

令和4年度診療報酬改定説明会

「診療報酬点数表」にかかる追加及び変更点について、主なものを抜粋して掲載しております。
詳細につきましては、厚生労働省ホームページにてご確認ください。

社会保険診療報酬支払基金福岡支部



令和4年4月28日
(令和4年5月17日訂正版)

第1章 基本診療料

第1部 第1節 A000 初診料

注1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。(A003オンライン診療料廃止)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その67）

令和4年度診療報酬改定により、情報通信機器を用いた初診に係る診療報酬上の取扱いが定められるとともに、情報通信機器を用いた再診等についても要件等の見直しが行われ、令和4年度診療報酬改定における情報通信機器を用いた診療の取扱いについては、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）等が公布され、令和4年4月1日より適用されること（以下単に「診療報酬改定」という。）に伴い、同日からの適用となることに留意されたい。

1. 電話や情報通信機器を用いた初診の実施について

令和2年4月10日事務連絡の1の(1)に掲げる初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行った場合には、当該診療について、A000 初診料の注2に規定する214点を算定することとされているが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、診療報酬改定後のA000 初診料の注1ただし書に規定する情報通信機器を用いて当該診療が行われた場合には、同ただし書に規定する251点を算定するものとする。なお、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、電話や情報通信機器を用いた診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による214点を引き続き算定しても差し支えない。ただし、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

【初診料（情報通信機器を用いた場合）】

問1 区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。

(答) 区分番号「A000」初診料288点のみを算定すること。

外来感染対策向上加算 (新設)

注11) 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

連携強化加算 (新設)

注12) 注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

サーベイランス強化加算 (新設)

注13) 注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

電子的保健医療情報活用加算 (新設)

注14) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

【電子的保健医療情報活用加算】

問 32 区分番号「A000」初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

(答) 当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問 34 区分番号「A000」初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが、光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても、当該基準を満たすか。

(答) 光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合は、当該基準を満たさない。

第1部 第2節 A001 再診料

注1) 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

外来管理加算は別に算定できない。

【外来管理加算】

問 35 区分番号「A001」再診料の注8に規定する外来管理加算について、注1に規定する情報通信機器を用いた再診を行った場合も算定可能か。

（答）外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行う必要があるため、算定不可。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その67）

令和4年度診療報酬改定により、情報通信機器を用いた初診に係る診療報酬上の取扱いが定められるとともに、情報通信機器を用いた再診等についても要件等の見直しが行われ、令和4年度診療報酬改定における情報通信機器を用いた診療の取扱いについては、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）等が公布され、令和4年4月1日より適用されること（以下単に「診療報酬改定」という。）に伴い、同日からの適用となることに留意されたい。

2. 電話や情報通信機器を用いた再診の実施について

電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合の取扱いについて、時限的・特例的な対応としてその取扱いが定められているところではあるが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において当該診療が実施された場合には、診療報酬改定後のA001 再診料の注1ただし書又はA002 外来診療料の注1ただし書に規定する73点を算定することとなる。ただし、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、当該診療が行われた場合にあつては、コロナ特例による電話等再診料等を引き続き算定しても差し支えない。なお、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

地域包括診療加算1及び2 (追加)

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、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

外来感染対策向上加算 (新設)

注15) 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

連携強化加算 (新設)

注16) 注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

サーベイランス強化加算 (新設)

注17) 注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

電子的保健医療情報活用加算 (新設)

注18) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

第1部 第2節 A002 外来診療料

注1) 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。

電子的保健医療情報活用加算 (新設)

注10) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

A003 オンライン診療料 (月1回) は廃止

第2部 第2節 入院基本料等加算

A200-2 急性期充実体制加算（1日につき）

（新設）

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | 7日以内の期間 | 460点 |
| 2 | 8日以上11日以内の期間 | 250点 |
| 3 | 12日以上14日以内の期間 | 180点 |

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

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）800点

（新設）

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

第2部 第2節 入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算（1日につき）

【救急医療管理加算】

問 66 区分番号「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、具体的にはどのような処置を指すのか。

(答) 現時点では、区分番号「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法、区分番号「J034-3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき） （新設）

注4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、**看護補助体制充実加算**として、**1日につき5点**を更に**所定点数に加算**する。

A214 看護補助加算（1日につき） （新設）

注4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、**看護補助体制充実加算**として、**1日につき5点**を更に**所定点数に加算**する。

A221-2 小児療養環境特別加算（1日につき）

【小児療養環境特別加算】

問 70 区分番号「A221-2」小児療養環境特別加算の対象患者について、「麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか。

(答) 結核、インフルエンザウイルス感染症、ロタウイルス感染症等の他の患者への感染の危険性が高い患者であり、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めた患者が該当する。

第2部 第2節 入院基本料等加算

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

- | | | |
|----------------------|--------|-------|
| 1 治療用放射性同位元素による治療の場合 | 6,370点 | (細分化) |
| 2 密封小線源による治療の場合 | 2,200点 | (細分化) |

注1) 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

注2) 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日）

- | | | |
|--------------|------|------|
| 1 感染対策向上加算 1 | 710点 | |
| 2 感染対策向上加算 2 | 175点 | |
| 3 感染対策向上加算 3 | 75点 | (新設) |

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

指導強化加算 (変更)

注2) 感染対策向上加算1を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

連携強化加算 (変更)

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

サーベイランス強化加算 (新設)

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

第2部 第2節 入院基本料等加算

A 2 3 4 - 4 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点 （新設）

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

【重症患者初期支援充実加算】

問 77 区分番号「A 2 3 4 - 4」重症患者初期支援充実加算について、「入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる治療室に入院又は転棟した日のことをいう」とあるが、当該加算を算定できる病室に入院後、当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し、再度当該加算を算定できる病室に入室した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

（答）重症患者初期支援充実加算を算定できる病室に最初に入室した日を起算日とする。

A 2 3 4 - 5 報告書管理体制加算（退院時1回） 7点 （新設）

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

A 2 3 7 ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）

（新設）

- | | |
|---------------|-------------|
| 1 ハイリスク分娩管理加算 | 3,200点（細分化） |
| 2 地域連携分娩管理加算 | 3,200点（細分化） |

注2) 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、**1入院に限り8日を限度として所定点数に加算**する。

A 2 4 2-2 術後疼痛管理チーム加算（1日につき）

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

早期離床・リハビリテーション加算 500点 (新設)

対象の特定入院料	A300	救命救急入院料 (注8)
	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料 (注3)
	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (注3)
	A301-4	小児特定集中治療室管理料 (注3)

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室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、**早期離床・リハビリテーション加算**として、入室した日から起算して**14日を限度**として**500点を所定点数に加算**する。この場合において、**同一日に**区分番号H000に掲げる**心大血管疾患リハビリテーション料**、H001に掲げる**脳血管疾患等リハビリテーション料**、H001-2に掲げる**廃用症候群リハビリテーション料**、H002に掲げる**運動器リハビリテーション料**、H003に掲げる**呼吸器リハビリテーション料**、H007に掲げる**障害児(者)リハビリテーション料**及びH007-2に掲げる**がん患者リハビリテーション料**は、算定できない。

第2部 第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料

注10) 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、**助言又は指導**を行った場合は、当該患者の**退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算**する。この場合において、区分番号1002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。 **(新設)**

注11) 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、**重症患者対応体制強化加算**として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を**それぞれ所定点数に加算**する。 **(新設)**

重症患者対応体制強化加算	イ	3日以内の期間	750点
	ロ	4日以上7日以内の期間	500点
	ハ	8日以上14日以内の期間	300点

A301 特定集中治療室管理料

注6) 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、**重症患者対応体制強化加算**として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を**それぞれ所定点数に加算**する。 **(新設)**

重症患者対応体制強化加算	イ	3日以内の期間	750点
	ロ	4日以上7日以内の期間	500点
	ハ	8日以上14日以内の期間	300点

【重症患者対応体制強化加算】

問 117 重症患者対応体制強化加算は、「当該患者の入院期間に応じて算定する」こととされているが、入院期間の起算日は、当該保険医療機関に入院した日を指すか、当該加算を算定できる治療室に入室した日を指すか。

(答) 当該治療室に入室した日を指す。

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）（新設）

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、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、**成育連携支援加算**として、入院中1回に限り、**1,200点**を所定点数に加算する。

第2部 第3節 特定入院料

A307 小児入院医療管理料（1日につき） 注5～注8（新設）

注5) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

イ 無菌治療管理加算1	2,000点
ロ 無菌治療管理加算2	1,500点

注6) 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

注7) 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

注8) 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 時間外受入体制強化加算1	300点
ロ 時間外受入体制強化加算2	180点

【無菌治療管理加算】

問121 区分番号「A307」小児入院医療管理料の注5に規定する無菌治療管理加算の算定開始日はいつか。

(答) 造血幹細胞移植を行う患者に対して無菌治療室管理が開始された日である。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 （生活療養を受ける場合にあつては、1,664点）	1,678点	（新設）
--	--------	------

注5) 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあつては、1年）を限度として算定する。

第2部 第3節 特定入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

注4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、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 看護補助者配置加算 160点（新設） **ロ 看護補助体制充実加算** 165点（新設）

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

イ 急性期患者支援病床初期加算 **（新設）**

- (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
 - ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 150点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 50点
- (2) 許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合
 - ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 250点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 125点

ロ 在宅患者支援病床初期加算 **（新設）**

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

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

A311 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）

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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	精神科救急医療体制加算 1	600点	(新設)
ロ	精神科救急医療体制加算 2	590点	(新設)
ハ	精神科救急医療体制加算 3	500点	(新設)

A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点 (新設)

(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点) (新設)

注1) 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に、適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2) 診療に係る費用（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B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓、区分番号J 0 4 2に掲げる腹膜灌流、区分番号J 4 0 0に掲げる特定保険医療材料（区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓又は区分番号J 0 4 2に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

※ A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料の廃止

第2部 第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料 19項目から57項目へ (38項目追加)

1 短期滞在手術等基本料1 (日帰りの場合)

- イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 (新設)
- イ以外の場合 2,718点 (新設)

~~短期滞在手術等基本料2 (1泊2日の場合)~~ 削除

2 短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)

- イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行う
- D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
- ハ D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
- ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
- ト K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
- チ K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
- リ K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
- ヌ K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
- ル K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
- ヲ K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
- ワ K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
- タ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- レ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- ソ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- ツ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- ネ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- ナ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
- ラ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の
- ム K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ウ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- オ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
- ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
- ヤ K 3 1 8 鼓膜形成手術
- マ K 3 3 3 鼻骨骨折整復
- ケ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
- コ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
- ク K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術
- メ K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- ミ K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- イホ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
- イヘ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- イチ K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
- イリ K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- イル K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
- イフ K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの
- イワ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
- イカ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
- イヨ K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等 通則1～通則5 (新設)

通則1) 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。

通則2) 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

通則3) 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、**外来感染対策向上加算**として、**月1回に限り6点**を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる**初診料の注11**、区分番号A001に掲げる**再診料の注15**、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる**精神科訪問看護・指導料の注13**にそれぞれ規定する**外来感染対策向上加算**を算定した月は、**別に算定できない**。

イ 小児科外来診療料

ニ 地域包括診療料

ト 外来腫瘍化学療法診療料

ロ 外来リハビリテーション診療料

ホ 認知症地域包括診療料

チ 救急救命管理料

ハ 外来放射線照射診療料

ヘ 小児かかりつけ診療料

リ 退院後訪問指導料

通則4) 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する**外来感染対策向上加算**を算定した場合は、**連携強化加算**として、**月1回に限り3点**を更に所定点数に加算する。

通則5) 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第3号に規定する**外来感染対策向上加算**を算定した場合は、**サーベイランス強化加算**として、**月1回に限り1点**を更に所定点数に加算する。

B001-1 ウイルス疾患指導料

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、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**イ又は口の所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。** (新設)

B001-8 皮膚科特定疾患指導管理料

注4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**イ又は口の所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。** (新設)

B001-9 外来栄養食事指導料

注3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、**月1回に限り260点を算定する。** (新設)

注6) 口の(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、**初回の指導を行った月**にあっては**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。** (新設)

B001-18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

注5) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、479点を算定する。** (新設)

第1部 第1節 医学管理料等

B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料

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、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、174点を算定**する。**(新設)**

B001-23 がん患者指導管理料

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おいて、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**イ、ロ、ハ又は二の所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定**する。**(新設)**

B001-24 外来緩和ケア管理料

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、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、252点(注4に規定する外来緩和ケア管理料(特定地域)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点)を算定**する。**(新設)**

B001-25 移植後患者指導管理料

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、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定**する。**(新設)**

B001-28 小児運動器疾患指導管理料

【小児運動器疾患指導管理料】

問 139 区分番号「B001」の「28」小児運動器疾患指導管理料について、20歳未満の患者が対象とされているが、当該患者が20歳に達する日の前日まで算定可能ということか。

(答) そのとおり。

第1部 第1節 医学管理料等

B001-31 腎代替療法指導管理料

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、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、435点を算定**する。**(新設)**

B001-32 一般不妊治療管理料 **250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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

注2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

B001-33 生殖補助医療管理料 **(新設)**

イ	生殖補助医療管理料1	300点
ロ	生殖補助医療管理料2	250点

注1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。

注2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

B001-34 二次性骨折予防継続管理料 (新設)

イ	二次性骨折予防継続管理料 1	1,000点
ロ	二次性骨折予防継続管理料 2	750点
ハ	二次性骨折予防継続管理料 3	500点

注1) イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

注2) ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

注3) ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

第1部 第1節 医学管理料等

B001-35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 (新設)

イ 1月目 280点
ロ 2月目以降 25点

注) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料】

問 143 区分番号「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について、令和4年3月31日時点で既にアレルギー性鼻炎免疫療法を実施している患者についても算定可能か。

(答) 令和4年3月31日時点でアレルギー性鼻炎免疫療法を実施中の患者については、「ロ 2月目以降」に限り算定可。

問 144 区分番号「B001」の「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料について、既にアレルギー性鼻炎免疫療法を開始していた患者が、転居等により、紹介を受けて他の保険医療機関において治療を開始する場合、「イ 1月目」の点数は算定可能か。

(答) 算定不可。当該患者については、「ロ 2月目以降」に限り算定可。

B001-36 下肢創傷処置管理料 500点 (新設)

注) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

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、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。 (新設)

B001-2-9 地域包括診療料（月1回） （追加）

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

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

【新】 1 小児かかりつけ診療料 1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 641点 (新設)

(2) 再診時 448点 (新設)

□ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 758点 (新設)

(2) 再診時 566点 (新設)

2 小児かかりつけ診療料 2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 630点 (新設)

(2) 再診時 437点 (新設)

□ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 747点 (新設)

(2) 再診時 555点 (新設)

【旧】 1 処方箋を交付する場合

イ 初診時 631点

□ 再診時 438点

2 処方箋を交付しない場合

イ 初診時 748点

□ 再診時 556点

第1部 第1節 医学管理料等

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 (新設)

1 外来腫瘍化学療法診療料 1	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
2 外来腫瘍化学療法診療料 2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点

注1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

注2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

注3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

注4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

注5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。

注6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

注7) 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

1 脂質異常症を主病とする場合 570点

~~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~~

~~イ 脂質異常症を主病とする場合 650点~~

~~ロ 高血圧症を主病とする場合 700点~~

~~ハ 糖尿病を主病とする場合 800点~~

2 高血圧症を主病とする場合 620点

~~2-1 以外の場合~~

~~イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点~~

~~ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点~~

~~ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点~~

3 糖尿病を主病とする場合 720点

注2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。 ※第5部投薬が削除

注4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する3イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。(新設)

※ (削除)

注4) 区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、月1回に限り100点を算定する。

B001-9 療養・就労両立支援指導料

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、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**1又は2の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。** (新設)

B005-6 がん治療連携計画策定料

注5) がん治療連携計画策定料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料2を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、261点を算定する。** (新設)

B005-6-2 がん治療連携指導料

注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**連携強化診療情報提供料**の費用は、所定点数に含まれるものとする。 (変更)

※診療情報提供料(Ⅲ)が、連携強化診療情報提供料へ変更された。

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

注3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、435点を算定する。** (新設)

B005-7 認知症専門診断管理料

注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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **(変更)**

※診療情報提供料（Ⅲ）が、連携強化診療情報提供料へ変更された。

B005-7-2 認知症療養指導料

注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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **(変更)**

※診療情報提供料（Ⅲ）が、連携強化診療情報提供料へ変更された。

B005-7-3 認知症サポート指導料

注2) 注1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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **(変更)**

※診療情報提供料（Ⅲ）が、連携強化診療情報提供料へ変更された。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料

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、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、609点を算定する。** **(新設)**

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1 B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2

注1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B005-11 遠隔連携診療料

- 1 診断を目的とする場合 750点 (細分化)
- 2 その他の場合 500点 (細分化)

注2) 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

※点数が細分化され、1 診断を目的とする場合 750点 が新設された。

B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ） 350点 （新設）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者**であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、**診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等**を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

問 163 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(Ⅰ)について、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の心療内科又は精神科を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

(答) 算定不可。

問 164 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(Ⅰ)において、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の内科等を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

(答) 他の算定要件を満たせば算定可能。

B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ） 500点 （新設）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号**B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）**を算定し、**当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等**を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B009 診療情報提供料（I）

注7) 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者 又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園 又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

※アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者の追加

※通園の追加

※学校の追加（大学を除く）

B011 連携強化診療情報提供料

※ B011 診療情報提供料（Ⅲ）から変更

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

※「別に厚生労働大臣が定める患者」を削除

※3月に1回から1月1回へ変更

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

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

※「注1に規定する患者以外の患者について」から「注1又は注2に該当しない場合であって」へ変更

第1部 第1節 医学管理料等

注4) 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）**第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者**（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。**ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。**）に、**提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。** **（新設）**

注5) 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された**妊娠中の患者**又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された**妊娠中の患者**について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。

※「注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者」から「妊娠中の患者」へ変更

※「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」から「当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、」へ変更

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点 (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、**区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果**について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で**患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。**

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140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、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。

注2) 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。 (新設)

第2部 在宅医療

通則5～通則7（新設）

通則5) 組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） ロ 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） ハ 在宅患者訪問看護・指導料
ニ 同一建物居住者訪問看護・指導料 ホ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
ヘ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ト 在宅患者訪問薬剤管理指導料
チ 在宅患者訪問栄養食事指導料 リ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

通則6) 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注12及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

通則7) 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注13及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（1日につき）

C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）

※区分番号A003に掲げるオンライン診療料が削除

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合

（3）月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。） **（新設）**

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点
- ③ ①及び②以外の場合 880点

（5）月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **（新設）**

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点
- ③ ①及び②以外の場合 440点

ロ 病床を有しない場合

（3）月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。） **（新設）**

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点
- ③ ①及び②以外の場合 820点

（5）月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **（新設）**

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,395点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点
- ③ ①及び②以外の場合 410点

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） **(新設)**

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,465点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 780点

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **(新設)**

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 733点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 390点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） **(新設)**

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,180点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 660点

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **(新設)**

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 330点

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

注9) 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ	在宅療養移行加算1	216点	(新設)
ロ	在宅療養移行加算2	116点	(新設)

※「継続診療加算として、216点」は削除となり、「在宅療養移行加算1.2」が新設された。

注12) 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 (変更)

※「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。」は削除となった。

注13) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。 (新設)

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。） **（新設）**

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,249点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,265点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 880点 |

(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **（新設）**

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,125点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 633点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 440点 |

ロ 病床を有しない場合

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（（1）及び（2）の場合を除く。） **（新設）**

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,069点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,175点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 820点 |

(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **（新設）**

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,035点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 588点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 410点 |

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） **(新設)**

- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,909点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,105点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 780点 |

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **(新設)**

- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 955点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 553点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 390点 |

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） **(新設)**

- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,549点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 910点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 660点 |

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 **(新設)**

- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 775点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 455点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 330点 |

第2部 第1節 在宅患者診療・指導料

注6) 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 **(新設)**

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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、**在宅データ提出加算**として、**50点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

注6) **15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）**に対して総合的な医療を提供した場合は、**小児加算**として、**週1回**に限り、**1,000点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、**在宅データ提出加算**として、**月1回に限り、50点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

C004 救急搬送診療料

注4) 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、**重篤な患者**に対して当該診療を行った場合には、**重症患者搬送加算**として、**1,800点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

注16) 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 **（新設）**

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。） 250点

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。） 250点

C007 訪問看護指示料

注3) 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、**手順書加算**として、**患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。（新設）**

【訪問看護指示料】

問 180 区分番号「C007」訪問看護指示料について、「退院時に1回算定できる」とあるが、訪問看護指示書を患者の退院日に交付する場合だけでなく、例えば、退院日に主治医が不在である等の理由により退院日前に訪問看護指示書を交付する場合においても、退院日に算定可能か。

(答) 算定可。

C014 外来在宅共同指導料 (新設)

- | | | |
|---|-------------|------|
| 1 | 外来在宅共同指導料 1 | 400点 |
| 2 | 外来在宅共同指導料 2 | 600点 |

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

注2) 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。この場合において、区分番号**A000**に掲げる初診料、区分番号**A001**に掲げる再診料、区分番号**A002**に掲げる外来診療料、区分番号**C000**に掲げる往診料、区分番号**C001**に掲げる在宅患者訪問診療（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。

第2部 第2節 第1款 在宅療養指導管理料

通則3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。 **（追加）**

※ C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料が追加された。

第2部 第2節 第1款 在宅療養指導管理料

C101 在宅自己注射指導管理料

注1) 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に**区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料**又は第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。**(変更)**

※**区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料が追加**

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、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**1又は2のイ若しくは口の所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。****(変更)**

※「**区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に**」が削除

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

注3) 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、**遠隔モニタリング加算**として、**月1回に限り115点を所定点数に加算**する。**(新設)**

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点 (新設)

注) 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点 (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、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点 (新設)

注) 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点 (新設)

注1) 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

注2) 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第2部 第2節 第2款 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

注3) 7については、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

※「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」から「インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して」へ変更

注4) SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、3月に3回に限り、40点を更に第1款の所定点数に加算する。 (新設)

C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点 (新設)

注) 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点 (新設)

注) 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算 (新設)

1	1月目	7,480点
2	2月目以降	1,800点

注) 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3部 検査 第1節 検体検査料

D001 尿中特殊物質定性定量検査

- 2 VMA定性(尿)、尿グルコース (削除) ~~Bence-Jones~~蛋白定性(尿)
- 10 ウロポルフィリン(尿)、トリプシノーゲン2(尿) (追加)

D004 穿刺液・採取液検査

- 2 関節液検査 50点 (新設)

D005 血液形態・機能検査

- 7 血中微生物検査、DNA含有赤血球計数検査 (追加)

D006-3 BCR-ABL1

- 1 Major BCR-ABL1 (mRNA定量(国際標準値)) (変更)
- 診断の補助に用いるもの 2,520点 (新設)
 - モニタリングに用いるもの 2,520点 (新設)
- 2 minor BCR-ABL mRNA
- 診断の補助に用いるもの 2,520点 (新設)
 - モニタリングに用いるもの 2,520点 (新設)

※Major BCR-ABL1 (mRNA定量(国際標準値)) からBCR-ABL1へ名称変更

第3部 検査 第1節 検体検査料

D006-5 染色体検査（全ての費用を含む。）

- | | | | |
|---|-------------|--------|------|
| 1 | FISH法を用いた場合 | 2,553点 | （新設） |
| 2 | その他の場合 | 2,553点 | （新設） |

注2) 2については、**流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合**は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。
（新設）

D006-19 がんゲノムプロファイリング検査 44,000点

注2) 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。
（新設）

※「1 検体提出時 8,000点 及び 2 結果説明時 48,000点」は削除

D006-23 遺伝子相同組換え修復欠損検査 32,200点 （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行われる場合に算定する。

D006-24 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 10,000点 （新設）

D006-25 CYP2C9遺伝子多型 2,037点 （新設）

第3部 検査 第1節 検体検査料

D006-26 染色体構造変異解析 8,000点 (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行われる場合に算定する。

D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) (新設)

1	R O S 1 融合遺伝子検査	2,500点
2	A L K 融合遺伝子検査	2,500点
3	M E T e x 14 遺伝子検査	5,000点
4	N T R K 融合遺伝子検査	5,000点

注1) 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の1若しくは2に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げるE G F R 遺伝子検査 (血漿) 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4,000点又は6,000点を算定する。

注2) 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3及び4に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。

D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770点 (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行われる場合に算定する。

D008-52 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点 (新設)

D008-53 レプチン 1,000点 (新設)

D026 検体検査判断料

注6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

注5) 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、**冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）**として、**7,200点を所定点数に加算する。**（新設）

D215-4 超音波減衰法検査 200点（新設）

注) 区分番号D215-2に掲げる**肝硬度測定**又は区分番号D215-3に掲げる**超音波エラストグラフィ**を算定する患者については、**当該検査の費用は別に算定しない。**

D217 骨塩定量検査

2 REMS法（腰椎） 140点（新設）

注) 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、**大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。**

第3部 検査 第3節 生体検査料

D250 平衡機能検査

6 ビデオヘッドインパルス検査 300点 (新設)

~~D276 網膜中心血管圧測定~~ 削除

~~1 簡単なもの 42点~~

~~2 複雑なもの 100点~~

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

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、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年3回に限り算定する。

※9歳未満から16歳未満の患者へ変更 年2回から年3回へ変更された。

D310 小腸内視鏡検査

2 スパイラル内視鏡によるもの 6,800点 (新設)

注2) 3について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。 (新設)

D313 大腸内視鏡検査

注3) 1のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。 (新設)

注4) 2について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。 (新設)

D413 前立腺針生検法

- | | | |
|-------------------------|--------|-------|
| 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの | 8,210点 | (細分化) |
| 2 その他のもの | 1,540点 | (細分化) |

注) 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
(新設)

※前立腺針生検法 1,400点が細分化された

D415-4 経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）

注) ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。
(新設)

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

注10) MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、**肝エラストグラフィ加算**として、**600点を所定点数に加算**する。 **（新設）**

通則5

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
(変更)

※ 1処方につき70枚を超えてから63枚へ変更

F400 処方箋料

注2) 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合 （保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。） には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
(追加)

通則6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者 （悪性腫瘍を主病とする患者を除く。） に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。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。
（変更）

※G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入が削除

※「悪性腫瘍等の患者であるもの」から「悪性腫瘍を主病とする患者を除く」へ変更

注7) 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。 **（新設）**

※令和2年4月版の 注7) 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。は削除

第7部 リハビリテーション

H000	心大血管疾患リハビリテーション料	注5
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	注7
H002	運動器リハビリテーション料	注7
H003	呼吸器リハビリテーション料	注5

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、**リハビリテーションデータ提出加算**として、**月1回に限り50点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、**リハビリテーションデータ提出加算**として、**月1回に限り50点を所定点数に加算**する。 **(新設)**

H004 摂食機能療法（1日につき）

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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、**摂食嚥下機能回復体制加算**として、当該基準に係る区分に従い、患者（八については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）**1人につき週1回に限り**次に掲げる点数を**所定点数に加算**する。

- イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点 **（細分化）**
- ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点 **（細分化）**
- ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点 **（細分化）**

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

注4) 特定機能病院若しくは区分番号A 3 1 1 - 4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。 **（変更）**

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

- | | | |
|--|------|--------------|
| (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 | 500点 | （細分化） |
| (2) (1) 以外の場合 | 300点 | （細分化） |

※ 「注4) イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点」から細分化。

注9) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**1を算定する患者**であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、**療養生活継続支援加算**として、**初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算**する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 **（新設）**

※注8 療養生活環境指導加算

I 0 0 2 – 3 救急患者精神科継続支援料

注3) 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、**退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。** **(変更)**

※「退院後6月を限度として、計6回に限り算定する」から「退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。」へ変更

I 0 0 6 – 2 依存症集団療法（1回につき）

3 アルコール依存症の場合 300点 **(新設)**

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、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、**週1回かつ計10回に限り算定する。**

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

(注13～注15 新設)

注13) 組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、**外来感染対策向上加算**として、**月1回に限り6点を所定点数に加算**する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる**初診料の注11**、区分番号A 0 0 1に掲げる**再診料の注15**、**第1部の通則第3号又は第2部の通則第5号**にそれぞれ規定する**外来感染対策向上加算**を算定した月は、別に算定できない。

注14) 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A 0 0 0に掲げる**初診料の注12**及び区分番号A 0 0 1に掲げる**再診料の注16**に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**注13に規定する外来感染対策向上加算**を算定した場合は、**連携強化加算**として、**月1回に限り3点を更に所定点数に加算**する。

注15) 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A 0 0 0に掲げる**初診料の注13**及び区分番号A 0 0 1に掲げる**再診料の注17**に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**注13に規定する外来感染対策向上加算**を算定した場合は、**サーベイランス強化加算**として、**月1回に限り1点を更に所定点数に加算**する。

I 0 1 2 – 2 精神科訪問看護指示料

注3) 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、**手順書加算**として、**患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算**する。 **（新設）**

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料（月1回）

※「ハ イ及びロ以外の患者の場合（1） 単一建物診療患者1人 2,030点及び（2） 単一建物診療患者2人以上 1,248点については削除

通則7

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

【耳鼻咽喉科乳幼児処置加算】

問212 第2章第9部処置の通則第7号に規定する耳鼻咽喉科乳幼児処置加算について、「区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する」とあるが、区分番号「J095」耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）から「J115-2」排痰誘発法までに掲げる処置を行った日に限り、1日につき1回算定できるのか。

(答) そのとおり。

通則8

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

第9部 処置

J000 創傷処置

注2) 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。（変更）

※C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料が追加

J000-2 下肢創傷処置（新設）

- 1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 135点
- 2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点
- 3 足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍 270点

J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）

注3) 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。（新設）

J018 喀痰吸引（1日につき）

注3) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。（変更）

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料、及びC112-2在宅喉頭摘出患者指導管理料が追加

J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき）

注3) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。（変更）

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料、及びC112-2在宅喉頭摘出患者指導管理料が追加

J025 酸素テント（1日につき）

注2) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。（変更）

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料が追加

J026 間歇的陽圧吸入法（1日につき）

注2) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。（変更）

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料が追加

J026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき）

注2) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。（変更）

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料が追加

第9部 処置

J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）

注2) 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。 **(変更)**

※C107-3在宅ハイフローセラピー指導管理料が追加

J038 人工腎臓（1日につき）

- 1 慢性維持透析を行った場合1 (二～への点数が削除)
- 2 慢性維持透析を行った場合2 (二～への点数が削除)
- 3 慢性維持透析を行った場合3 (二～への点数が削除)

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。

ハ 導入期加算3 800点 (新設)

注14) 人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。 **(新設)**

J039 血漿交換療法（1日につき）

注2) 難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚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)**

注3) 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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)**

J045 人工呼吸

- 3 5時間を超えた場合（1日につき）
- | | | |
|----------|------|------|
| イ 14日目まで | 950点 | (新設) |
| ロ 15日目以降 | 815点 | (新設) |

※3 5時間を超えた場合（1日につき）819点から細分化

注3) 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。(新設)

注4) 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。(新設)

J068-2 陰唇癒合剥離 290点 (新設)

K884-2 人工授精 1,820点 (新設)

K884-3 胚移植術 (新設)

- 1 新鮮胚移植の場合 7,500点
- 2 凍結・融解胚移植の場合 12,000点

注1) 患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。

注2) アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

注3) 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

K890-4 採卵術 (新設)

- イ 1個の場合 2,400点
- ロ 2個から5個までの場合 3,600点
- ハ 6個から9個までの場合 5,500点
- ニ 10個以上の場合 7,200点

注) 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

K916 体外式膜型人工肺管理料 (1日につき) (新設)

- 1 7日目まで 4,500点
- 2 8日目以降14日目まで 4,000点
- 3 15日目以降 3,000点

注) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。

K917 体外受精・顕微授精管理料 (新設)

1 体外受精	4,200点
2 顕微授精	
イ 1個の場合	4,800点
ロ 2個から5個までの場合	6,800点
ハ 6個から9個までの場合	10,000点
ニ 10個以上の場合	12,800点

注1) 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。

注2) 区分番号K838-2に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。

注3) 2について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算する。

K917-2 受精卵・胚培養管理料 (新設)

1 1個の場合	4,500点
2 2個から5個までの場合	6,000点
3 6個から9個までの場合	8,400点
4 10個以上の場合	10,500点

注) 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

K917-3 胚凍結保存管理料

(新設)

1 胚凍結保存管理料（導入時）	
イ 1個の場合	5,000点
ロ 2個から5個までの場合	7,000点
ハ 6個から9個までの場合	10,200点
ニ 10個以上の場合	13,000点
2 胚凍結保存維持管理料	3,500点

注) 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

L008-2 体温維持療法（1日につき）

※低体温療法から体温維持療法へ変更

L009 麻酔管理料（Ⅰ）

注5) 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、**周術期薬剤管理加算**として、**75点を所定点数に加算**する。 **（新設）**

L010 麻酔管理料（Ⅱ）

注2) 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、**周術期薬剤管理加算**として、**75点を所定点数に加算**する。 **（新設）**

L101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

※パルス高周波法が追加

第12部 放射線治療

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点 (新設)

7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点 (新設)

注5) 6については、**ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者**に対して、**放射性同位元素内用療法を行い**、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、**放射性同位元素を投与した日に限り算定する。** (新設)

注6) 7については、**MIBG集積陽性の治療切除不能な褐色細胞腫 (パラングリオーマを含む。)**の患者に対して、**放射性同位元素内用療法を行い**、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、**放射性同位元素を投与した日に限り算定する。** (新設)

M001-5 ホウ素中性子捕捉療法 (一連につき) 187,500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患者に対して行われる場合に限り算定する。

注2) ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。**

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、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

注4) 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。