

別紙 1

診療報酬の算定方法（改正案）

（「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準」を統合したもの）

1 医科診療報酬点数表

項目	現行	改正案
<p>第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 （通則の変更）</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合は再診を行った場合は、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び老人保健法第17条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書きに規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>
<p>第1節 初診料 初診料 （点数の見直し）</p>	<p>1 病院の場合 255点 2 診療所の場合 274点</p>	<p>→ 270点</p>

(加算の新設)

(新設)

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。

第2節 再診料

再診料

(点数の見直し)

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

58点
73点

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

57点
71点

(注の変更)

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点(注3又は注4に規定する加算を算定する場合は、7.0点)を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

(注の変更)

注3 保険医療機関が表示する診療時間以外の場合、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注5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、所定点数に180点を加算する。

注3 保険医療機関が表示する診療時間以外の場合、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注

無菌治療室管理加算（1日につき）

（注の変更）

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるもの）を現に算定している患者に限る。）について、90日を限度として所定点数に加算する。ただし、この場合においてHIV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小児療養環境特別加算は算定しない。

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるもの）を現に算定している患者に限り、HIV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小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、90日を限度として所定点数に加算する。

（区分の新設）

（新設）

がん診療連携拠点病院加算（入院初日）

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に、別の保険医療機関からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数

に加算する。

※以下の入院料等を算定している患者について加算する。

- ・一般病棟入院基本料
- ・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
- ・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
- ・緩和ケア病棟入院料
- ・短期滞在手術基本料

栄養管理実施加算（1日につき） 12点
注 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、栄養管理実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に

(新設)

(区分の新設)

- ・亜急性期入院医療管理料
- ・特殊疾患療養病棟入院料
- ・緩和ケア病棟入院料
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料
- ・精神療養病棟入院料
- ・老人一般病棟入院医療管理料
- ・老人性認知症患者治療病棟入院料
- ・診療所老人医療管理料
- ・短期滞在手術基本料

(区分の新設)

(新設)

医療安全対策加算 (入院初日) 50点

注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして
 地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関
 に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、
 入院初日に限り所定点数に加算する。

※以下の入院料等を算定している患者について

- ・精神科急性期治療病棟入院料
- ・精神療養病棟入院料
- ・老人一般病棟入院医療管理料
- ・老人性認知症患者治療病棟入院料
- ・診療所老人医療管理料

(加算の移動)

(新設)

褥瘡患者管理加算 (入院中1回) 20点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡患者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、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数に加算する。

※以下の入院料等を算定している患者について加算する。

- ・一般病棟入院基本料
- ・療養病棟入院基本料

・診療所老人医療管理料

(区分の新設)

(新設)

褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (入院中1回)

500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡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、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A235に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。

※以下の入院料等を算定している患者について加算する。

- ・一般病棟入院基本料
- ・結核病棟入院基本料
- ・精神病棟入院基本料

注 地域医療支援病院又は特定機能病院である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り算定する。

薬剤情報提供料

(注の移動)

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を受けるものに限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により

提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。

第2章第5部

投薬

第2節 処方料

処方料
(点数の見直し)

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

注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

第3節 薬剤料

薬剤
(注の変更)

注3 健康保険法第85条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合

注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難で

であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

ある場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第5節 処方せん料

処方せん料

(点数の見直し)

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 43点
 - ロ イ以外の場合 41点
- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 71点
 - ロ イ以外の場合 69点

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 42点
 - ロ イ以外の場合 40点
- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 70点
 - ロ イ以外の場合 68点

(点数の見直し)

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

注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

(注の新設)

(新設)

注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

点滴注射 (1日につき)

(点数の見直し)

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの及び別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤については、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(点数の見直し)

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社会保険事務局長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つて、悪性腫瘍の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき300点

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社会保険事務局長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つて、治療を開始するに当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪

にあつては、1週間に1回を限度として、
所定点数に200点を加算する。

(新設)

輸血管理料 I 200点

輸血管理料 II 70点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関において、K920に
掲げる輸血を行った場合に、月1回を限度と
して算定する。

5,000点

術中術後自己血回収術 (自己血回収
器具によるもの)
(点数の見直し)

第3節 特定医療機器等加算
(節の新設)

(新設)

第3節 特定医療機器等加算

脊髓誘発電位測定加算 3,130点

注 脊椎、脊髓又は大動脈瘤の手術に当たつ
て、脊髓誘発電位測定を行った場合に算定す
る。

超音波凝固切開装置加算 2,000点

注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たつ
て、超音波凝固装置を使用した場合に算定す

の指導管理料に含まれるものとする。

れぞれの指導管理料に含まれるものとする。

特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

(注の変更)

注 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき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指導料を算定している患者については算定しない。

注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき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を算定している患者については算定しない。

(加算の新設)

(新設)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。

2 特定薬剤治療管理料

(注の新設)

(新設)

注5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与している患者について、同一暦月に血中の複数種の抗てんかん剤の濃度を