を加算する。

5 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	<u>18点</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	(略)
ハ 後発医薬品調剤体制加算 3	<u>26点</u>

6～8 (略)

9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8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に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、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。

0 1 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 (略)
- 注1～3 (略)
- 2～6 (略)
- 第2節 薬学管理料

区分

1 0 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。

0 1 調剤料

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
- イ 14日分以下の場合
- (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
- (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
- ロ 15日分以上21日分以下の場合 67点
- ハ 22日分以上30日分以下の場合 78点
- ニ 31日分以上の場合 (略)
- 注1～3 (略)
- 2～6 (略)
- 第2節 薬学管理料

区分

1 0 薬剤服用歴管理指導料

- 1 原則6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 41点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53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 41点
- (新設)

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、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。

イ～ホ (略)

2 (略)

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、医科点数表の区分番号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・5 (略)

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、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、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

イ～ホ (略)

2 (略)

(新設)

3・4 (略)

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として、10点を所定点数に加算する。

(新設)

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 (略)

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、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 1 5 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 0 0 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、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している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、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 1 5 の 5

6 (略)
(新設)

(新設)

に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11・12 (略)

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。

11～13 (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点

注1～3 (略)

4 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。

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、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、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、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

7・8 (略)

9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2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3から注6までに規定する加算は算定できない。

11～13 (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 73点

注1～3 (略)

4 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として、10点を所定点数に加算する。

(新設)

15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

6・7 (略)

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、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 (略)

14・14の2 (略)

5・6 (略)

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 281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 (略)

14・14の2 (略)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 服用薬剤調整支援料 1 125点

2 服用薬剤調整支援料 2 100点

注 1 1 については、6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が 2 種類以上減少した場合に、月 1 回に限り所定点数を算定する。

2 2 については、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。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3 月に 1 回に限り所定点数を算定する。

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、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 57 点を算定する。この場合において、保険薬剤師 1 人につき、週 10 回に限り算定できる。

3～6 (略)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

125点

(新設)

(新設)

注 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が 2 種類以上減少した場合に、月 1 回に限り所定点数を算定する。

(新設)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注 1 (略)

(新設)

2～5 (略)

<p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p><u>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合</u> 500点</p> <p><u>2 1以外の場合</u> 200点</p> <p>注1 <u>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。</u></p> <p>2～5 (略)</p> <p>15の3～15の6 (略)</p> <p><u>15の7 経管投薬支援料</u> 100点</p> <p>注 <u>胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている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、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。</u></p> <p>16～19 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p>	<p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>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、月4回に限り算定する。</p> <p>2～5 (略)</p> <p>15の3～15の6 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>16～19 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p>
--	---

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 1～3 (略) 区分 01 訪問看護基本療養費(1日につき) 1 訪問看護基本療養費(I) イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く。) (1)・(2) (略) ロ・ハ (略) <u>ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</u> <u>5,550円</u> 2 訪問看護基本療養費(II) イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く。) (1)・(2) (略) ロ・ハ (略) <u>ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</u> <u>合</u> (1) <u>同一日に2人</u> <u>5,550円</u> (2) <u>同一日に3人以上</u> <u>2,780円</u> 3 訪問看護基本療養費(III) (略) 注1 1 <u>(ハを除く。)</u>については、指定訪問看護を受けようとする者(注3に規定する同一建物居住者を除く。)に対して、その主治医(健康保険法第63条</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 1～3 (略) 区分 01 訪問看護基本療養費(1日につき) 1 訪問看護基本療養費(I) イ 保健師、助産師、<u>看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士</u>による場合(ハを除く。) (1)・(2) (略) ロ・ハ (略) (新設) 2 訪問看護基本療養費(II) イ 保健師、助産師、<u>看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士</u>による場合(ハを除く。) (1)・(2) (略) ロ・ハ (略) (新設) 3 訪問看護基本療養費(III) (略) 注1 1のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者(注3に規定する同一建物居住者を除く。) 。)に対して、その主治医(健康保険法第63条第3</p>

第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）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。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(I)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

2 （略）

3 2 （ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(I)（ハを除く。）並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(I)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度（注

項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）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。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(I)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

2 （略）

3 2 のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(I)（ハを除く。）並びに区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費(I)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度（注1に

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に対する場合を除く。)として算定する。

4～6 (略)

7 1及び2(いずれもハを除く。)については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人	4,500円
(2) 同一建物内2人	4,500円
(3) 同一建物内3人以上	4,000円

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人	8,000円
(2) 同一建物内2人	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。

規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。)として算定する。

4～6 (略)

7 1及び2(いずれもハを除く。)については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。

(新設)

(新設)

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) <u>同一建物内 1 人</u>	<u>4,500円</u>
	(2) <u>同一建物内 2 人</u>	<u>4,500円</u>
	(3) <u>同一建物内 3 人以上</u>	<u>4,000円</u>
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) <u>同一建物内 1 人</u>	<u>3,800円</u>
	(2) <u>同一建物内 2 人</u>	<u>3,800円</u>
	(3) <u>同一建物内 3 人以上</u>	<u>3,400円</u>
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) <u>同一建物内 1 人</u>	<u>3,000円</u>
	(2) <u>同一建物内 2 人</u>	<u>3,000円</u>
	(3) <u>同一建物内 3 人以上</u>	<u>2,700円</u>
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 <u>同一建物内 1 人</u>	<u>3,000円</u>
	② <u>同一建物内 2 人</u>	<u>3,000円</u>
	③ <u>同一建物内 3 人以上</u>	<u>2,700円</u>
	(2) 1日に2回の場合	
	① <u>同一建物内 1 人</u>	<u>6,000円</u>
	② <u>同一建物内 2 人</u>	<u>6,000円</u>
	③ <u>同一建物内 3 人以上</u>	<u>5,400円</u>
	(3) 1日に3回以上の場合	

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	<u>4,500円</u>
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
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	<u>3,800円</u>
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
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。）	<u>3,000円</u>
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
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	<u>3,000円</u>
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(2) 1日に2回の場合	<u>6,000円</u>
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(3) 1日に3回以上の場合	<u>10,000円</u>

	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・14 (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	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	

		(新設)
		(新設)
		(新設)
	13・14 (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	4,500円
		(新設)
		(新設)
		(新設)
	(2) 1日に2回の場合	9,000円
		(新設)
		(新設)
		(新設)
	(3) 1日に3回以上の場合	14,500円
		(新設)
		(新設)

	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
	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

	(新設)	
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	3,800円
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(2) 1日に2回の場合	7,600円
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(3) 1日に3回以上の場合	12,400円
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
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	3,000円
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	

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(ハを除く。)又は2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、それぞれ4,500円又は8,000

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) <u>同一建物内1人</u> | <u>4,500円</u> |
| (2) <u>同一建物内2人</u> | <u>4,500円</u> |
| (3) <u>同一建物内3人以上</u> | <u>4,000円</u> |

ロ 1日に3回以上の場合

- | | |
|----------------------|---------------|
| (1) <u>同一建物内1人</u> | <u>8,000円</u> |
| (2) <u>同一建物内2人</u> | <u>8,000円</u> |
| (3) <u>同一建物内3人以上</u> | <u>7,200円</u> |

11 (略)

02 (略)

03 訪問看護情報提供療養費

1～3 (略)

注1 (略)

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、保育所、学校教育法（昭和22年法律第26号）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「保育所等」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、当該保育所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保育所等に初めて在籍することとなる月については、当該保育所等につき月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、当該保育所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。

円を所定額に加算する。

(新設)

(新設)

11 (略)

02 (略)

03 訪問看護情報提供療養費

1～3 (略)

注1 (略)

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、学校教育法（昭和22年法律第26号）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（以下「義務教育諸学校」という。）への入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校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、当該義務教育諸学校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)
0 4 · 0 5 (略)

3 (略)
0 4 · 0 5 (略)

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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>1 (略)</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの</p> <p>イ～ヌ (略)</p> <p>ル <u>K 7 0 9 - 6 同種死体^{すい}髒島移植術</u></p> <p>ヲ～タ (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</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料 1 から 4 まで及び地域包括ケア入院医療管理料 1 から 4 までを算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。）</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表を次のように改める。</p> <p>別表</p> <p>1 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの</p> <p>イ～ヌ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ル～ヨ (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</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>(1) <u>地域包括ケア病棟入院料 1 から 4 まで</u></p> <p>(2) <u>地域包括ケア入院医療管理料 1 から 4 まで（当該入院医療管理料を算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。）</u></p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>五 その他厚生労働大臣が別に定める者</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表を次のように改める。</p> <p>別表</p> <p>1 (略)</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。

イ (略)

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) (略)

(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206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) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用

(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

2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。

イ (略)

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) (略)

(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206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A250までに掲げる費用

(3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用

(4) 医学管理等の費用のうち、通則、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB014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、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、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(4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

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

(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・4 (略)

(略)	(略)
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 (略) 注1 (略) 2 <u>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</u>

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

(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、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・4 (略)

(略)	(略)
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 (略) 注 (略) (新設)

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。

(略) (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。

(略) (略)

区分番号A 特定集中治療室管理料

(新設)

(略) (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。

(略) (略)

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

(略)

注1 (略)

2 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。

301に掲げる特定集中治療室管理料

(略)

注 (略)
(新設)

(新設)

(略)	(略)
-----	-----

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。

(略)	(略)
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料区分番	特定集中治療室管理料 (略) 注1 (略) 2 <u>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H0</u>

(略)	(略)
-----	-----

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。

(略)	(略)
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料区分番	特定集中治療室管理料 (略) 注 (略) (新設)

	<p>07-2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。</p> <p>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。</p>
(略)	(略)
7～14 (略)	
15	<p>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。</p>
16～20 (略)	

	(新設)
(略)	(略)
7～14 (略)	
15	<p>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。</p>
16～20 (略)	

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）
 【令和二年四月一日施行】

改正後	改正前
<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金等の受領）</p> <p>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。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>（入院）</p>	<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金等の受領）</p> <p>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）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（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（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>（入院）</p>

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、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の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。

ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

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

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方せん^イの交付

イ 処方せん^イの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。

ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せん^イの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

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・二 (略)

三 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。

ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

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

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

(一) (略)

(二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(略)

(略)

七
九 (3) (略)

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 処方せん^イの交付

イ 処方せん^イの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。

ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せん^イの交付に関しては、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

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

(一) (略)

(二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(略)

(略)

七
九 (3) (略)

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号		・ (枝番)	
受 診 者	氏 名			有効期限		令和 年 月 日	
	生年月日			被保険者氏名			
	住 所			資格取得		昭和 平成 令和	
	職 業			所在地		電話 局 番	
			被保険者との続柄		所在地		
			保 險 者		電話 局 番		
			名 称		名 称		
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見			入 院 期 間		
		意見書に記入した労務不能期間			意 見 書 交 付		
		自 至	月 日 日間	年 月 日	自 至	月 日 日間	
		自 至	月 日 日間	年 月 日	自 至	月 日 日間	
		自 至	月 日 日間	年 月 日	自 至	月 日 日間	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						

歯 科 診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号		(枝番)	
受 診 者	氏 名			有 効 期 限		令和 年 月 日	
	生 年 月 日		明大昭平令 年 月 日生	被 保 険 者 氏 名		資 格 取 得	
	住 所		電話 局 番	事 業 所 在 地		昭和 平成 令和 年 月 日	
	職 業		被保険者との続柄	保 険 者 所 在 地		電 話 局 番	
				名 称		電 話 局 番	
部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 上 右 左 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; height: 100px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 下 </div>	
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見				入 院 期 間	
		意見書に記入した労務不能期間		意 見 書 交 付			
		自 至 月 日 日間		年 月 日		自 至 月 日 日間	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考							

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号					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					(印)		
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名							
				都道府県番号	点数表 番号	医療機関 コード						

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。
--------	------	--

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	(印)	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。

処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の__回目

公費負担者番号						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 (印)						
		都道府県番号		点数表 番号	医療機関 コード							

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

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。
--------	------	--

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	(印)	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。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

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）
 【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

改正後	改正前
<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>一 健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。） 第三条第十三項に規定する電子資格確認</p> <p>二 患者の提出する被保険者証</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、第三条第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。</p>	<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。</p>

改正後	改正前
<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。</p> <p>（処方箋等の保存）</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方箋に基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めて</p>	<p>（処方せんの確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。</p> <p>（処方せん等の保存）</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方せんに基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認</p>

いるときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

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）
 【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

改正後	<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p>
改正前	<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p>

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）

【令和二年四月一日施行】

<p>改正後</p>	<p>附則</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することでするものとする。</p> <p>2 (略)</p>
<p>改正前</p>	<p>附則</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を交付することを要しない。</p> <p>2 (略)</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）

【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

<p>改正後</p>	<p>（受給資格の確認） 第八条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合は、次に掲げるいずれかの方法によって、指定訪問看護を受ける資格があることを確認しなければならない。</p> <p>一 健康保険法第十三条第三項に規定する電子資格確認 二 指定訪問看護を受けようとする者の提示する健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）第四十七条第一項に規定する被保険者証又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第五十四条第三項に規定する被保険者証</p>
<p>改正前</p>	<p>（受給資格の確認） 第八条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合は、その者の提示する健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）第四十七条第一項に規定する被保険者証又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第五十四条第三項に規定する被保険者証によって、指定訪問看護を受ける資格があることを確認しなければならない。</p> <p>（新設） （新設）</p>

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）
 【令和二年四月一日施行】

改正後	改正前
<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金の受領等）</p> <p>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。）及び同法第四条の二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・二（略）</p> <p>4（略）</p>	<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金の受領等）</p> <p>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）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（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（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二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・二（略）</p> <p>4（略）</p>

(入院)

2 第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、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の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 (略)

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 三 (略)

四 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬

(入院)

2 第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 (略)

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 三 (略)

四 処方せん^イの交付

イ 処方せん^イの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬

- 局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方箋を交付してはならない。
- 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。
- 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。

- 一〇三 （略）
- 四 処方箋の交付
- イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- 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
- (一) (略)
- (二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。
- (3) (略)
- 八〇九 （略）

- 局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならない。
- ハ イ及びロによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。
- 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。

- 一〇三 （略）
- 四 処方せんの交付
- イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ イによるほか、処方せんの交付に関しては、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
- (一) (略)
- (二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。
- (3) (略)
- 八〇九 （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、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方箋の確認)

- 第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方箋等の保存)

- 第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

- 第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方箋に基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 (略)

- 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医

(処方せんの交付)

- 第二十三条 保険医は、処方せんに交付する場合には、健康保険の例により、処方せんに必要な事項を記載しなければならない。
- 2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方せんの確認)

- 第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが保険医が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方せん等の保存)

- 第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

- 第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方せんに基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 (略)

- 3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後

薬品を調剤するよう努めなければならない。

発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

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）
 【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

改正後	改正前
<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p>一 健康保険法第十三項に規定する電子資格確認</p> <p>二 患者の提出する被保険者証</p> <p>2 （略）</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、第三条第一項第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対して行った療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。</p> <p>（処方箋の確認）</p> <p>第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の</p>	<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提示する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提示することができない患者であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p>2 （略）</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、患者に対して行った療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。</p> <p>（処方箋の確認）</p> <p>第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確</p>

提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。

かめなければならない。

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の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）

【令和二年四月一日施行】

<p style="text-align: center;">改正後</p>	<p style="text-align: center;">附則</p> <p>第二条 新療担基準第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は新療担基準第二十六条の五の二第一項に規定する保険薬局において、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することとする。</p> <p>2 (略)</p>
<p style="text-align: center;">改正前</p>	<p style="text-align: center;">附則</p> <p>第二条 新療担基準第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は新療担基準第二十六条の五の二第一項に規定する保険薬局において、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を交付することを要しない。</p> <p>2 (略)</p>

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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）
【令和二年四月一日施行】

改正後	改正前
<p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十 (略)</p> <p>十一 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給</p>	<p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十 (略)</p> <p>(新設)</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）
【令和二年四月一日施行】

改正後		改正前	
別表第一		別表第一	
(略)	(略)	(略)	(略)
水晶体再建に眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズを使用した療養	水晶体再建に眼内レンズ（その他のものに限る。）を使用した療養	(新設)	(新設)

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、医薬品医療機器等法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づき承認された用法及び用量(以下単に「用法及び用量」という。)に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

3 一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日平均の数量をいう。

4 投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

5 剤形区分

剤形区分とは、別表1に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

6 薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

7 薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

8 新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

9 新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

イ 医薬品医療機器等法第14条の4第1項（同法第19条の4において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとされた新規収載品

ロ 組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のものともみなす。）の既収載品（イに規定する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、イに規定する既収載品について、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、必要と認められるときは、イに規定す
る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（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であって、必要があると認められるときは、当該資料を勘案し計算された額を薬価とするもの）をいう。

この場合において、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 $-50\% \sim 0\%$ 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の規定に基づき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）、小児加算及び先駆け審査指定制度加算をいう。

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）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 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）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小児加算の適用を受けていないこと。

30 先駆け審査指定制度加算

先駆け審査指定制度加算とは、先駆け審査指定制度の対象品目として厚生労働省から指定された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。

31-1 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。)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。

31-2 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(31-1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

32 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

33 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、イの規定のうち「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、イの規定のうち「100分の50を乗じて得た額」及び「100分の40を乗じて得た額」をそれぞれ、「100分の70を乗じて得た額」及び「100分の60を乗じて得た額」に読み替えて算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ 有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算（Ⅱ）の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算（Ⅱ）を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ホ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100 分の 50（イのただし書に該当する場合は、100 分の 40）を乗じて得た額（当該新規後発品がバイオ後続品等に係る特例又は有用性加算（Ⅱ）の適用を受ける場合には、適用後の額）を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

へ 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つて、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式(Ⅰ)又は類似薬効比較方式(Ⅱ)により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

5 新医療用配合剤の薬価算定

(1) 特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するものとする。ただし、抗HIV薬並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかな注射用配合剤及び外用配合剤を除く。

イ 当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品(配合剤(単剤が薬価収載されていない有効成分を含有する配合剤に限る。))を含む。以下「単剤等」という。)があること(ただし、薬価基準に収載されていない有効成分のうち、一般用医薬品の有効成分等新規性がないと判断される有効成分が配合されている場合には、当該有効成分についてはこの限りでない)。

ロ 効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤等の効能及び効果の組合せと同様であると認められること(薬価基準に収載されていない有効成分に係る効能及び効果を除く。)

ハ 当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全ての単剤等の投与形態が同一であること。

(2) 新医療用配合剤の特例

- ① 新医療用配合剤に係る全ての単剤等について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤等（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じて得た額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 単剤等の一日薬価との調整

イに関わらず、イの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤等の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤等の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

(イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

- 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

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、薬価基準に収載されていない有効成分が配合されていない新医療用配合剤とみなして、①～④のいずれかにより算定する。

6 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（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・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、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第1条の規定による改正前の薬事法（以下「旧薬事法」という。）第14条第9項（旧薬事法第19条の2第5項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定により昭和42年10月1日以降に承認された先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品（当該先発品と組成及び剤形区分が同一のもので最も早く薬価収載された類似薬をいう。以下同じ。）の新規収載後5年を経過し、10年を経過しないもののうち、後発品置換え率（組成及び剤形区分が同一である類似薬のうち後発品であるものへの数量ベースでの置換え率をいう。以下同じ。）が80%未満であって、次のいずれにも該当しないものとする。

イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ 漢方製剤及び生薬

ニ 希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ 第8節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品

ヘ 後発品価格（組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬のうち後発品であるものの価格をいう。以下同じ。）のうち最も低いものを下回る医薬品

（2）薬価の改定方式

（1）に該当する品目については、本規定の適用前の価格に対して、次の各号に掲げる区分に従い当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を引き下げる。ただし、改定後の後発品価格のうち最も高いものを引下げの下限とする。

イ 後発品置換え率が50%未満 100分の2

ロ 後発品置換え率が50%以上70%未満 100分の1.75

ハ 後発品置換え率が70%以上80%未満 100分の1.5

2 後発品収載後10年を経過した長期収載品の後発品価格への引下げ

(1) 対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

- ① 先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過したもののうち、次のいずれにも該当しないもの。
 - イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）
 - ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）
 - ハ 漢方製剤及び生薬
 - ニ 希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品
 - ホ 第8節の低薬価品の特例のいずれかに該当する医薬品
 - ヘ 後発品価格のうち最も低いものを下回る医薬品
- ② 先発品であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過していないものうち、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のある品目については、次に掲げる各倍率については、②イからへまでの適用されたことのある倍率のうち最も低い倍率を上限とする。

- イ G1品目に該当してから初めて薬価改定（令和元年度の消費税引上げに伴う薬価改定を除く。以下、この節において同じ。）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

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（G 2）

（1）に該当する品目のうち、G 1 品目以外のもの（以下「G 2 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 G 2 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 G 2 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 G 2 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 G 2 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 G 2 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
- ヘ G 2 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 口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 50%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 50%以上 70%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
- ハ 後発品置換え率が 70%以上 80%未満 本規定の適用前の価格から、当該額に 100 分の 1.5 を乗じて得た額を控除した額

3 既収載の内用配合剤の薬価の改定の特例

（1）対象品目

本規定の対象品目は、第 2 章第 3 部 5 の規定により薬価算定されることとなる内用配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤等（当該既収

載配合剤の比較薬に限る。)が第3節1又は2に該当するものとする。

(2) 薬価の改定方式

(1)に該当する品目については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

イ 当該内用配合剤の収載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤等について薬価改定後の額を反映し、算定した額

ロ 本規定を適用しなかった場合の薬価改定後の額

4 円滑実施措置

本節2の規定の適用について次に掲げる措置を講じる。

(1) 品目ごとに、本規定の適用による引下げ率(本規定の適用前の価格からの本規定の適用後の価格への変化率をいう。)が50%を超えるものについては、50%を上限として本規定を適用する。

(2) 企業ごとに、本規定の適用による影響率(当該企業の医療用医薬品の総売上に対する、本規定の適用により減少すると見込まれる売上の割合をいう。)が5%を超える企業については、当該企業の本規定の適用を受ける全ての品目については、本規定の適用による引下げ率が、次の円滑実施係数を乗じた率となるように本規定を適用する。

$$\text{円滑実施係数} = \frac{\text{影響率} \times 0.5 + 2.5\%}{\text{影響率}}$$

第4節 既収載品の薬価改定時の加算

(1) 対象品目

本規定の対象品目は、次のいずれかに該当する品目とする。

① 小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品

医薬品医療機器等法第14条第9項(同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。以下同じ。)の規定に基づき小児に係る効能又は効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能又は効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

② 希少疾病等に係る効能及び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若しく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。)又は先駆け審査指定制度に指定

された効能又は効果若しくは用法及び用量が追加されたものとする。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 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及び②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（令和元年度の消費税引上げに伴う薬価改定を除く。）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（令和元年度の消費税引上げに伴う薬価改定を除く。）以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大再算定（（3）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は3に規定する用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額とする。

② 効能変更等の承認があった場合であって、薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定（令和元年度の消費税引上げに伴う薬価改定を除く。）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の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額

ただし、当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更等の承認後に限る。）に市場拡大再算定（（3）①に規定する市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）又は用法用量変化再算定（主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品（類似品を含む。）に対するものに限る。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額とする。

(2) 市場拡大再算定の特例

次の全ての要件に該当する既収載品（以下「特例拡大再算定対象品」という。）については、別表6に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改

定する。また、(1)に該当する既収載品については、(1)又は(2)のいずれか低い額とする。

イ 薬価収載の日(効能変更等が承認された既収載品については、当該効能変更等の承認を受けた日)から10年を経過した後の最初の薬価改定(令和元年度の消費税引上げに伴う薬価改定を除く。)を受けていない既収載品

ロ 次のいずれかに該当する既収載品

(イ) 年間販売額が1,500億円を超え、基準年間販売額の1.3倍以上となるもの

(ロ) 年間販売額が1,000億円を超え、基準年間販売額の1.5倍以上となるもの(イを除く。)

(3) 類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表6に定める算式により算定される額に改定する。ただし、本規定の適用前の価格の方が低い額に改定される場合は、当該額に改定することとし、(1)又は(2)に該当する既収載品については、(1)又は(2)により算定される額とする。

① 市場拡大再算定の場合

次のいずれかに該当する既収載品(以下「市場拡大再算定類似品」という。)

イ 当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ 市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

② 市場拡大再算定の特例の場合

特例拡大再算定対象品の薬理作用類似薬であって、次のいずれかに該当する既収載品(以下「特例拡大再算定類似品」という。)

イ 薬価収載の際の比較薬が当該特例拡大再算定対象品である既収載品

ロ 薬価収載の際の比較薬が特例拡大再算定類似品である既収載品

ハ 特例拡大再算定対象品又は特例拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、特例拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

2 効能変化再算定

(1) 主たる効能変化品の再算定

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表 7 に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表 7 の 1 (1) に該当する場合は本規定を適用しない。

- イ 効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品
- ロ 当該変更後の主たる効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がある既収載品

(2) 主たる効能変化品の再算定の特例

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（以下「特例効能変化再算定対象品」という。）については、別表 7 に定めるところにより算定される額に改定する。ただし、別表 7 に定めるところにより算定される額が当該既収載品について効能変化再算定の適用前の額を上回る場合は本規定を適用しない。

- イ 効能変更等がなされた既収載品であって、当該効能変更等が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品
- ロ 当該変更後の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がない既収載品
- ハ 当該変更後の主たる効能及び効果と同一又は類似する効能及び効果を有する既収載品であって、治療上の位置づけ等が類似するもの（以下「参照薬」という。）があり、当該変更後の主たる効能及び効果に係る一日薬価が、参照薬の一日薬価の 10 倍以上となるもの
- ニ 参照薬の年間販売額が 150 億円以上である既収載品
- ホ 主たる効能及び効果の変更に伴い適用対象患者が現に使用されている患者数から最大で 10 倍以上に拡大すると認められる既収載品であって、適用対象患者が最大で 5 万人以上と認められる既収載品
- ヘ 当該変更後の主たる効能及び効果が根治的治療法に該当する既収載品、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗 HIV の効能及び効果を追加した既収載品でないこと。

(3) 主たる効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表 7 に定める算式より算定される額に改定する。

- イ 主たる効能変化品（特例効能変化再算定対象品を含む。以下、本節において同じ。）と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の非汎用規格の既収載品（主たる効能変化品と同様の効能変更等があったものに限る。）
- ロ (1) 又は (2) の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更等があった既収載品

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項の規定に基づき、主たる効能又は効果に係る用法及び用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表 8 に定める算式により算定される額に改定する。

主たる効能又は効果に係る効能変更等に伴い用法及び用量に大幅な変更があった既収載品については、市場規模が 100 億円を超え、かつ、市場規模が効能変更等の承認を受けた日の直前の薬価改定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収載品群の価格帯

次の（1）から（3）までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、各号に掲げる品目ごとに、本規定の適用前の価格を加重平均する。

ただし、改定前の薬価が、各号に掲げる品目の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る品目については、各号ごとに、本規定の適用前の当該品目の価格を別途加重平均する（（1）に掲げる品目を除く。）。

（1）組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに100分の50を乗じて得た額以上の算定額となる既収載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既収載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既収載品であって、前回の薬価改定において（2）又は（3）に該当したものを除く。

（2）次のいずれかに該当するもの。

イ 組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬のうち、本規定の適用前の価格が最も高いものに100分の30を乗じて得た額以上かつ100

分の 50 を乗じて得た額を下回る算定額となる既掲載の後発品。ただし、改定前の薬価が、本号に掲げる既掲載品の本規定の適用前の価格の加重平均値を下回る既掲載品であって、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掲載品のうち、改定前の薬価が（1）に掲げる既掲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掲載品。
- 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）に該当しない既掲載品。

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掲載後 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掲載後 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) 薬価改定の際、次の全ての要件に該当する既掲載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。以下「基礎的医薬品」という。）については、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（当該既掲載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、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（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））とする。

イ 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

ロ 当該既掲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、薬価掲載の日から 25 年を経過しているものがあること

ハ 当該既掲載品と組成及び剤形区分が同一である類似薬がある場合には、当該既掲載品を含む類似薬の平均乖離率が、全ての既掲載品の平均乖離率を超えないこと

ニ 当該既掲載品の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既掲載品の平均乖離率を超えないこと

(2) 基礎的医薬品と組成、剤形区分及び規格が同一の類似薬であって、基礎的医薬品に該当しないものについては、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。

2 不採算品再算定

1 (1) の要件に該当しない既掲載品又は1 (1) の要件に該当する既掲載品のうち、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（当該既掲載品と組成、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。）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 先駆け審査指定制度に指定された医薬品（先駆け審査指定制度に指定された効能若しくは効果又は用法及び用量が追加されたものを含む。）
 - ⑦ 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●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⑦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。

2 改正手続き

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) 令和元年度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 2 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 2 年度薬価改定においては、基礎的医薬品について、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に限るものとする。
- (4) 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等の一部を改正する法律（令和元年法律第 63 号）の施行後の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薬品の指定を受けたもの及び同規定に基づき先駆的医薬品の指定を受けた効能若しくは効果又は用法及び用量が追加されたものは、それぞれ先駆け審査指定制度に指定された医薬品又は

先駆け審査指定制度に指定された効能若しくは効果又は用法及び用量が追加されたものとみなす。

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。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち薬価算定組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

$$\text{加算係数} = 1.0 \quad (\text{開示度} \geq 80\%)$$

$$\text{加算係数} = 0.6 \quad (50\% \leq \text{開示度} < 80\%)$$

$$\text{加算係数} = 0.2 \quad (\text{開示度} < 50\%)$$

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)	$A = 5$
・小児加算	$5 \leq A \leq 20$
・先駆け審査指定制度加算	$10 \leq A \leq 20$

(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（収載時においては本規定適用前のピーク時予測売上高）が50億円を超えるものに限る。）における補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{10,000,000}\right) / \log\left(\frac{5,000,000}{10,000,000}\right)}$$

(ただし、 $P > 10,000,000$)

(注) A：当該再生医療等製品に対して適用される率 (%) (2 (3) に該当する再生医療等製品の場合は、2 (3) により算出された α に100を乗じた値。)

P：補正加算前の価格

(3) 第3章第6節に定める条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例における補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(\frac{X}{20})/\log(\frac{10}{20})}$$

(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若しくは②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

$$\left(\begin{array}{c} \text{新薬創出等加算の} \\ \text{適用前の価格} \end{array} \right) \times \left(\text{全ての既収載品の平均乖離率} - \frac{2}{100} \right) \times \frac{80}{100}$$

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

$$\left(\begin{array}{c} \text{新薬創出等加算の} \\ \text{適用前の価格} \end{array} \right) \times \left(\text{全ての既収載品の平均乖離率} - \frac{2}{100} \right) \times \frac{50}{100}$$

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
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	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

- ※ A-1 については、令和元年9月末時点の数値とし、それ以外の指標については、令和元年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。
- ※ 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 については、先駆け審査指定制度による指定数とする。

（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	最低点数
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 有用性系加算の加算対象となる品目であって、開示度が 50%以上のものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。

② 有用性系加算の加算対象となる品目であって、開示度が 50%未満のものについては、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 有用性系加算の加算対象とならない品目であって、開示度が 50%未満のものについては、薬価収載時における営業利益率を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。

④ 平成 30 年 4 月 1 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、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。

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、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、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。

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薬価の算式

1 (1) 並びに 1 (2) ①及び④に該当する品目は、次の算式により価格調整後の薬価を算出する。なお、価格調整係数 (β) は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の薬価

$$= \text{価格調整前の価格} - \text{価格調整対象} \times (1 - \beta)$$

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薬価とする。

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

(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薬価の算式

1(2)②及び③に該当する品目は、次の算式により価格調整後の薬価を算出する。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。

$$\begin{aligned} & \text{価格調整後の薬価} \\ = & \text{価格調整前の薬価} \quad - \quad \text{有用性系加算部分} \times (1 - \gamma) \\ & \quad - \quad \text{営業利益部分} \times (1 - \theta) \end{aligned}$$

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薬価とする。

② 価格調整係数 (γ)

価格調整係数 (γ) は、（１）②ア及びイに掲げる品目ごとに、それぞれ（１）②ア及びイ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、価格調整係数は 1.0 とする。

(3) 価格調整後の薬価の下限

(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薬価とする。ただし、価格調整後（引下げに相当するものに限る。）の薬価については、当該薬価に基づき算出した 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) ④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って、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%未満のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$= 10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率 (\%)} - 25}{15} \quad (\%)$$

③ 有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 100%以上のもの

価格調整前の価格を 15%引き下げた額

(4) 費用対効果評価通知に規定する 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、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薬価とする。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薬価とする。

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き

新医薬品の薬価基準収載の手続きは、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2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き並びに第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き及び第8節2本文なお書の薬価改定の手続きについても、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項に掲げる医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、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き

(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きは、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きは、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きは、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 再算定手続き

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きを行う。

4 既収載品の費用対効果評価の手続き

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2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

印

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

印

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

印

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

印

		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、平成 29 年 11 月以降に小児又は希少疾病等に係る効能・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

印

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

印

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

印

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（案）

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の機能区分の定義（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の機能区分をいう。

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、既存の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、既存の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、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含まれる機能区分がある場合であって、新たな機能区分を設定すべき場合、当該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（業界の実情を踏まえつつ、新規収載品の革新性の度合いに応じて-50%から0%の範囲内で調整を行う。）、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、次に掲げる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）及び市場性加算（Ⅱ）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。

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。

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。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、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、改良加算を限定的に加算することができる。（以下「期限付改良加算」という。）

イ 構造等における工夫により、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 構造等における工夫により、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項の規定に基づき、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 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。）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。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（2カ国以上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、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、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、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相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が2カ国のみある場合は、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し、また、外国の医療材料の国別の価格が3カ国以上あり、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1.8倍を上回る場合、外国の医療材料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1.8倍に相当する額とみなして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。

21 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。

22 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、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。

23 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。

24 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となる要件とは、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項に基づく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項に基づく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項に基づく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項に基づく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。

25 再製造単回使用医療機器

再製造単回使用医療機器（「再製造品」という。以下同じ。）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2年●月●日医政発●第●号、保発●第●号）5（2）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、既存の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の規定に関わらず、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の規定に関わらず、当該新規収載品が既収載品よりも複雑化した仕様の製品が、保険適用された後に保険適用の希望があった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の規定にかかわらず、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

1 基準材料価格算定の原則

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、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の医療機器のうち、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項の規定に基づき、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 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

他の記載にかかわらず、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

他の記載にかかわらず、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1.3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、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%以内である場合については、外国の医療材料の国別の価格が2か国以上あり、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、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相加平均した額（外国の医療材料の国別の価格が2カ国のみある場合は、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し、また、外国の医療材料の国別の価格が3か国以上あり、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1.8倍を上回る場合、外国の医療材料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1.8倍に相当する額とみなして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こととする。

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年厚生大臣告示第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節の規定に関わらず、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6ヶ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節の規定に関わらず、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

既存の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節の規定に関わらず、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2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、年4回、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2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は、第5章の規定に関わらず、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 改正手続き等

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) 二つの補正加算に該当する場合
 加算額＝算定値×（ $\alpha_1 + \alpha_2$ ）

ただし、原価計算方式の場合は、加算額に対して、開示度に応じた加算係数を乗ずる。

$$\text{開示度} = \frac{\text{製品総原価のうち保険医療材料等専門組織での開示が可能な額}}{\text{製品総原価}}$$

- 加算係数 = 1.0（開示度 \geq 80%）
 加算係数 = 0.6（50% \leq 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 : $25/100 \leq \alpha \leq 150/100$
 有用性加算 : $2.5/100 \leq \alpha \leq 45/100$
 改良加算 : $2.5/100 \leq \alpha \leq 30/100$
 市場性加算（Ⅰ） : $5/100 \leq \alpha \leq 15/100$
 市場性加算（Ⅱ） : $1.5/100 \leq \alpha \leq 4.5/100$

また、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$ 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、 $1 \leq A \leq 10$ とする。）

- 画期性加算 $50 \leq A \leq 100$
 有用性加算 $5 \leq A \leq 30$
 改良加算 $1 \leq A \leq 20$
 市場性加算（Ⅰ） $A = 10$
 市場性加算（Ⅱ） $1 \leq A \leq 5$

- (2) 補正加算前の額が1,000万円を超える医療機器（年間販売額（収載時にあっては(1)の補正

加算率（ α ）に基づき算出したピーク時予測売上高）が50億円を超えるものに限る。）の場合

以下の算式により算出された補正加算率（ β ）に100を乗じた数を、（1）のAに置き換え、補正加算率（ α ）を算出する。

補正加算率（ β ）の算式

$$\beta = \frac{C}{100} \times 1.5^{\log(D/10,000,000) / \log(5,000,000/10,000,000)}$$

C：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率（%）

D：当該新規機能区分の補正加算を行う前の額

別表 2

外国平均価格に基づく価格調整の計算方法

- 1 2以外の場合であって、当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の1.25倍に相当する額を超える場合

$$\text{外国平均価格} \times 1.25$$

- 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 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 2 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。

$$\left(\begin{array}{l} \text{基準材料価格改定前の} \\ \text{当該機能区分の基準材} \\ \text{料価格} \end{array} \right) \times \frac{B \times 1.3}{A}$$

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

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全} \\ \text{ての既記載品の保険医療} \\ \text{機関等における平均的購} \\ \text{入価格（税抜市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right] + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right] + \text{一定幅}$$

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 2 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

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該機能区分に係る} \\ \text{随時改定時前の基準} \\ \text{材料価格} \end{array} \right] + \text{補正幅} \times 1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}$$

$$\text{補正幅} = X - Y$$

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

(注) 上記の算式により算定される額が次の条件に該当する場合には、基準材料価格を改定しない。

$$0.95 \leq \frac{\text{2により算定される額}}{\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}} \leq 1.05$$

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 有用性系加算の加算対象となる品目であって、開示度が50%以上のものについては、有用性系加算部分を価格調整対象とする。

イ 有用性系加算の加算対象となる品目であって、開示度が50%未満のものについては、有用性系加算部分及び価格調整前の価格から有用性系加算部分を除いた額に基準材料価格設定時における営業利益率を乗じて得た額を価格調整対象とする。

ウ 有用性系加算の加算対象とならない品目であって、開示度が50%未満のものについては、基準材料価格設定時における営業利益率を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。

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 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。）であって、開示度（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の割合をいう。以下同じ。）が50%以上のものについては、営業利益率補正部分（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価格調整前の価格に乗じて得た額をいう。以下同じ。）を価格調整対象とする。

イ 営業利益率補正品目であって、開示度が50%未満のものについては、営業利益部分（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。）を価格調整前の価格に乗じて得た額をいう。以下同じ。）及び営業利益率補正部分を価格調整対象とする。

ウ 営業利益率補正品目以外の品目であって、開示度が50%未満のものについては、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（開示度が高いものに限る。）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基準材料価格を算出する。なお、価格調整係数（ β ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の基準材料価格

$$= \text{価格調整前の価格} - \text{価格調整対象} \times (1 - \beta)$$

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、かつ価格調整後の基準材料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、価格調整後の基準材料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基準材料価格とする。

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

（2）原価計算方式により算定された特定保険医療材料（開示度が低いものに限る。）

① 費用対効果評価による基準材料価格の算式

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基準材料価格を算出する。なお、有用性系加算又は営業利益率補正部分の価格調整係数（ γ ）及び営業利益部分の価格調整係数（ θ ）は、②に定めるとおりとする。

価格調整後の基準材料価格

= 価格調整前の価格

- 有用性系加算（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、かつ価格調整後の基準材料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、価格調整後の基準材料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基準材料価格とする。

② 価格調整係数（ γ ）

価格調整係数（ γ ）は、それぞれ（1）②に掲げる品目ごとに、それぞれ（1）②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が算出不可可能な場合、価格調整係数は1.0とする。

（3）価格調整後の基準材料価格の下限

（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基準材料価格とする。ただし、価格調整後

(引下げに相当するものに限る。)の基準材料価格については、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%以下のものの価格調整前の価格を 10%引き下げた額

イ 有用性系加算の加算対象となる品目であって、有用性系加算の加算率が 25%を超え 100%以下のもの

価格調整前の価格を、次の算式により算出された引下率で引き下げた額

引下率

$$= 10 + \frac{\text{当該品目の有用性系加算の加算率 (\%)} - 25}{15} \quad (\%)$$

3 費用対効果評価通知に規定する 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（案）

1 保険医療機器の区分

医療機器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（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き

(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。）の規定に基づく承認若しくは認証を受けた後、又は届出が受理された後、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。

また、決定区分B 1（既存機能区分）において、新規収載後に使用成績を踏まえた再評価に係る申請（以下「チャレンジ申請」という。）を希望する医療機器の製造販売業者は、チャレンジ申請により再評価を希望する内容のデータ収集方法及び評価方法に係る計画の参考となる資料を併せて提出すること。ただし、平成 30 年 4 月 1 日から令和 2 年 3 月 31 日までに決定区分B 1（既存機能

区分)として保険適用された医療機器については、令和4年3月31日までの間に限り、既収載品であってもチャレンジ申請を行うことの妥当性判断に係る申請を行うことができることとする。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

(2) 保険適用時期

決定区分A1(包括)(別に定める医療機器に限る。)については、医薬品医療機器等法に基づく承認若しくは認証を受けた日又は届出が受理された日から保険適用とする。ただし、承認、認証又は届出の前に、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及び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等を踏まえ、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B 1（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A 2（特定包括）又はB 1（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A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B 1（既存機能区分）の取扱い

- ① 決定区分A 1（包括）、A 2（特定包括）又はB 1（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A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B 1（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A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B 1（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A 3（既存技術・変更あり）又はB 2（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き

(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。

また、決定区分B2（既存機能区分・変更あり）において、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、平成30年4月1日より令和2年3月31日までに決定区分B2（既存機能区分・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4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。

- 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)②に準じることとする。

(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き

(1) 保険適用希望書の提出

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）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。

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。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、チャレンジ申請を行う場合は、C 1（新機能）の例に準じること。

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C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はB 3（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。

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つて、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）
- セ 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。

ソ 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 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（B 3（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書面で不服意見を提出することができる。

(6) 保険適用時期

決定区分C 1（新機能）、B 3（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C 2（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C 1（新機能）、非C 2（新機能・新技術）の取扱い

- ① 決定区分C 1（新機能）又はC 2（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C 1（新機能）又は非C 2（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C 1（新機能）又は非C 2（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き

(1) 新規機能区分設定に係る手続き

- 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つては、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つては、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き
- 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つては、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。検討にあつては、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。

6 再算定手続き

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2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10-1及び10-2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）の手続き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き

(1) 技術料の見直しを検討する基準の設定に係る手続き

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）に規定する手続きに則り、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き

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き

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2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 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き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、当該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。

なお、特にやむを得ない正当な理由がなく、本規定が履行されなかった場合には、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、厚生労働省は保険適用の手続きを保留することができる。
- ③ ②の報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機器も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

整理番号

別紙1

医療機器保険適用希望書 (決定区分A1 (包括))

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 <small>(及び最終一部変更年月日)</small>	
使用目的、効果			
製品概要			
担当者連絡先	担当者名	電話番号：	
		FAX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

氏名

印

厚生労働大臣

殿

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： FAX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

氏名

印

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：		
		FAX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

氏名

印

整理番号

厚生労働大臣
別紙4

殿

医療機器保険適用希望書

〔決定区分A3（既存技術・変更あり）、B2（既存機能区分・変更あり）〕

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：	
		FAX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

氏名

印

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： FAX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

氏名

印

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 ・ 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		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： FAX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

氏名

印

厚生労働大臣

殿

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： FAX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

氏名

印

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

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

印

厚生労働大臣

殿

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			

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

印

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

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

氏名

印

厚生労働大臣

殿

別紙 12

後発医療機器等におけるC 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）及びB 3（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書

販売名
同等性を有する医療機器の販売名
C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）又はB 3（期限付改良加算・暫定機能区分）申請を行う理由

上記により、後発医療機器におけるC 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）及びB 3（期限付改良加算・暫定機能区分）申請理由書を提出します。

年 月 日

住所

氏名

印

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

販売名
指定基準該当性に対する意見及びその根拠
<p>1) 市場規模の拡大等により費用対効果評価に係る基準（H1 区分の場合は年間販売額 100 億円以上、H2 区分の場合は年間 50 億円以上、H4 区分の場合は年間 1000 億円以上）に該当することとなった場合には記載後から直近までの年間販売額を添付</p> <p>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</p>

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

印

厚生労働大臣

殿

費用対効果評価の対象品目案不服意見書

販売名	
通知された対象品目案：	
対象品目案に対する不服意見及びその根拠	
新規文献等の提出の有無	有 ・ 無

上記により、通知された対象品目案に対する不服意見を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、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

印

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 |

2 保険適用の手続き

（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。

イ 保険適用までの期間

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等を踏まえ、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、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。

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つては、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、明確な立証があつたと認められない場合にあつては保険適用しない。

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つ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つて、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直接の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 通知した区分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。
- ④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料等専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該体外診断用医薬品の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料等専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、さらに不服の有無について確認する。

- ⑤ 区分E2（既存項目・変更あり）として通知した区分案については、保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案をもって保険適用するものとする。
- ⑥ 区分E3（新項目、改良項目）として通知した区分案について製造販売業者の不服がないことを確認した体外診断用医薬品及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料等専門組織の検討を経て最終的に決定された決定案については、中医協総会で審議し、その了承を求める。

なお、中医協総会の審議において、当該体外診断用医薬品について保険適用しないこととされた場合には、製造販売業者は、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。

オ 保険適用時期

区分E2（既存項目・変更あり）又は区分E3（新項目、改良項目）として保険適用を認める旨決定を行った体外診断用医薬品については、当該決定を行った月の翌月1日から保険適用するものとする。

カ 区分非E2（既存項目・変更あり）又は区分非E3（新項目、改良項目）の取扱い

- ① 区分E2（既存項目・変更あり）又は区分E3（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品が当該区分に該当しないと判断した場合は、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ず、保険適用しない場合を除き、それぞれ非E2（既存項目・変更あり）又は非E3（新項目、改良項目）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記2(2)イと同様とする。

- ② 区分非E2（既存項目・変更あり）又は区分非E3（新項目、改良項目）として決定された体外診断用医薬品については、他の区分による再希望を妨げない。

- (3) (1)イの保険適用までの期間及び(2)イの審査に係る標準的な事務処理期間からは、次に掲げるものを除く。

- ア 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間
- イ 追加資料の要求等に係る期間
- ウ 土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日、1月2日、1月3日、12月29日、12月30日及び12月31日

3 既存体外診断用医薬品を用いる測定項目の技術料の見直しに係る手続き

(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き

区分E2（既存項目・変更あり）又は区分E3（新項目、改良項目）として希望のあった体外診断用医薬品については、2（2）に規定する手続きに則り、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き

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3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4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 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保険適用手続き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ものとする。

5 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。また、特にやむを得ない正当な理由がなく、本規定が履行されなかったと認められた場合には、改善が確認できるまでの間、当該製造販売業者からの保険適用の手続きを保留することができる。

体外診断用医薬品保険適用希望書

測定項目	
販売名	
測定目的	
測定方法	<input type="checkbox"/> 定性 <input type="checkbox"/> 半定量 <input type="checkbox"/> 定量
薬事承認 (認証)番号及び 承認(認証)年月日	
保険区分	
担当者連絡先 (電話番号)	
備考	

上記により、体外診断用医薬品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） 印

厚生労働大臣

殿

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

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） 印

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			

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

印

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

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

氏名

印

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2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2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又は費用対効果評価終了後に国立保健医療科学院の意見を参考にして評価に重要な影響を与える知見が得られたと判断されたものとして、中央社会保険医療協議会総会において費用対効果評価の対象とすることが適当と認められたもの（H1区分又はH2区分に該当するものを除く。）

エ H4区分 平成31年3月31日以前に保険適用された品目のうち、次のいずれかに該当す

るもの

- i アの i 若しくは ii に該当するもの又は医薬品等であって営業利益率のプラスの補正の対象であるもののうち、年間販売額（医薬品等にあつては、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 ア又はイに該当しないこと。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、「医療用医薬品等の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（令和2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2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、年4回、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の変化、適用疾病の変化その他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、「医療用医薬品等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、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、年4回、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、年2回、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4回、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。

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。

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、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2版」(平成31年2月20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か月以内に費用対効果評価専門組織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、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、各公的分析班が担当する対象品目は、対象品目の費用対効果評価が終了するまで非公表とする。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、公的分析班への接触や、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、製造販売業者が提出した分析データ等の科学的妥当性の検証（以下「レビュー」という。）を行う。レビューの結果、製造販売業者が提出した分析データ等が妥当でないと判断される場合、公的分析班は再分析（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。

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、国立保健医療科学院を通じて製造販売業者に照会する。

(3) 公的分析結果の提出期限

国立保健医療科学院は、4（2）に規定する費用対効果評価専門組織の審議が終了した日から原則として3か月以内（公的分析班が再分析を行う場合にあっては、6か月以内）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

- 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。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、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の内容を専門的見地から審査する。
- 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 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。不服意見を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析データ等の作成に関係した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。
- 費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、審査結果を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、審査結果の変更の有無を製造販売業者に通知する。
- 国立保健医療科学院及び公的分析班は、当該審査結果を踏まえて、3に規定する公的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、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 追加分析の要否
 - エ 価格調整における配慮の要否
 - オ 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データ等の作成に関与した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。
- ④ 費用対効果評価専門組織は、①から③までの手続の結果を踏まえ、対象品目の費用対効果評価案を策定する。その際、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算出された ICER を用いることとする。また、ICER の点推定値を 1 つに定めることが困難である場合には、ICER が一定の幅により示されることを可能とする。ICER が一定の幅により示される場合において、ICER の幅に対応する価格調整係数のうち価格調整に用いる値については、費用対効果評価専門組織において科学的妥当性の観点から審議し、決定する。
- 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。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与した者は、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、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) 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、製造販売業者及び国立保健医療科学院が合意の上、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、国立保健医療科学院が合意しなければ、対象品目の分析中断を申し出ることができない。この際、分析不能を理由に製造販売業者が分析を行わない場合にあっては、費用対効果評価専門組織は、公的分析結果のみを用いて費用対効果評価案を策定する。

また、対象品目が販売を停止した場合や年間販売額が大幅に減少した場合等であって、製造販売業者及び国立保健医療科学院が合意した場合には、製造販売業者及び国立保健医療科学院は、対象品目の評価中止を申し出ることができる。

- ② 費用対効果評価専門組織は、①の申出を受けた場合その他必要があると認める場合には、次の事項について、分析中断又は評価中止の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与した者は、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っては、データ集積に要する期間を検討した上で、当該期間の決定案及び理由を含む。)を、製造販売業者及び国立保健医療科学院に通知する。

- ⑤ 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り、別紙様式1に定める不服意見書に説明資料を付して、定められた期限までに費用対効果評価専門組織に意見を提出することができる。不服意見書を提出した製造販売業者は、費用対効果評価専門組織に出席して、定められた時間の範囲内で意見を述べることができる。また、製造販売業者とともに分析枠組み案の策定及び分析データ等の作成に関与した者は、製造販売業者に同行して意見を述べることができる。

費用対効果評価専門組織は当該不服意見を踏まえ、必要に応じて、決定案を変更することができる。費用対効果評価専門組織は、決定案の変更の有無を製造販売業者に通知する。

費用対効果評価専門組織は、分析中断又は評価中止に関する決定案を中央社会保険医療協議会総会に報告する。

- ⑥ 中央社会保険医療協議会総会において分析中断とされた品目について、製造販売業者は定められた期間内にデータを集積する。製造販売業者は、集積したデータに基づいて、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる事項を費用対効果評価専門組織に報告する。

ア 分析再開が可能なもの

定められた期間内に必要なデータが集積され、分析の再開が見込まれる場合、製造販売業者は、集積したデータを費用対効果評価専門組織に報告する。費用対効果評価専門組織は、②から⑤までの手續に準じて、分析再開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。

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、年4回、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が、次のいずれに該当するかを公表する。なお、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。

- ① ドミナント（比較対照技術に対し効果が増加し、かつ費用が削減されるものをいう。）
- ② 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が削減されるもの
- ③ 200万円/QALY未満
- ④ 200万円/QALY以上500万円/QALY未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては200万円/QALY以上750万円/QALY未満）
- ⑤ 500万円/QALY以上750万円/QALY未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては750万円/QALY以上1,125万円/QALY未満）

- ⑥ 750 万円/QALY 以上 1,000 万円/QALY 未満（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 1,125 万円/QALY 以上 1,500 万円/QALY 未満）
- ⑦ 1,000 万円/QALY 以上（総合的評価で配慮が必要とされたものについては 1,500 万円/QALY 以上）

(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、科学的論点及び ICER の値等について、報告書や学術論文等を作成し、これを公表するものとする。報告書等の作成に当たっては、製造販売業者と協議の上、製造販売業者の知的所有権等に配慮するものとする。

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)

印

厚生労働大臣 殿