

令和 6 年度診療報酬改定対応  
6 月施行分対応  
お知らせ 2

この資料では新しい診療行為コードや操作方法等を抜粋して記載しています

# 目次

1 基本診療料等共通	2
1.1 外来感染対策向上加算(初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法)	2
1.1.1 発熱患者等対応加算(初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法)	2
1.1.2 抗菌薬適正使用加算(初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法)	2
1.2 医療情報取得加算(初診、再診、医学管理等)	3
1.3 医療DX推進体制整備加算(初診、医学管理等)	3
2 初診料・再診料等	5
2.1 初診料	5
2.2 情報通信機器を用いた診療	5
2.3 再診料	5
2.3.1 外来管理加算	5
2.3.2 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算	5
2.3.3 時間外対応加算	5
2.3.4 看護師等遠隔診療補助加算	6
3 医学管理	6
3.1 特定疾患療養管理料	6
3.1.1 患者病名の疾患区分の見直し	6
3.1.2 時限的措置(令和6年6月1日から令和6年9月30日の診療日)について	7
3.2 小児特定疾患カウンセリング料	8
3.3 入院栄養食事指導料	8
3.4 がん性疼痛緩和指導管理料	8
3.5 糖尿病透析予防指導管理料	9
3.6 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	9
3.7 慢性腎臓病透析予防指導管理料	9
3.8 外来腫瘍化学療法診療料	9
3.9 生活習慣病管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)	10
3.10 プログラム医療機器指導管理料	11
3.11 栄養情報連携料	12
4 在宅	12
4.1 往診料	12
4.1.1 緊急往診加算に過去60日以内に訪問診療していない患者などを対象として点数の新設	12
4.1.2 在宅ターミナルケア加算、見取り加算の新設	12
4.1.3 往診時医療情報連携加算の新設	13
4.1.4 介護保険施設等連携往診加算(要届出)の新設	13
4.2 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)	13
4.2.1 基準を満たせなくなった場合に逡減の要件の追加	13
4.2.2 在宅医療DX情報活用加算(10点・月1回 要届出)の新設	13
4.3 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料	13
4.3.1 単一建物診療患者の人数区分の細分化	13
4.3.2 減算コードの新設	13
4.3.3 頻回訪問加算の細分化	14
4.3.4 その他の加算	14
4.4 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	15
4.4.1 在宅医療DX情報活用加算	15
4.4.2 在宅医療情報連携加算	15
4.5 救急患者連携搬送料	15
4.6 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき)	15
4.6.1 緊急訪問看護加算	15
4.6.2 乳幼児加算	16
4.6.3 その他の加算	16
4.7 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	16
4.8 在宅血液透析指導管理料	16
4.9 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	16
4.10 在宅麻薬等注射指導管理料	16
4.11 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	16
4.12 在宅強心剤持続投与指導管理料	17
4.13 持続皮下注入シリンジポンプ加算	17
4.14 在宅ハイフローセラピー装置加算	17
5 投薬	17
5.1 特定疾患処方管理加算	17
5.2 外来後発医薬品使用体制加算	18
5.3 処方箋料	18
5.4 一般名処方加算	18
5.5 湿布薬の取扱い(湿布薬の処方枚数制限の規定)	18
5.6 長期収載品の保険給付の在り方の見直し	19
5.7 容器代	19
6 注射	19
6.1 点数改定	19
6.2 生物学的製剤注射加算	19

6.3	バイオ後続品導入初期加算	19
6.4	外来化学療法加算	19
6.5	埋込型カテーテルによる中心静脈注射	19
6.6	無菌製剤処理料	19
7	処置	20
7.1	ストーマ処置(1日につき)	20
7.2	人工呼吸	20
8	手術	20
8.1	創傷処理の点数改定	20
8.2	皮膚、皮下腫瘍摘出術	21
8.3	慢性膿皮症手術	21
8.4	骨折非観血的整復術の点数改定	21
8.5	骨折観血的手術の点数改定	21
9	検査	21
9.1	包括項目算定	21
9.2	出血・凝固検査	21
9.3	BCR-ABL1	21
9.4	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定	22
10	画像診断	22
10.1	画像診断管理加算	22
11	リハビリテーション	23
11.1	疾患別リハビリテーション料	23
11.2	急性期リハビリテーション加算(入院のみ)	27
12	精神科専門療法	28
12.1	経頭蓋磁気刺激法	28
12.2	通院・在宅精神療法	28
12.2.1	療養生活継続支援加算	28
12.2.2	心理支援加算	28
12.2.3	児童思春期支援指導加算	29
12.2.4	早期診療体制充実加算	29
12.2.5	情報通信機器を用いた精神療法	29
13	その他	30
13.1	診療種別区分	30
13.2	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)【要届出】	30
13.3	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)【要届出】	30
13.4	「その他」点数の画面表示対応	31
14	入院料等	32
14.1	入院基本料	32
14.1.1	一般病棟入院基本料	32
14.1.2	療養病棟入院基本料	32
14.2	入院基本料等加算	37
14.2.1	診療録管理体制加算(病院・診療所)	37
14.2.2	医師事務作業補助体制加算(病院)	37
14.2.3	感染対策向上加算(病院・診療所)	38
14.2.4	後発医薬品使用体制加算(病院・診療所)	38
14.2.5	データ提出加算(病院)	38
14.3	特定入院料	39
14.3.1	回復期リハビリテーション病棟入院料	39
14.3.2	地域包括ケア病棟入院料	40
14.4	短期滞在手術等基本料	42
14.4.1	短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合)	42
14.4.2	短期滞在手術等基本料3(4泊5日まで)	42
14.5	食事	49
14.5.1	入院時食事療養費・入院時生活療養費	49
14.5.2	食事療養標準負担額・生活療養標準負担額	50

## 本資料について

本資料では新しい診療行為コードやオルカの操作方法等を抜粋して記載しています。

これまでと診療行為コードに変更がないものでも、算定要件や点数等が変更となっている場合がありますのでご確認ください。

算定項目に簡単な説明が書かれている場合がありますが、一部抜粋です。

算定要件は届出先が発行する資料や点数本、下記のウェブサイト等でご確認ください。

### 令和6年度診療報酬改定について（厚生労働省）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00045.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html)

本ウェブサイトには、選択式コメントも公開されています。本改定で、新しく加わったコメントや、紙レセプトのみに記載が求められるものも明記されています。以下の別表をご確認ください。

#### 3「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（通知）

令和6年3月27日 保医発0327第5号

- 別表Ⅰ 医科全体
- 別表Ⅱ 投薬・注射
- 別表Ⅲ 検査値

※別表Ⅰから別表Ⅲまでの、令和6年6月1日適用の旨が表示されたコードについて

令和6年9月診療分までは経過措置です。10月診療分より選択する必要があります。お早めに、セット内容の変更をお願いします。

## 引用元

### ○日本医師会 ORCA 管理機構 日医標準レセプトソフト

<https://www.orca.med.or.jp/receipt/index.html>

令和6年度診療報酬改定資料

<https://www.orca.med.or.jp/receipt/revision/202406.html>

### ○有限会社メディカル・サポート・システムズ 様の Web サイト

<https://www.medsus.jp/>

診療報酬算定関係

<https://www.medsus.jp/category/caluculation/>

## 1 基本診療料等共通

### 1.1 外来感染対策向上加算（初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法）

施設基準が見直されました。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(14)の基準（都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関であること）を満たしているものとみなす。

#### 1.1.1 発熱患者等対応加算（初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法）

発熱患者等対応加算（20点・月1回）が新設されました。

外来感染対策向上加算を算定済みでも算定可能となります。

111702970 発熱患者等対応加算（初診）

112708670 発熱患者等対応加算（再診）

113702590 発熱患者等対応加算（医学管理等）

114704290 発熱患者等対応加算（在宅医療）

180762170 発熱患者等対応加算（精神科訪問看護・指導料）

#### 1.1.2 抗菌薬適正使用加算（初診、再診、医学管理等、在宅医療、精神科専門療法）

抗菌薬適正使用加算（5点・月1回 要届出）が新設されました。

2科目初診料の場合は算定不可です。

111703070 抗菌薬適正使用体制加算（初診）

112708770 抗菌薬適正使用体制加算（再診）

113702490 抗菌薬適正使用体制加算（医学管理等）

114704390 抗菌薬適正使用体制加算（在宅医療）

180762270 抗菌薬適正使用体制加算（精神科訪問看護・指導料）

- 施設基準の設定により自動発生します
- 医学管理等又は在宅医療の加算については管理料を入力により自動発生します
- 「抗菌薬適正使用体制加算（精神科訪問看護・指導料）」は自動発生しません
- 算定回数上限の算定要件を満たしている場合に自動発生します

## 1.2 医療情報取得加算（初診、再診、医学管理等）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算から名称変更されました。

111703170 医療情報取得加算 1（初診） 3 点

111703270 医療情報取得加算 2（初診） 1 点

112708870 医療情報取得加算 3（再診） 2 点

112708970 医療情報取得加算 4（再診） 1 点

112709170 医療情報取得加算 3（外来診療料） 2 点

112709270 医療情報取得加算 4（外来診療料） 1 点

113705270 医療情報取得加算 1（医学管理等） 3 点

113705370 医療情報取得加算 2（医学管理等） 1 点

113705770 医療情報取得加算 3（医学管理等） 2 点

113705570 医療情報取得加算 4（医学管理等） 1 点

- 自動算定しません
- 医療情報取得加算 1、医療情報取得加算 2、医療情報取得加算 3、医療情報取得加算 4 は、同月にいずれか 1 つ算定可能です
- 医療情報取得加算 3、医療情報取得加算 4 は、3 月に 1 回いずれか 1 つ算定可能です
- 手技料が初診、再診、外来診療料の場合、手技料と算定する加算の組み合わせが違う時はエラーとなります
- 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」と同様のチェックとなります

### 1.3 医療DX推進体制整備加算（初診、医学管理等）

医療DX推進体制整備加算（8点・月1回 要届出）が新設されました。

111703370 医療DX推進体制整備加算（初診）

113705470 医療DX推進体制整備加算（医学管理等）

- 初診、小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の初診の自動算定時に施設基準の設定により自動算定します。
- 在宅医療DX情報活用加算、訪問看護医療DX情報活用加算とは同一月算定不可
- 2科目初診料の場合は算定不可

#### 【施設基準】

- 届出用紙は様式1の6
- レセプトオンライン請求を行っている
- オンライン資格確認を行う体制を有している（オンライン資格確認の導入時にポータルサイトから運用開始日を登録済）
- 診察室等（診察室、手術室、処置室等）で、医師等が以下の内容を閲覧・活用できる体制を有している
  - オンライン資格確認等システムを活用して取得した患者の薬剤情報、特定健診情報等
- 電子処方箋を発行できる体制を有している【経過措置：令和7年3月31日】
- 電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を有している【経過措置：令和7年9月30日まで】
- マイナ保険証の利用率が一定割合以上【令和6年10月1日から適用】
- 次の項目を院内の見やすい場所に掲示【経過措置：令和7年9月30日まで】
  - 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行っていること(具体的には次に掲げる事項)
    - ア、医師等が診療を実施する診察室等で、オンライン資格確認等システムで取得した診療情報等を活用して診療を実施している
    - イ、マイナ保険証の利用促進等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる
    - ウ、電子処方箋の発行・電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している
- 上記の院内掲示は、原則としてウェブサイトに掲載している(自ら管理するホームページ等が無い場合は除く)【経過措置：令和7年5月31日まで】

## 2 初診料・再診料等

### 2.1 初診料

点数改定

初診料	288点	→	291点
情報通信機器を用いた場合	251点	→	253点
紹介のない場合	214点	→	216点
紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合	186点	→	188点
妥結率が低い場合	214点	→	216点
妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合	186点	→	188点
同一日2科目	144点	→	146点
同一日2科目・情報通信機器を用いた場合	125点	→	127点
同一日2科目・紹介のない場合	107点	→	108点
同一日2科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合	93点	→	94点
同一日2科目・妥結率が低い場合	107点	→	108点
同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合	93点	→	94点

### 2.2 情報通信機器を用いた診療

施設基準が見直されました。

情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること（経過措置なし）。

### 2.3 再診料

点数改定

再診料	73点	→	75点
情報通信機器を用いた場合	73点	→	75点
妥結率が低い場合	54点	→	55点
同一日2科目	37点	→	38点
同一日2科目・妥結率が低い場合	27点	→	28点

#### 2.3.1 外来管理加算

生活習慣病管理料の包括項目とされました。

#### 2.3.2 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算

要件及び施設基準の追加がありました。

#### 2.3.3 時間外対応加算

時間外対応加算2（4点・要届出）が新設され、3区分から4区分とされました。

112016070 時間外対応加算 1 5 点

112708370 時間外対応加算 2 4 点

112708470 時間外対応加算 3 3 点

112708570 時間外対応加算 4 1 点

- 施設基準の設定により再診料自動算定時に自動発生します。

### 2.3.4 看護師等遠隔診療補助加算

看護師等遠隔診療補助加算（50 点 要届出）が新設されました。

注 20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50 点を所定点数に加算する。

112709070 看護師等遠隔診療補助加算（再診） 50 点

## 3 医学管理

### 3.1 特定疾患療養管理料

対象疾患から「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」が削除され、「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」が追加されました。

#### 3.1.1 患者病名の疾患区分の見直し

##### **【既に登録されている病名の対応】**

対象疾患から削除された病名の疾患区分は、自動的に空白にはなりません。手入力にて修正が必要です

1. 対象疾患から削除された病名を登録されている患者については、該当する病名の疾患区分「05（特定疾患療養管理料）」を空白に変更して登録します  
「08（特定疾患療養管理料又はてんかん指導料）」の場合は「07（てんかん指導料）」に変更します
2. 追加された2つの対象疾患を登録されている患者については、疾患区分に「05（特定疾患療養管理料）」を登録します
3. 診療開始日はそのまま（開始日は切らない）とします。ただし、改定前の会計入力時は注意してください

##### **【今後登録する病名の対応】**

- 6月以降、新たに対象疾患から削除された病名を登録する際、疾患区分に自動的に「05（特定疾患療養管理料）」が表示されます。空白に変更して登録してください

- 追加された2つの対象疾患を病名登録する際、疾患区分に自動的に「05（特定疾患療養管理料）」が表示されません。疾患区分に「05（特定疾患療養管理料）」を登録してください

### 3.1.2 時限的措置(令和6年6月1日から令和6年9月30日の診療日)について

自動発生の見直しを行いました。

【注意】令和6年6月1日から令和6年9月30日の診療日入力についての時限的措置となります。

お早めに「3.1.1 患者病名の疾患区分の見直し」を行ってください。

#### 【管理料を自動算定する病名コード】

患者病名を、以下の病名コードとして登録されている場合は管理料を自動発生します。

8830279「アナフィラキシー」

3570001「ギラン・バレー症候群」

※算定しない場合は自動発生した算定コードを削除してください

※病名コードを確認する場合は、確認したい病名を選択し、「CD表示」を押してください

#### 【管理料を自動算定しない病名コード】

患者病名に疾患区分「05（特定疾患療養管理料）」が設定された以下の病名コードとして登録されているものについては自動発生の対象から除外します。

これ以外の対象疾患から削除された病名で疾患区分「05（特定疾患療養管理料）」または「08（特定疾患療養管理料）又はてんかん指導料）」が登録されている場合は自動発生の対象となります。

2500001「インスリン抵抗性糖尿病」

2500013「糖尿病」

2500014「1型糖尿病」

2500015「2型糖尿病」

8833421「高血圧症」

8842500「収縮期高血圧症」

4019016「若年高血圧症」

8840107「本態性高血圧症」

8844446「脂質異常症」

2724007「高脂血症」

2720004「高コレステロール血症」

※病名コードを確認する場合は、確認したい病名を選択し、「CD表示」を押してください

## 3.2 小児特定疾患カウンセリング料

算定期間が4年に延長されました。

2年以内は月2回、2年超4年以内は月1回算定となります。

113702610 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（初回）800点

113702710 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（1年以内・月の1回目）600点

113702810 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（1年以内・月の2回目）500点

113702910 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（2年以内・月の1回目）500点

113703010 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（2年以内・月の2回目）400点

113703110 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（4年以内）400点

113703210 小児特定疾患カウンセリング料（医師・初回）（通信機）696点

113703310 小児特定疾患カウンセリング料（医師・1年以内・1回目）（通信機）435点

113703410 小児特定疾患カウンセリング料（医師・1年以内・2回目）（通信機）522点

113703510 小児特定疾患カウンセリング料（医師・2年以内・1回目）（通信機）435点

113703610 小児特定疾患カウンセリング料（医師・2年以内・2回目）（通信機）348点

113703710 小児特定疾患カウンセリング料（医師・4年以内）（通信機）348点

### [算定要件]

- ・ 初回(800点)は、原則として同一患者に対して、初めてカウンセリングを行った場合に限り算定することができる

（治療が終了した症状及び疾病等と異なる症状及び疾病等により受診し、カウンセリングを受ける必要があると医師が判断する場合には、初回(800点)が算定可能）

## 3.3 入院栄養食事指導料

栄養情報提供加算（50点）が廃止されました。

## 3.4 がん性疼痛緩和指導管理料

難治性がん性疼痛緩和指導管理加算（100点 要届出）が新設されました。

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、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、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

113703870 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算 100点

### 3.5 糖尿病透析予防指導管理料

特定疾患療養管理料を算定している場合も算定可能とされました。

### 3.6 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

乳腺炎重症化予防ケア・指導料2（要届出）が新設されました。

113703910 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2（2回目から8回目まで）200点

113704010 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2（初回）500点

### 3.7 慢性腎臓病透析予防指導管理料

慢性腎臓病透析予防指導管理料（要届出）が新設されました。

113704110 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1年以内）300点

113704310 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1年を超えた期間）250点

113704210 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1年以内）（情報通信機器）261点

113704410 慢性腎臓病透析予防指導管理料（1年を超えた期間）（情報通信機器）218点

### 3.8 外来腫瘍化学療法診療料

「イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合」が「初回から3回目まで」と「4回目以降」に区分されました。

がん薬物療法体制充実加算（100点・月1回 要届出）が新設されました。

113704510 外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与）（4回目以降）450点

113704610 外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から3回目）800点

113704710 外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与）（4回目以降）320点

113704810 外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から3回目）600点

113704910 外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与）（4回目以降）280点

113705010 外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から3回目）540点

113705110 外来腫瘍化学療法診療料3（イ以外の必要な治療管理を行った場合）180点

113705970 がん薬物療法体制充実加算（外来腫瘍化学療法診療料1）100点

### 3.9 生活習慣病管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点・月1回）が新設されました。

外来管理加算が包括対象とされました。

113707110 生活習慣病管理料 2 333点

113707210 生活習慣病管理料 2（情報通信機器） 290点

180	生活習慣病管理料(Ⅰ)(届出不要)	生活習慣病管理料(Ⅱ)(届出不要)
点数	脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 情報通信機器を用いた診療 290点
加算		・血糖自己測定指導加算(年1回) 500点 ・外来データ提出加算(要届出) 50点
同日の包括項目	・外来管理加算：生活習慣病管理料算定日とは“別日”の外來管理加算は算定要件を満たせば算定可	
同月の包括項目	・医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料等も含む) ・検査 ・注射 ・病理診断	・医学管理等(以下を除く)
包括対象外の医学管理等	糖尿病合併症管理料 がん性疼痛緩和指導管理料 外来緩和ケア管理料 糖尿病透析予防指導管理料 慢性腎臓病透析予防指導管理料	↳ 左記5項目に加え 薬剤情報提供料 外来栄養食事指導料 診療情報提供料(Ⅰ) 集団栄養食事指導料 診療情報提供料(Ⅱ) ニコチン依存症管理料 診療情報連携共有料 電子的診療情報評価料 連携強化診療情報提供料 療養・就労両立支援指導料 プログラム医療機器等指導管理料
他管理料との併算定について	糖尿病を主病とする場合、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	
療養計画書	・療養計画書を交付【次ページ：様式9(初回用)、様式9の2(継続用)、又はこれに準じた様式】 ・療養計画書の内容に変更がない場合は交付しなくてもよいが、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する ・2回目以降は、理解済みと医師が確認し療養計画書下部にチェックすれば患者の同意署名は省略可	
(Ⅰ)と(Ⅱ)の算定について	生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定月から起算して6月以内は、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定不可	

有限会社メディカル・サポート・システムズ」様の Web サイト改定資料より

#### [対応内容]

- ・ 外来管理加算
  - 生活習慣病管理料を算定した日は外来管理加算を算定しません
- ・ 生活習慣病管理料の算定から6か月以内
  - 生活習慣病管理料2算定月から起算して6月以内の期間は生活習慣病管理料1は警告
  - 生活習慣病管理料1算定月から起算して6月以内の期間は生活習慣病管理料2は警告

#### [自動算定]

病名等からの自動算定の機能はありませんが、「12登録」にて、個別の患者に対して、当該管理料の自動算定の設定することは可能です。

1. 「12登録」にて、該当の患者を呼び出します
2. 「その他」タブを選択します

3. 画面右下の「管理料等自動算定」の項目に「113707110」等を入力します  
 ※枠内に「生活習慣病管理料」と入力し、名称検索も可能です

4. 「登録」を押します。

(P02)患者登録-患者登録-アプセルN診療所 [ormaster]

000038 五月 阜月 女 S50. 5. 5 前回:R 2. 7.19 旧姓

受付 基本情報 保険組合せ履歴 連絡先等 所得者情報 入力履歴 特記事項・レセプト分割 **その他**

地域連携ID 情報提供 番号 ID識別 ID番号 備考

電子版お薬手帳 QRコード データフォーマット

日医版連携 データフォーマット

介護保険情報

番号	保険者番号	被保険者番号	有効開始日	有効終了日	保険者名

所在地 電話

選択番号 保険者番号 被保険者番号 有効期間

削除 更新

介護認定情報

番号	要介護状態	認定日	有効開始日	有効終了日

選択番号 要介護状態 認定日 有効期間

削除 更新

保険証限度額認定証 同意日 履歴

妊婦

地域包括診療対象疾病

高血圧症  糖尿病  脂質異常症  認知症

慢性心不全  慢性腎臓病

認知症地域包括診療加算算定

小児かかりつけ診療料算定

管理料等自動算定

1. **113707110** 生活習慣病管理料2

2.

3.

再発行 保険追加 公費追加 -タブ切替 労災・自賠 主科設定 患者複写 禁忌薬剤

戻る クリア 前回患者 患者削除 保険組合せ 前 次 タブ切替 氏名検索 予約登録 受付一覧 **登録**

5. 「21 診療行為」入力画面にて、当該患者を呼び出すと、月 1 回、生活習慣病管理料を自動算定します

(K02)診療行為入力-診療行為入力-アプセルN診療所 [ormaster]

000038 ゴガツ サツキ 女 0001 協会 (01270016)

R 6. 6. 1 院外 五月 阜月 S50. 5. 5 49才 01 内科 0009 内科 太郎

診区	入力コード	名称	数量	点数
12	saishin	*C再診料		
	meisai	明細書発行体制等加算	76 X 1	76
13	<b>113707110</b>	*生活習慣病管理料2	333 X 1	333

### 3.10 プログラム医療機器指導管理料

プログラム医療機器指導管理料（90点・月1回 要届出）が新設されました。

113707310 プログラム医療機器等指導管理料（ニコチン依存症） 90点

113707610 プログラム医療機器等指導管理料（高血圧症） 90点

113707470 導入期加算（プログラム医療機器指導管理料） 50点

### 3.11 栄養情報連携料

栄養情報連携料（70点・入院中1回）が新設されました。

113707510 栄養情報連携料 70点

## 4 在宅

### 4.1 往診料

#### 4.1.1 緊急往診加算に過去60日以内に訪問診療していない患者などを対象として点数の新設

114704470 緊急往診加算（定める患者以外の患者） 325点

114704570 夜間往診加算（定める患者以外の患者） 405点

114704670 休日往診加算（定める患者以外の患者） 405点

114704770 深夜往診加算（定める患者以外の患者） 485点

114742970 緊急往診加算（特別往診料）（定める患者以外の患者） 325点

114743070 夜間往診加算（特別往診料）（定める患者以外の患者） 405点

114743170 休日往診加算（特別往診料）（定める患者以外の患者） 405点

114743270 深夜往診加算（特別往診料）（定める患者以外の患者） 485点

#### 4.1.2 在宅ターミナルケア加算、見取り加算の新設

114704810 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化在支診等）（病床有） 6,500点

114704910 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化在支診）（病床無） 5,500点

114705010 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等） 4,500点

114705110 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等以外） 3,500点

114705210 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化在支診等）（病床有） 6,500点

114705310 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化在支診）（病床無） 5,500点

114705410 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等） 4,500点

114705510 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等以外） 3,500点

114705610 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（往診・在宅ターミナルケア） 1,000点

114705710 在宅療養実績加算1（往診・在宅ターミナルケア） 750点

114705810 在宅療養実績加算2（往診・在宅ターミナルケア） 500点

114705910 酸素療法加算（往診・在宅ターミナルケア） 2,000点

114706010 看取り加算（往診・在宅ターミナルケア） 3,000点

#### 4.1.3 往診時医療情報連携加算の新設

114706110 往診時医療情報連携加算（往診料） 200 点

#### 4.1.4 介護保険施設等連携往診加算（要届出）の新設

114706210 介護保険施設等連携往診加算（往診料） 200 点

### 4.2 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）

#### 4.2.1 基準を満たせなくなった場合に逡減の要件の追加

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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合における5回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

114706310 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1（同一建物居住者以外）（逡減） 444 点

114706410 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1（同一建物居住者）（逡減） 107 点

114706610 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） イ（逡減） 75 点

#### 4.2.2 在宅医療DX情報活用加算（10点・月1回 要届出）の新設

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。

114706510 在宅医療DX情報活用加算（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）） 10 点

### 4.3 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料

#### 4.3.1 単一建物診療患者の人数区分の細分化

単一建物診療患者の「10人以上」の区分が、「10～19人」「20～49人」、「50人以上」に細分化されました。

新設された算定コード（略）

（例）114711810 在医総管（在支診等・月2回～10～19人） 985 点

114729010 施医総管（在支診等・月2回～10～19人） 985 点

「21診療行為」入力画面の入力コード欄に、「在医総管/施医総管」と入力し、算定するコードを検索してください。検索方法に関する詳細は、「お知らせ1」の「3新たに算定する診療行為の確認」をご覧ください。

#### 4.3.2 減算コードの新設

単一建物診療患者の「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」で自院及び特別の関係の医療機関の直近3カ月の訪問診療回数が2,100回以上かつ一定の要件を満たせない場合は100分の60に減算するとされました。

#### 減算点数の算定コード（略）

（例）114721110 在医総管（在支診等・月2回～10～19人減） 591点

114737710 施医総管（在支診等・月2回～10～19人減） 591点

#### 4.3.3 頻回訪問加算の細分化

在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算します。

114715910 頻回訪問加算（在医総管・施医総管）（初回） 800点

114716010 頻回訪問加算（在医総管・施医総管）（2回目以降） 300点

#### 4.3.4 その他の加算

114716110 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（10人～19人） 100点

114716210 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（20人～49人） 85点

114716310 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（50人～） 75点

114733110 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（10人～19人） 75点

114733210 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（20人～49人） 63点

114733310 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（50人～） 56点

114716610 在宅療養実績加算1（在医総管）（10人～19人） 75点

114716710 在宅療養実績加算1（在医総管）（20人～49人） 63点

114716810 在宅療養実績加算1（在医総管）（50人～） 56点

114733610 在宅療養実績加算1（施医総管）（10人～19人） 56点

114733710 在宅療養実績加算1（施医総管）（20人～49人） 47点

114733810 在宅療養実績加算1（施医総管）（50人～） 42点

114717110 在宅療養実績加算2（在医総管）（10人～19人） 50点

114717210 在宅療養実績加算2（在医総管）（20人～49人） 43点

114717310 在宅療養実績加算2（在医総管）（50人～） 38点

114734110 在宅療養実績加算2（施医総管）（10人～19人） 40点

114734210 在宅療養実績加算2（施医総管）（20人～49人） 33点

114734310 在宅療養実績加算2（施医総管）（50人～） 30点

114717410 在宅療養移行加算1（在医総管・施医総管（在支診等以外）） 316点

114717510 在宅療養移行加算2（在医総管・施医総管（在支診等以外）） 216点

114717610 在宅療養移行加算 3（在医総管・施医総管（在支診等以外）） 216 点

114717710 在宅療養移行加算 4（在医総管・施医総管（在支診等以外）） 116 点

114723810 在宅医療情報連携加算（在医総管・施医総管） 100 点

## 4.4 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

### 4.4.1 在宅医療DX情報活用加算

114740410 在宅医療DX情報活用加算（在宅がん医療総合診療料） 10 点

### 4.4.2 在宅医療情報連携加算

別に厚生労働大臣が定める施設基準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診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護チームの保健師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

114740510 在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料） 100 点

## 4.5 救急患者連携搬送料

救急患者連携搬送料（要届出）が新設されました。

114740610 救急患者連携搬送料（入院中の患者以外の患者） 1,800 点

114740710 救急患者連携搬送料（入院初日の患者） 1,200 点

114740810 救急患者連携搬送料（入院2日目の患者） 800 点

114740910 救急患者連携搬送料（入院3日目の患者） 600 点

## 4.6 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

### 4.6.1 緊急訪問看護加算

患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、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。

114741010 緊急訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一）月14日目まで） 265 点

114741110 緊急訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一）月15日目以降） 200 点

#### 4.6.2 乳幼児加算

6歳未満の乳幼児に対し、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、乳幼児加算として、1日につき130点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合には、180点）を所定点数に加算する。

114741270 乳幼児加算（訪問看護・訪問看護（同一））（厚労大臣が定める者） 180点

#### 4.6.3 その他の加算

114741310 訪問看護医療DX情報活用加算（訪問看護・訪問看護（同一）） 5点

114741410 遠隔死亡診断補助加算（看護師）（通信機・医師死亡診断補助） 150点

#### 4.7 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（200点・月1回）が新設されました。

114741510 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

#### 4.8 在宅血液透析指導管理料

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。

114741670 遠隔モニタリング加算（在宅血液透析指導管理料） 115点

#### 4.9 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218点を算定する。

114741710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2（情報通信機器） 218点

#### 4.10 在宅麻薬等注射指導管理料

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料から名称変更されました。

114741810 在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍） 1,500点

114741910 在宅麻薬等注射指導管理料（筋萎縮性側索硬化症等） 1,500点

114742010 在宅麻薬等注射指導管理料（心不全又は呼吸器疾患） 1,500点

#### 4.11 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

114742110 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500 点

#### 4.12 在宅強心剤持続投与指導管理料

別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

114742210 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500 点

#### 4.13 持続皮下注入シリンジポンプ加算

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、持続皮下注入シリンジ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。

114742310 持続皮下注入シリンジポンプ加算（月5個～10個未満） 2,330 点

114742410 持続皮下注入シリンジポンプ加算（月10個～15個未満） 3,160 点

114742510 持続皮下注入シリンジポンプ加算（月15個～20個未満） 3,990 点

114742610 持続皮下注入シリンジポンプ加算（月20個～） 4,820 点

#### 4.14 在宅ハイフローセラピー装置加算

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。

114742710 在宅ハイフローセラピー装置加算（自動給水加湿チャンバー） 3,500 点

114742810 在宅ハイフローセラピー装置加算（1以外の場合） 2,500 点

### 5 投薬

#### 5.1 特定疾患処方管理加算

- 特定疾患処方管理加算1→廃止
- 特定疾患処方管理加算2→特定疾患処方管理加算に名称変更、点数も変更
- 対象疾患の変更
  - 削除:「糖尿病」、「高血圧」、「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」
  - 追加:「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」
- リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の場合も算定可能

120005610 特定疾患処方管理加算（処方料） 56 点

120005710 特定疾患処方管理加算（処方箋料） 56 点

## 患者病名の疾患区分による自動算定について

対象疾患から削除された疾患の疾患区分が「特定疾患療養管理料」である場合は、引き続き、特定疾患処方加算の自動発生の対象となります。

当該加算を算定しない場合は、疾患区分を空白にする、もしくは、算定確認メッセージ「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します。」を表示しますので、対象疾患でない場合は「NO」で算定しないようにします。

## 5.2 外来後発医薬品使用体制加算

点数が引き上げられました。

施設基準の見直しがされました。

外来後発医薬品使用体制加算 1 8点

外来後発医薬品使用体制加算 2 7点

外来後発医薬品使用体制加算 3 5点

## 5.3 処方箋料

点数が引き下げられました。

同一敷地内薬局に関する評価の見直しがありました。

向精神薬多剤投与 20点

7種類以上内服薬 32点

その他 60点

## 5.4 一般名処方加算

点数が引き上げられました。

施設基準が設けられたが届出の必要はありません（経過措置あり）。

一般名処方加算 1 10点

一般名処方加算 2 8点

## 5.5 湿布薬の取扱い（湿布薬の処方枚数制限の規定）

- 「湿布薬」の用語を見直し、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する「貼付剤」とされた
- 貼付剤のうち麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものは対象外とされた
- 各種がんにおける鎮痛の目的で用いる貼付剤は対象外とされた

## 5.6 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

- ・ 長期収載品の選定療養導入と処方箋様式の変更

### 【施行日等】

令和6年10月1日から施行・適用する。

※ORCA未対応。後日対応予定

## 5.7 容器代

投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できるとされました。

現行でも実費の徴収は可能であるため特に対応はありません。算定する場合は自費マスタを作成します。

## 6 注射

### 6.1 点数改定

各注射実施料の点数が引き上げられました。（略）

### 6.2 生物学的製剤注射加算

算定対象注射薬に乾燥ヘモフィルスb型ワクチンが追加されました。

### 6.3 バイオ後続品導入初期加算

対象患者に入院中の患者以外の患者へ拡大されました。

### 6.4 外来化学療法加算

算定要件が追加されました。

### 6.5 埋込型カテーテルによる中心静脈注射

算定要件の見直されました。

### 6.6 無菌製剤処理料

無菌製剤処理料1の対象患者に脳脊髄腔注射が追加されました。

## 7 処置

### 7.1 ストーマ処置（1日につき）

ストーマ合併症加算（65点 要届出）が新設されました。

140700670 ストーマ合併症加算 65点

以下のストーマ合併症のいずれかを有し、かつ、ストーマ合併症の重症度分類グレード2以上の患者である場合に算定する。

- ア 傍ストーマヘルニア
- イ ストーマ脱出
- ウ ストーマ腫瘤
- エ ストーマ部瘻孔
- オ ストーマ静脈瘤
- カ ストーマ周囲肉芽腫
- キ ストーマ周囲難治性潰瘍等

### 7.2 人工呼吸

腹臥位療法加算（900点）が新設されました。

140700770 腹臥位療法加算 900点

人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群（ARDS）患者に対し、12時間以上の続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること。

## 8 手術

### 8.1 創傷処理の点数改定

- 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)
  - 口,その他のもの 2,690点 ⇒ 3,090点
- 小児創傷処理(6歳未満)
  - 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) 2,490点 ⇒ 2,860点
  - 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) 3,840点 ⇒ 4,410点

## 8.2 皮膚、皮下腫瘍摘出術

150452710 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径4cm以上）（6歳未満）5,010点

150452810 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外・長径6～12cm）（6歳未満）4,160点

150452610 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外・長径12cm以上）（6歳未満）8,320点

## 8.3 慢性膿皮症手術

150445210 慢性膿皮症手術（単純）4,820点

150445310 慢性膿皮症手術（複雑）8,320点

## 8.4 骨折非観血的整復術の点数改定

- 肩甲骨、上腕、大腿 1,600点 ⇒ 1,840点
- 前腕、下腿 1,780点 ⇒ 2,040点

## 8.5 骨折観血的手術の点数改定

- 肩甲骨、上腕、大腿 18,810点 ⇒ 21,630点
- 前腕、下腿、手舟状骨 15,980点 ⇒ 18,370点

## 9 検査

### 9.1 包括項目算定

#### 【点数改定】

- 血液化学検査の包括項目：10項目以上 103点
- 腫瘍マーカー検査の包括項目：4項目以上 385点
- グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定検査の包括項目：2項目以上 400点

### 9.2 出血・凝固検査

160238610 血小板凝集能（鑑別診断の補助に用いるもの）450点

160238710 血小板凝集能（その他）50点

### 9.3 BCR-ABL1

160238810 Major BCR-ABL1（mRNA定量）（診断補助）2,520点

160238910 Major BCR-ABL1（mRNA定量）（モニタリング）2,520点

## 9.4 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定

160240110 皮内反応検査（22箇所以上）12点

160240210 ヒナルゴンテスト（22箇所以上）12点

160240310 鼻アレルギー誘発試験（22箇所以上）12点

160240410 過敏性転嫁検査（22箇所以上）12点

160240510 薬物光線貼布試験（22箇所以上）12点

160240610 MED測定（22箇所以上）12点

## 10 画像診断

### 10.1 画像診断管理加算

画像診断管理加算3が画像診断管理加算4とされ、新たな画像診断管理加算3（235点・月1回要届出）が新設されました。

170702310 画像診断管理加算3（核医学診断）235点

170702410 画像診断管理加算3（コンピューター断層診断）235点

170702710 遠隔画像診断管理加算3（核医学診断）235点

170702810 遠隔画像診断管理加算3（コンピューター断層診断）235点

## 11 リハビリテーション

### 11.1 疾患別リハビリテーション料

- 実施者別に区分
- 点数は据え置き
- 早期リハビリテーション加算の点数引き下げ
- 急性期リハビリテーション加算の新設

算定マスタコードはすべて変更となります。

算定回数上限チェックは従前通りです。

#### 心大血管疾患リハビリテーション料

180744210	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	205点
180744310	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）	205点
180744410	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（医師による場合）	205点
180744510	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（看護師による場合）	205点
180744610	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（集団療法による場合）	205点
180744710	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	125点
180744810	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	125点
180744910	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（医師による場合）	125点
180745010	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（看護師による場合）	125点
180745110	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（集団療法による場合）	125点

#### 脳血管疾患等リハビリテーション料

180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	245点
180745410	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）	245点
180745510	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（言語聴覚士による場合）	245点
180745610	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（医師による場合）	245点
180745710	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	200点
180745810	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	200点
180745910	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（言語聴覚士による場合）	200点
180746010	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（医師による場合）	200点
180746110	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（理学療法士による場合）	100点
180746210	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（作業療法士による場合）	100点
180746310	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（言語聴覚士による場合）	100点
180746410	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（医師による場合）	100点
180746510	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（イからニまで以外の場合）	100点

180746610	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（理学療法士）	147点
180746710	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（作業療法士）	147点
180746810	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（言語聴覚士）	147点
180746910	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）	147点
180747010	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（理学療法士）	120点
180747110	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（作業療法士）	120点
180747210	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（言語聴覚士）	120点
180747310	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）	120点
180747410	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（理学療法士）	60点
180747510	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（作業療法士）	60点
180747610	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（言語聴覚士）	60点
180747710	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）	60点
180747810	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（１から４以外）	60点
180747930	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士）（リ減）	221点
180748030	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士）（リ減）	221点
180748130	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士）（リ減）	221点
180748230	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師）（リ減）	221点
180748330	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士）（リ減）	180点
180748430	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士）（リ減）	180点
180748530	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士）（リ減）	180点
180748630	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師）（リ減）	180点
180748730	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士）（リ減）	90点
180748830	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士）（リ減）	90点
180748930	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士）（リ減）	90点
180749030	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師）（リ減）	90点
180749130	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（１から４以外）（リ減）	90点
180749230	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）	132点
180749330	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）	132点
180749430	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）（リ減）	132点
180749530	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）	132点
180749630	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）	108点
180749730	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）	108点
180749830	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）（リ減）	108点
180749930	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）	108点
180750030	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）	54点
180750130	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）	54点
180750230	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）（リ減）	54点
180750330	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）	54点
180750430	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）要介護・１から４以外・リ減	54点

廃用症候群リハビリテーション料

180750510	廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）	180点
180750610	廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）	180点
180750710	廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）	180点
180750810	廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）	180点
180750910	廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）	146点
180751010	廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）	146点
180751110	廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）	146点
180751210	廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）	146点
180751310	廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）	77点
180751410	廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）	77点
180751510	廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）	77点
180751610	廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）	77点
180751710	廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）	77点
180751810	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）	108点
180751910	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）	108点
180752010	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）	108点
180752110	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）	108点
180752210	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）	88点
180752310	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）	88点
180752410	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）	88点
180752510	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）	88点
180752610	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）	46点
180752710	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）	46点
180752810	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）	46点
180752910	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）	46点
180753010	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（イからニ以外）	46点
180753130	廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学）（リ減）	162点
180753230	廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業）（リ減）	162点
180753330	廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語）（リ減）	162点
180753430	廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師）（リ減）	162点
180753530	廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学）（リ減）	131点
180753630	廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業）（リ減）	131点
180753730	廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語）（リ減）	131点
180753830	廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師）（リ減）	131点
180753930	廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学）（リ減）	69点
180754030	廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業）（リ減）	69点
180754130	廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語）（リ減）	69点
180754230	廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師）（リ減）	69点
180754330	廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニ以外）（リ減）	69点

180754430	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) (理学) (リ減)	97 点
180754530	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) (作業) (リ減)	97 点
180754630	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) (言語) (リ減)	97 点
180754730	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) (医師) (リ減)	97 点
180754830	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) (理学) (リ減)	79 点
180754930	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) (作業) (リ減)	79 点
180755030	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) (言語) (リ減)	79 点
180755130	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) (医師) (リ減)	79 点
180755230	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) (理学) (リ減)	41 点
180755330	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) (作業) (リ減)	41 点
180755430	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) (言語) (リ減)	41 点
180755530	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) (医師) (リ減)	41 点
180755630	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) イからニ以外・リ減	41 点

#### 運動器リハビリテーション料

180755710	運動器リハビリテーション料 (1) (理学療法士による場合)	185 点
180755810	運動器リハビリテーション料 (1) (作業療法士による場合)	185 点
180755910	運動器リハビリテーション料 (1) (医師による場合)	185 点
180756010	運動器リハビリテーション料 (2) (理学療法士による場合)	170 点
180756110	運動器リハビリテーション料 (2) (作業療法士による場合)	170 点
180756210	運動器リハビリテーション料 (2) (医師による場合)	170 点
180756310	運動器リハビリテーション料 (3) (理学療法士による場合)	85 点
180756410	運動器リハビリテーション料 (3) (作業療法士による場合)	85 点
180756510	運動器リハビリテーション料 (3) (医師による場合)	85 点
180756610	運動器リハビリテーション料 (3) (イからハ以外)	85 点
180756730	運動器リハビリテーション料 (1) (理学療法士による場合) (リ減)	167 点
180756830	運動器リハビリテーション料 (1) (作業療法士による場合) (リ減)	167 点
180756930	運動器リハビリテーション料 (1) (医師による場合) (リ減)	167 点
180757030	運動器リハビリテーション料 (2) (理学療法士による場合) (リ減)	153 点
180757130	運動器リハビリテーション料 (2) (作業療法士による場合) (リ減)	153 点
180757230	運動器リハビリテーション料 (2) (医師による場合) (リ減)	153 点
180757330	運動器リハビリテーション料 (3) (理学療法士による場合) (リ減)	77 点
180757430	運動器リハビリテーション料 (3) (作業療法士による場合) (リ減)	77 点
180757530	運動器リハビリテーション料 (3) (医師による場合) (リ減)	77 点
180757630	運動器リハビリテーション料 (3) (イからハ以外) (リ減)	77 点
180757710	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (理学)	111 点
180757810	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (作業)	111 点
180757910	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (医師)	111 点

180758010	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（理学）	102点
180758110	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（作業）	102点
180758210	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（医師）	102点
180758310	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（理学）	51点
180758410	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（作業）	51点
180758510	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（医師）	51点
180758610	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（1から3以外）	51点
180758730	運動器リハビリテーション料（1）（要介護）（理学）（リ減）	100点
180758830	運動器リハビリテーション料（1）（要介護）（作業）（リ減）	100点
180758930	運動器リハビリテーション料（1）（要介護）（医師）（リ減）	100点
180759030	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（理学）（リ減）	92点
180759130	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（作業）（リ減）	92点
180759230	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（医師）（リ減）	92点
180759330	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（理学）（リ減）	46点
180759430	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（作業）（リ減）	46点
180759530	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（医師）（リ減）	46点
180759630	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（1から3以外）（リ減）	46点

#### 呼吸器リハビリテーション料

180759710	呼吸器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	175点
180759810	呼吸器リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）	175点
180759910	呼吸器リハビリテーション料（1）（言語聴覚士による場合）	175点
180760010	呼吸器リハビリテーション料（1）（医師による場合）	175点
180760110	呼吸器リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）	85点
180760210	呼吸器リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）	85点
180760310	呼吸器リハビリテーション料（2）（言語聴覚士による場合）	85点
180760410	呼吸器リハビリテーション料（2）（医師による場合）	85点

## 11.2 急性期リハビリテーション加算（入院のみ）

180745270 急性期リハビリテーション加算 50点

各リハビリテーション開始日又は各リハビリテーション料の（早期・初期）リハビリテーション加算開始日から14日超の場合は警告メッセージを表示します（早期リハビリテーション加算と同様です）。

## 12 精神科専門療法

### 12.1 経頭蓋磁気刺激法

初回の治療を行った日から起算して8週を限度に算定可能とされ、点数も改定されました。

### 12.2 通院・在宅精神療法

- ・ 診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること
- ・ ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない
- ・ また、5分以上10分未満の診療を行った場合は、「5分以上10分未満」と記載する。
- ・ 1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※ORCA対応検討中。後日対応予定。

※9月診療分まで経過措置のため、4月診療分は、従前の選択式コメントを使用してレセプト作成してください

#### 12.2.1 療養生活継続支援加算

療養生活環境整備指導加算が廃止され、療養生活継続支援加算に統合されました（要届出）。

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、重点的な支援を要する患者に対して、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、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、次に掲げる区分に従い、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、いずれかを所定点数に加算する。

180760570 療養生活継続支援加算（精神科退院時共同指導料1） 500点

180760670 療養生活継続支援加算（イ以外の患者） 350点

#### 12.2.2 心理支援加算

心理支援加算（250点・月2回）が新設されました。

心理に関する支援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、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り250点を所定点数に加算する。

180760970 心理支援加算 250点

### 12.2.3 児童思春期支援指導加算

児童思春期支援指導加算（要届出）が新設されました。

180761070 児童思春期支援指導加算（3月以内） 1,000点

180761170 児童思春期支援指導加算（イ以外の場合）（2年以内） 450点

180761270 児童思春期支援指導加算（イ以外の場合）（（1）以外） 250点

#### 【対応内容】

- 基準日については「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」等と同じ開始日とします（「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の算定日）  
予約コードの算定がない場合は、初診算定日（算定してる診療科で同一日2科目の初診料の算定がある場合はその日）とします
- 開始日からの期間をチェックします。期間外であれば警告メッセージを表示します
- 「児童思春期支援指導加算（3月以内）」は開始日からの期間に登録済みであれば警告メッセージを表示します
- 児童思春期支援指導加算を手入力した場合に「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」又は「児童思春期精神科専門管理加算」があればエラーとします。

### 12.2.4 早期診療体制充実加算

180761370 早期診療体制充実加算（病院）（3年以内） 20点

180761470 早期診療体制充実加算（病院）（（1）以外の場合） 15点

180761570 早期診療体制充実加算（診療所）（3年以内） 50点

180761670 早期診療体制充実加算（診療所）（（1）以外の場合） 15点

#### 【対応内容】

- 基準日については「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」等と同じ開始日とします（「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の算定日）
- 予約コードの算定がない場合は、初診算定日（算定してる診療科で同一日2科目の初診料の算定がある場合はその日）とします。
- 開始日からの期間をチェックします。期間外であれば警告メッセージを表示します。

### 12.2.5 情報通信機器を用いた精神療法

情報通信機器を用いた精神療法（要届出）が新設されました。

180761710 通院精神療法（30分以上）（精神保健指定医）（情報通信機器） 357点

180761810 通院精神療法（30分未満）（精神保健指定医）（情報通信機器） 274点

## 13 その他

第14部その他が新設されました。

詳しくは、厚生労働省ホームページの「ベースアップ評価料等について」を参照してください。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00053.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html)

### 13.1 診療種別区分

第14部「その他」を識別するために診療種別区分「842 その他」を新設しました。

### 13.2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）【要届出】

180725710 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）1（初診時）6点

180725810 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）2（再診時等）2点

180725910 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）3（訪問診療時）イ 28点

180726010 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）3（訪問診療時）ロ 7点

#### 【対応内容】

自動算定に対応しました。

検査判断料等と同様に診療行為入力画面から「登録」押下して確認画面へ遷移すると自動算定します。算定しない場合は剤削除により取り消しをします。

### 13.3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）【要届出】

180726110 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1（初診又は訪問診療）8点

180726210 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1（再診時等）1点

180726310 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2（初診又は訪問診療）16点

180726410 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2（再診時等）2点

180726510 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3（初診又は訪問診療）24点

180726610 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3（再診時等）3点

180726710 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4（初診又は訪問診療）32点

180726810 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4（再診時等）4点

180726910 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5（初診又は訪問診療）40点

180727010 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5（再診時等）5点

180727110 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6（初診又は訪問診療）48点

180727210 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6（再診時等）6点

180727310 外来・在宅ベースアップ評価料 (2) 7 (初診又は訪問診療) 56 点

180727410 外来・在宅ベースアップ評価料 (2) 7 (再診時等) 7 点

180727510 外来・在宅ベースアップ評価料 (2) 8 (初診又は訪問診療) 64 点

180727610 外来・在宅ベースアップ評価料 (2) 8 (再診時等) 8 点

### 【対応内容】

自動算定に対応しました。

検査判断料等と同様に診療行為入力画面から「登録」押下して確認画面へ遷移すると自動算定します。算定しない場合は剤削除により取り消しをします。

## 13.4 「その他」点数の画面表示対応

点数算定がある場合は画面右下に診療区分名「その他」として表示します。

※当該加算は、請求書兼領収書、及び明細書の「その他」欄に記載します

(K08)診療行為入力-診療行為確認 - アプセルN診療所 [ormaster]

000256 ヤマモト カナ 女 国保 (275057) 30%

R 6. 6. 1 山本 カナ H 4. 9.23 31才 内科

番号削除	診療区分	診療行為	点数×回数	計
1	.110	初診料	291×1	291
2	.842	その他 外来・在宅ベースアップ評価料(2)1(初診又は訪問診療)	8×1	8

初診算定日  
最終来院日 R 3. 5.16  
未収金 850  
合計点数 299  
当月点数累計 299

保険適用点数  
診察料 291  
管理料  
在宅料  
投薬料  
注射料  
処置料  
手術料  
麻酔料  
検査料  
画像診断  
リハビリ  
精神専門  
放射線  
病理診断

その他 8

プレビュー 削除剤番号  
戻る 名称切替 登録

## 14 入院料等

### 14.1 入院基本料

#### 14.1.1 一般病棟入院基本料

##### 【点数の見直し】

##### 1. 急性期一般入院料

急性期一般入院料 1	1,650 点	→	1,688 点
急性期一般入院料 2	1,619 点	→	1,644 点
急性期一般入院料 3	1,545 点	→	1,569 点
急性期一般入院料 4	1,440 点	→	1,462 点
急性期一般入院料 5	1,429 点	→	1,451 点
急性期一般入院料 6	1,382 点	→	1,404 点

##### 2. 地域一般入院料

地域一般入院料 1	1,159 点	→	1,176 点
地域一般入院料 2	1,153 点	→	1,170 点
地域一般入院料 3	988 点	→	1,003 点

##### 【注 12 の廃止】

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（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

#### 14.1.2 療養病棟入院基本料

##### 【療養病棟入院基本料の見直し】

改正後	改正前
2 療養病棟入院料 2	2 療養病棟入院料 2
イ 入院料 1 1,899点（生活療養を受ける場合にあっては、1,885点）	イ 入院料 A 1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）
ロ 入院料 2 1,845点（生活療養を受ける場合にあっては、1,831点）	ロ 入院料 B 1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ 入院料 3 1,556点（生活療養を受ける場合にあっては、1,542点）	ハ 入院料 C 1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ 入院料 4 1,627点（生活療養を受ける場合にあっては、1,613点）	（新設）
ホ 入院料 5 1,573点（生活療養を受ける場合にあっては、1,559点）	（新設）
ヘ 入院料 6 1,284点（生活療養を受ける場合にあっては、1,270点）	（新設）

ト 入院料7 1,579点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,565点)	(新設)
チ 入院料8 1,525点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,511点)	(新設)
リ 入院料9 1,236点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,222点)	(新設)
ヌ 入院料10 1,766点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,752点)	(新設)
ル 入院料11 1,712点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,698点)	(新設)
ヲ 入院料12 1,423点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,409点)	(新設)
ワ 入院料13 1,389点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,375点)	ニ 入院料D 1,349点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,335点)
カ 入院料14 1,362点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,347点)	ホ 入院料E 1,322点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,307点)
ヨ 入院料15 1,207点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,193点)	ヘ 入院料F 1,167点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,153点)
タ 入院料16 1,305点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,291点)	(新設)
レ 入院料17 1,278点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,263点)	(新設)
ソ 入院料18 1,123点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,109点)	(新設)
ツ 入院料19 1,766点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,752点)	(新設)
ネ 入院料20 1,712点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,698点)	(新設)
ナ 入院料21 1,423点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,409点)	(新設)
ラ 入院料22 1,376点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,362点)	(新設)
ム 入院料23 1,349点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,334点)	(新設)
ウ 入院料24 1,194点 (生活療養を受ける場	(新設)

以降、略

【令和6年6月以降の療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分】

(有床診療所療養病床入院基本料は従前から変更なし)

入院料	疾患・状態にかかる医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	従前の入院料
入院料 1	疾患状態区分 3 (スモンを除く)	処置区分 3	ADL 区分 3	A
入院料 2			ADL 区分 2	B
入院料 3			ADL 区分 1	C
入院料 4		処置区分 2	ADL 区分 3	A
入院料 5			ADL 区分 2	B
入院料 6			ADL 区分 1	C
入院料 7		処置区分 1	ADL 区分 3	A
入院料 8			ADL 区分 2	B
入院料 9			ADL 区分 1	C
入院料 10	疾患状態区分 2	処置区分 3	ADL 区分 3	A
入院料 11			ADL 区分 2	B
入院料 12			ADL 区分 1	C
入院料 13		処置区分 2	ADL 区分 3	D
入院料 14			ADL 区分 2	E
入院料 15			ADL 区分 1	F
入院料 16		処置区分 1	ADL 区分 3	D
入院料 17			ADL 区分 2	E
入院料 18			ADL 区分 1	F
入院料 19	疾患状態区分 1	処置区分 3	ADL 区分 3	A
入院料 20			ADL 区分 2	B
入院料 21			ADL 区分 1	C
入院料 22		処置区分 2	ADL 区分 3	D
入院料 23			ADL 区分 2	E
入院料 24			ADL 区分 1	F
入院料 25		処置区分 1	ADL 区分 3	G
入院料 26			ADL 区分 2	H
入院料 27			ADL 区分 1	I
入院料 28	疾患状態区分 3 (スモンに限る)	処置区分 (なし)	ADL 区分 3	A
入院料 29			ADL 区分 2	B
入院料 30			ADL 区分 1	C

ADL 区分 (従前から変更なし)

ADL 区分 3	評価票の判定 23 点以上
ADL 区分 2	評価票の判定 11 点~22 点
ADL 区分 1	評価票の判定 10 点以下

【医療区分・A D L区分等に係る評価票の変更（療養病棟入院基本料）】

## I 算定期間に限りがある区分

### 処置等に係る医療区分3

820000247	1	24時間持続しての点滴
820000248	2	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎, 腸閉塞, 難治性嘔吐, 難治性下痢, 活動性の消化管出血, 炎症性腸疾患, 短腸症候群, 消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日以内に実施するものに限る。)

### 疾患・状態に係る医療区分2

820000249	3	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
-----------	---	-------------------------

### 処置等に係る医療区分2

820000250	4	尿路感染症に対する治療
820000251	5	傷病等によりリハビリテーション
820000252	6	81、かつ、83の場合
820000253	7	82、かつ、83の場合
820000254	8	せん妄に対する治療
820000255	9	84、かつ、82又は83の場合
820000256	10	頻回の血糖検査

## II 算定期間に限りがない区分

### 疾患・状態に係る医療区分3

820000257	11	スモン
820000258	12	注1を参照
820000259	13	86に該当、かつ、1～41（13及び31を除く。）に1項目以上該当する場合

### 処置等に係る医療区分3

820000260	14	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎, 腸閉塞, 難治性嘔吐, 難治性下痢, 活動性の消化管出血, 炎症性腸疾患, 短腸症候群, 消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合)
820000261	15	人工呼吸器の使用
820000262	16	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄
820000263	17	85、かつ、83の場合
820000264	18	酸素療法(密度の高い治療を要する状態に限る。)
820000265	19	感染症の治療の必要性から隔離室での管理

### 疾患・状態に係る医療区分2

820000266	20	筋ジストロフィー
820000267	21	多発性硬化症
820000268	22	筋萎縮性側索硬化症
820000269	23	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症, パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度が2度又は3度の状態に限る。))
820000270	24	その他の指定難病等(11及び20～23までを除く。)

820000271	25	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）
820000272	26	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類が5度の状態に該当する場合に限る。）
820000273	27	注2を参照
820000296	28	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者
820000274	29	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
820000275	30	他者に対する暴行が毎日認められる場合
820000297	31	86に該当、かつ、1～41（13を除く。）に該当しない場合

### 処置等に係る医療区分2

820000276	32	中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）
820000277	33	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法
820000278	34	肺炎に対する治療
820000279	35	褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）
820000280	36	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療
820000281	37	うつ症状に対する治療
820000282	38	1日8回以上の喀痰吸引
820000283	39	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）
820000284	40	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療
820000285	41	酸素療法（18を除く。）

### 医療区分1

820000287	81	脱水に対する治療
820000288	82	頻回の嘔吐に対する治療
820000295	83	発熱がある状態
820000289	84	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養
820000290	85	気管切開又は気管内挿管
820000291	86	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
820000292	87	中心静脈カテーテル関連血流感染症に対しての治療
820000293	91	身体的拘束を実施している

## 【医療区分・ADL評価票に関連した改正パッチ対応】

パッチ適用することで入院会計照会から遷移する(I47)医療区分・ADL区分登録画面に表示する内容を令和6年6月から変更しています。表示内容の詳細については「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（通知）」を参照してください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252053.pdf>

(351～354 頁に医療区分・ADL評価票の様式が記載されています)

- 評価票発行機能の一時停止

令和6年6月以降の療養病棟入院基本料（病院）算定時の評価票発行について一時的に停止します。対応完了後に改めてパッチ提供を行う予定です。

## 14.2 入院基本料等加算

### 14.2.1 診療録管理体制加算（病院・診療所）

- 1 診療録管理体制加算1 100点 → 140点
- 2 診療録管理体制加算2 30点 → 100点
- 3 診療録管理体制加算3 30点（新設）

### 14.2.2 医師事務作業補助体制加算（病院）

#### 1 医師事務作業補助体制加算1

- イ 15対1補助体制加算 1050点 → 1070点
- ロ 20対1補助体制加算 835点 → 855点
- ハ 25対1補助体制加算 705点 → 725点
- ニ 30対1補助体制加算 610点 → 630点
- ホ 40対1補助体制加算 510点 → 530点
- ヘ 50対1補助体制加算 430点 → 450点
- ト 75対1補助体制加算 350点 → 370点
- チ 100対1補助体制加算 300点 → 320点

#### 2 医師事務作業補助体制加算2

- イ 15対1補助体制加算 975点 → 995点
- ロ 20対1補助体制加算 770点 → 790点
- ハ 25対1補助体制加算 645点 → 665点

- ニ 30 対 1 補助体制加算 560 点 → 580 点
- ホ 40 対 1 補助体制加算 475 点 → 495 点
- ヘ 50 対 1 補助体制加算 395 点 → 415 点
- ト 75 対 1 補助体制加算 315 点 → 335 点
- チ 100 対 1 補助体制加算 260 点 → 280 点

#### 14.2.3 感染対策向上加算(病院・診療所)

【注 4 の見直しによる加算点数の変更】

サーベイランス強化加算(感染対策向上加算) 5 点 → 3 点

【注 5 追加により点数の新設】

抗菌薬適正使用加算(感染対策向上加算) 5 点(新設)

#### 14.2.4 後発医薬品使用体制加算(病院・診療所)

- 1 後発医薬品使用体制加算 1 47 点 → 87 点
- 2 後発医薬品使用体制加算 2 42 点 → 82 点
- 3 後発医薬品使用体制加算 3 37 点 → 77 点

#### 14.2.5 データ提出加算(病院)

- 1 データ提出加算 1 (許可病床数 200 床以上) 140 点 → 145 点
- 2 データ提出加算 1 (許可病床数 200 床未満) 210 点 → 215 点
- 3 データ提出加算 2 (許可病床数 200 床以上) 150 点 → 155 点
- 4 データ提出加算 2 (許可病床数 200 床未満) 220 点 → 225 点
- 5 データ提出加算 3 (許可病床数 200 床以上) 140 点 → 145 点
- 6 データ提出加算 3 (許可病床数 200 床未満) 210 点 → 215 点
- 7 データ提出加算 4 (許可病床数 200 床以上) 150 点 → 155 点
- 8 データ提出加算 4 (許可病床数 200 床未満) 220 点 → 225 点

## 14.3 特定入院料

### 14.3.1 回復期リハビリテーション病棟入院料

#### 【点数の見直し】

1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,129点	→	2,229点
	(生活療養を受ける場合)	2,115点	→	2,215点
2	回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,066点	→	2,166点
	(生活療養を受ける場合)	2,051点	→	2,151点
3	回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,899点	→	1,917点
	(生活療養を受ける場合)	1,884点	→	1,902点
4	回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,841点	→	1,859点
	(生活療養を受ける場合)	1,827点	→	1,845点
5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,678点	→	1,696点
	(生活療養を受ける場合)	1,664点	→	1,682点

#### 【回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設】

6	回復期リハビリテーション入院医療管理料	1,859点
	(生活療養を受ける場合)	1,845点

#### 【注の見直し】

注1 1から5までについては、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（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限る。）について、6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入院している患者（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限る。）について、当該基準に係る区分に従い、当該病棟又は病室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、当該病棟又は病室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料27又は療養病棟入院料2の入院料27の例により、それぞれ算定する。（従前は入院料I）

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

#### 【注4の削除】

~~イ 体制強化加算1 200点~~

~~ロ 体制強化加算2 120点~~

### 14.3.2 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料、及び地域包括ケア入院医療管理料について令和6年6月以降40日以内と41日以上で算定点数が異なります。

算定コード	名称	点数
190838910	地域包括ケア病棟入院料1（40日以内）	2,838
190839010	地域包括ケア病棟入院料1（40日以内）（生活療養）	2,823
190839110	地域包括ケア病棟入院料1（41日以上）	2,690
190839210	地域包括ケア病棟入院料1（41日以上）（生活療養）	2,675
190839310	地域包括ケア入院医療管理料1（40日以内）	2,838
190839410	地域包括ケア入院医療管理料1（40日以内）（生活療養）	2,823
190839510	地域包括ケア入院医療管理料1（41日以上）	2,690
190839610	地域包括ケア入院医療管理料1（41日以上）（生活療養）	2,675
190839710	地域包括ケア病棟入院料2（40日以内）	2,649
190839810	地域包括ケア病棟入院料2（40日以内）（生活療養）	2,634
190839910	地域包括ケア病棟入院料2（41日以上）	2,510
190840010	地域包括ケア病棟入院料2（41日以上）（生活療養）	2,495
190840110	地域包括ケア入院医療管理料2（40日以内）	2,649
190840210	地域包括ケア入院医療管理料2（40日以内）（生活療養）	2,634
190840310	地域包括ケア入院医療管理料2（41日以上）	2,510
190840410	地域包括ケア入院医療管理料2（41日以上）（生活療養）	2,495
190840510	地域包括ケア病棟入院料3（40日以内）	2,312
190840610	地域包括ケア病棟入院料3（40日以内）（生活療養）	2,297
190840710	地域包括ケア病棟入院料3（41日以上）	2,191
190840810	地域包括ケア病棟入院料3（41日以上）（生活療養）	2,176
190840910	地域包括ケア入院医療管理料3（40日以内）	2,312
190841010	地域包括ケア入院医療管理料3（40日以内）（生活療養）	2,297
190841110	地域包括ケア入院医療管理料3（41日以上）	2,191
190841210	地域包括ケア入院医療管理料3（41日以上）（生活療養）	2,176
190841310	地域包括ケア病棟入院料4（40日以内）	2,102
190841410	地域包括ケア病棟入院料4（40日以内）（生活療養）	2,086
190841510	地域包括ケア病棟入院料4（41日以上）	1,992
190841610	地域包括ケア病棟入院料4（41日以上）（生活療養）	1,976
190841710	地域包括ケア入院医療管理料4（40日以内）	2,102
190841810	地域包括ケア入院医療管理料4（40日以内）（生活療養）	2,086
190841910	地域包括ケア入院医療管理料4（41日以上）	1,992
190842010	地域包括ケア入院医療管理料4（41日以上）（生活療養）	1,976

#### 【注4の見直し】

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。この場合において、注5の看護補助体制充実加算は別に算定できない。

□ 看護補助体制充実加算165点は廃止

#### 【注5の新設】

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。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。

イ 看護補助体制充実加算1 190点

ロ 看護補助体制充実加算2 175点

ハ 看護補助体制充実加算3 165点

## 14.4 短期滞在手術等基本料

### 14.4.1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合)

令和6年5月まで	
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ イ以外の場合	2,718点



令和6年6月から	
イ 主として入院で実施されている手術を行った場合	
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
(2) (1)以外の場合	2,718点
ロ イ以外の場合	
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合	1,588点
(2) (1)以外の場合	1,359点

### 14.4.2 短期滞在手術等基本料3(4泊5日まで)

【評価の見直し又は新設】

算定コード	名称	旧点数	新点数
190265610	短手3(終夜睡眠ポリグラフィー・1及び2以外・安全精度管理下)	10,549	9,537
190265710	短手3(終夜睡眠ポリグラフィー1、2以外・安全精度管理下・生活)	10,475	9,463
190265810	短手3(終夜睡眠ポリグラフィー・1及び2以外・その他)	8,744	8,400
190265910	短手3(終夜睡眠ポリグラフィー・1及び2以外・その他・生活療養)	8,670	8,326
190266010	短手3(MSLT)	11,485	12,676
190266110	短手3(MSLT)(生活療養)	11,411	12,602
190266210	短手3(内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験(GH))	8,312	9,194
190266310	短手3(内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験(GH))(生活療養)	8,238	9,120
190178210	短手3(小児食物アレルギー負荷検査)	5,040	5,278
190178310	短手3(小児食物アレルギー負荷検査)(生活療養)	4,966	5,204
190178410	短手3(前立腺針生検法・その他)	10,197	10,262

190178510	短手3（前立腺針生検法・その他）（生活療養）	10,123	10,188
190266410	短手3（経皮的放射線治療用金属マーカ一留置術）	33,572	30,882
190266510	短手3（経皮的放射線治療用金属マーカ一留置術）（生活療養）	33,498	30,808
190266610	短手3（四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（手））	16,224	14,667
190266710	短手3（四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（手））（生活療養）	16,150	14,593
190266810	短手3（骨折靦血の手術（手舟状骨））	32,937	36,240
190266910	短手3（骨折靦血の手術（手舟状骨））（生活療養）	32,863	36,166
190267010	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕））	20,611	19,082
190267110	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕））（生活療養）	20,537	19,008
190267210	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨））	21,057	20,549
190267310	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨））（生活療養）	20,983	20,475
190267410	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（手））	15,180	14,893
190267510	短手3（骨内異物（挿入物を含む）除去術（手））（生活療養）	15,106	14,819
190267610	短手3（ガングリオン摘出術（手））	13,878	13,653
190267710	短手3（ガングリオン摘出術（手））（生活療養）	13,804	13,579
190178810	短手3（関節鏡下手根管開放手術）	17,621	18,038
190178910	短手3（関節鏡下手根管開放手術）（生活療養）	17,547	17,964
190179010	短手3（胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））	35,663	32,137
190179110	短手3（胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））（生活療養）	35,589	32,063
190873210	短手3（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（片側））	（新設）	8,663
190873310	短手3（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（片側））（生活療養）	（新設）	8,589
190873410	短手3（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（両側））	（新設）	13,990
190873510	短手3（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（両側））（生活療養）	（新設）	13,916
190873610	短手3（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（片側））	（新設）	6,524
190873710	短手3（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（片側））（生活療養）	（新設）	6,450

190873810	短手3（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（両側））	（新設）	14,425
190873910	短手3（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（両側））（生活療養）	（新設）	14,351
190874010	短手3（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（片側））	（新設）	11,000
190874110	短手3（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（片側））（生活療養）	（新設）	10,926
190874210	短手3（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（両側））	（新設）	19,357
190874310	短手3（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（両側））（生活療養）	（新設）	19,283
190874410	短手3（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（片側））	（新設）	10,493
190874510	短手3（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（片側））（生活療養）	（新設）	10,419
190874610	短手3（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（両側））	（新設）	17,249
190874710	短手3（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（両側））（生活療養）	（新設）	17,175
190874810	短手3（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側））	（新設）	8,437
190874910	短手3（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側））（生活療養）	（新設）	8,363
190875010	短手3（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側））	（新設）	13,030
190875110	短手3（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側））（生活療養）	（新設）	12,956
190875210	短手3（斜視手術（後転法）（片側））	（新設）	13,877
190875310	短手3（斜視手術（後転法）（片側））（生活療養）	（新設）	13,803
190875410	短手3（斜視手術（後転法）（両側））	（新設）	19,632
190875510	短手3（斜視手術（後転法）（両側））（生活療養）	（新設）	19,558
190875610	短手3（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（片側））	（新設）	20,488
190875710	短手3（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（片側））（生活療養）	（新設）	20,414
190875810	短手3（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（両側））	（新設）	33,119
190875910	短手3（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（両側））（生活療養）	（新設）	33,045
190876010	短手3（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（片側））	（新設）	16,748
190876110	短手3（治療的角膜切除術・エキシマレーザー	（新設）	16,674

	一（片側））（生活療養）		
190876210	短手3（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（両側））	（新設）	28,464
190876310	短手3（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（両側））（生活療養）	（新設）	28,390
190876410	短手3（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側））	（新設）	34,516
190876510	短手3（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入・片・生活）	（新設）	34,442
190876610	短手3（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側））	（新設）	67,946
190876710	短手3（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入・両・生活）	（新設）	67,872
190179210	短手3（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側）	17,888	17,457
190179310	短手3（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側）（生活療養）	17,814	17,383
190195910	短手3（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側）	32,130	31,685
190196010	短手3（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側）（生活療養）	32,056	31,611
190269610	短手3（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・片側）	15,059	14,901
190269710	短手3（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・片側）（生活療養）	14,985	14,827
190269810	短手3（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・両側）	25,312	25,413
190269910	短手3（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・両側）（生活療養）	25,238	25,339
190270010	短手3（鼓膜形成手術）	30,571	31,981
190270110	短手3（鼓膜形成手術）（生活療養）	30,497	31,907
190270210	短手3（鼻骨骨折整復固定術）	18,809	16,988
190270310	短手3（鼻骨骨折整復固定術）（生活療養）	18,735	16,914
190270410	短手3（喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡、ファイバー））	26,312	24,709
190270510	短手3（喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡、ファイバー）生活）	26,238	24,635
190179610	短手3（乳腺腫瘍摘出術（長径5cm未満））	17,302	16,684
190179710	短手3（乳腺腫瘍摘出術（長径5cm未満））（生活療養）	17,228	16,610
190270610	短手3（乳腺腫瘍摘出術（長径5cm以上））	25,366	22,904
190270710	短手3（乳腺腫瘍摘出術（長径5cm以上））（生活療養）	25,292	22,830
190220910	短手3（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回））	28,842	26,013

190221010	短手3（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回））（生活療養）	28,768	25,939
190221110	短手3（経皮的シャント拡張術・血栓除去術・3月以内）	28,884	26,057
190221210	短手3（経皮的シャント拡張術・血栓除去術・3月以内）（生活療養）	28,810	25,983
190179810	短手3（下肢静脈瘤手術（抜去切除術））	19,798	20,366
190179910	短手3（下肢静脈瘤手術（抜去切除術））（生活療養）	19,724	20,292
190180010	短手3（下肢静脈瘤手術（硬化療法））	9,149	8,262
190180110	短手3（下肢静脈瘤手術（硬化療法））（生活療養）	9,075	8,188
190180210	短手3（下肢静脈瘤手術（高位結紮術））	9,494	9,258
190180310	短手3（下肢静脈瘤手術（高位結紮術））（生活療養）	9,420	9,184
190270810	短手3（大伏在静脈抜去術）	23,090	20,829
190270910	短手3（大伏在静脈抜去術）（生活療養）	23,016	20,755
190271010	短手3（下肢静脈瘤血管内焼灼術）	20,130	19,368
190271110	短手3（下肢静脈瘤血管内焼灼術）（生活療養）	20,056	19,294
190271210	短手3（下肢静脈瘤血管内塞栓術）	22,252	20,479
190271310	短手3（下肢静脈瘤血管内塞栓術）（生活療養）	22,178	20,405
190196510	短手3（鼠径ヘルニア手術（3歳未満））	33,785	31,914
190196810	短手3（鼠径ヘルニア手術（3歳未満））（生活療養）	33,711	31,840
190196610	短手3（鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満））	24,296	24,786
190196910	短手3（鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満））（生活療養）	24,222	24,712
190196710	短手3（鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満））	21,275	21,023
190197010	短手3（鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満））（生活療養）	21,201	20,949
190180610	短手3（鼠径ヘルニア手術（15歳以上））	23,648	24,147
190180710	短手3（鼠径ヘルニア手術（15歳以上））（生活療養）	23,574	24,073
190197110	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（3歳未満））	70,492	63,751
190197410	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（3歳未満））（生活療養）	70,418	63,677
190197210	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満））	53,309	50,817
190197510	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（3歳以上6歳未満））生活療養	53,235	50,743

190197310	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満））	41,081	37,838
190197610	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（6歳以上15歳未満））生活療養	41,007	37,764
190181010	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15歳以上））	48,934	49,389
190181110	短手3（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15歳以上））（生活療養）	48,860	49,315
190181210	短手3（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm未満）	12,560	12,580
190181310	短手3（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm未満）（生活療養）	12,486	12,506
190181410	短手3（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm以上）	16,258	16,153
190181510	短手3（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2cm以上）（生活療養）	16,184	16,079
190181610	短手3（痔核手術（硬化療法（四段階注射法）））	10,604	10,386
190181710	短手3（痔核手術（硬化療法（四段階注射法）））（生活療養）	10,530	10,312
190271410	短手3（肛門ポリープ切除術）	10,792	10,017
190271510	短手3（肛門ポリープ切除術）（生活療養）	10,718	9,943
190271610	短手3（肛門尖圭コンジローム切除術）	8,415	7,617
190271710	短手3（肛門尖圭コンジローム切除術）（生活療養）	8,341	7,543
190197710	短手3（体外衝撃波腎・尿管結石破碎術）	25,894	25,702
190197810	短手3（体外衝撃波腎・尿管結石破碎術）（生活療養）	25,820	25,628
190271810	短手3（尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの））	24,703	23,829
190271910	短手3（尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの））（生活療養）	24,629	23,755
190272010	短手3（顕微鏡下精索静脈瘤手術）	23,870	21,524
190272110	短手3（顕微鏡下精索静脈瘤手術）（生活療養）	23,796	21,450
190181810	短手3（子宮頸部（腔部）切除術）	14,607	15,253
190181910	短手3（子宮頸部（腔部）切除術）（生活療養）	14,533	15,179
190272210	短手3（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・電解液）	21,709	22,099
190272310	短手3（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・電解液・生活）	21,635	22,025
190272410	短手3（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・その他）	18,652	18,115
190272510	短手3（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリ	18,578	18,041

	ープ切除・その他・生活)		
190272610	短手3 (子宮鏡下子宮筋腫摘出術 (電解質溶液利用))	35,191	36,674
190272710	短手3 (子宮鏡下子宮筋腫摘出術 (電解質溶液利用)) (生活療養)	35,117	36,600
190272810	短手3 (子宮鏡下子宮筋腫摘出術 (その他))	33,460	32,538
190272910	短手3 (子宮鏡下子宮筋腫摘出術 (その他)) (生活療養)	33,386	32,464
190273010	短手3 (腹腔鏡下卵管形成術)	109,045	100,243
190273110	短手3 (腹腔鏡下卵管形成術) (生活療養)	108,971	100,169
190197910	短手3 (ガンマナイフによる定位放射線治療)	58,496	60,796
190198010	短手3 (ガンマナイフによる定位放射線治療) (生活療養)	58,422	60,722

【廃止】令和6年5月31日まで

算定コード	名称	点数
190267810	短手3 (涙管チューブ挿入術 (涙道内視鏡))	11,312
190268010	短手3 (眼瞼内反症手術 (皮膚切開法))	10,654
190268210	短手3 (眼瞼下垂症手術 (眼瞼挙筋前転法))	18,016
190268410	短手3 (眼瞼下垂症手術 (その他のもの))	16,347
190268610	短手3 (翼状片手術 (弁の移植を要するもの))	9,431
190268810	短手3 (斜視手術 (後転法))	18,326
190269010	短手3 (斜視手術 (前転法及び後転法の併施))	22,496
190269210	短手3 (治療的角膜切除術・エキシマレーザー)	20,426
190267910	短手3 (涙管チューブ挿入術 (涙道内視鏡)) (生活療養)	11,238
190268110	短手3 (眼瞼内反症手術 (皮膚切開法)) (生活療養)	10,580
190268310	短手3 (眼瞼下垂症手術 (眼瞼挙筋前転法)) (生活療養)	17,942
190268510	短手3 (眼瞼下垂症手術 (その他のもの)) (生活療養)	16,273
190268710	短手3 (翼状片手術 (弁の移植を要するもの)) (生活療養)	9,357
190268910	短手3 (斜視手術 (後転法)) (生活療養)	18,252
190269110	短手3 (斜視手術 (前転法及び後転法の併施)) (生活療養)	22,422
190269310	短手3 (治療的角膜切除術・エキシマレーザー) (生活療養)	20,352
190269410	短手3 (緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)	37,155
190269510	短手3 (緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術・生活)	37,081

## 14.5 食事

### 14.5.1 入院時食事療養費・入院時生活療養費

1食あたり30円の引き上げられました。

算定コード	名 称	旧金額	新金額
197000110	入院時食事療養（1）（1食につき）（2以外の食事療養）	640	670
197003110	入院時食事療養（1）（1食につき）（流動食のみを提供）	575	605
197000710	入院時食事療養（2）（1食につき）（2以外の食事療養）	506	536
197003210	入院時食事療養（2）（1食につき）（流動食のみを提供）	460	490
197001310	入院時生活療養（1）食事療養（口以外の食事の提供たる療養）	554	584
197003510	入院時生活療養（1）食事療養（流動食のみを提供）	500	530
197001710	入院時生活療養（2）食事療養	420	450

14.5.2 食事療養標準負担額・生活療養標準負担額

食事療養標準負担額

対象者の分類		食事療養標準負担額 (1食につき)
A	B、C、Dのいずれにも該当しない者	460円 → 490円
B	C、Dのいずれにも該当しない小児慢性特定疾病児童等又は指定特定医療を受ける指定難病患者又は精神病床1年超	260円 → 280円 260円(精神1年超は変更なし)
C	低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が90日以内 210円 → 230円
		過去1年間の入院期間が90日超 160円 → 180円
D	低所得者Ⅰ	100円 → 110円

生活療養標準負担額

表① 指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者以外の者(医療区分1)

対象者の分類		生活療養標準負担額
一般所得者	入院時生活療養(Ⅰ)	居住費(1日) 370円 食費(1食) 460円 → 490円
	入院時生活療養(Ⅱ)	居住費(1日) 370円 食費(1食) 420円 → 450円
65歳以上70歳未満	低所得者(区分才)	居住費(1日) 370円 食費(1食) 210円 → 230円 【境界層該当】 居住費(1日) 0円 食費(1食) 100円 → 110円
70歳以上	低所得者Ⅱ	居住費(1日) 370円 食費(1食) 210円 → 230円
	低所得者Ⅰ	居住費(1日) 370円 食費(1食) 130円 → 140円 【境界層該当】 居住費(1日) 0円 食費(1食) 100円 → 110円 【老齢福祉年金受給者】 居住費(1日) 0円 食費(1食) 100円 → 110円

表② 指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者（医療区分2、3）

対象者の分類			生活療養標準負担額
一般所得者	指定難病患者 以外の厚生労働大臣が定める者	入院時生活療養（Ⅰ）	居住費（1日）370円 食費（1食）460円 → 490円
		入院時生活療養（Ⅱ）	居住費（1日）370円 食費（1食）420円 → 450円
	指定難病患者		居住費（1日）0円 食費（1食）260円 → 280円
	精神病床1年超		居住費（1日）0円 食費（1食）260円（精神1年超は変更なし）
65歳以上70歳未満	低所得者（区分的）	過去1年間の入院期間が90日以内	居住費（1日）370円 食費（1食）210円 → 230円 【指定難病患者】 居住費（1日）0円 食費（1食）210円 → 230円
		過去1年間の入院期間が90日超	居住費（1日）370円 食費（1食）160円 → 180円 【指定難病患者】 居住費（1日）0円 食費（1食）160円 → 180円
		境界層該当	居住費（1日）0円 食費（1食）100円 → 110円
70歳以上	低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が90日以内	居住費（1日）370円 食費（1食）210円 → 230円 【指定難病患者】 居住費（1日）0円 食費（1食）210円 → 230円
		過去1年間の入院期間が90日超	居住費（1日）370円 食費（1食）160円 → 180円 【指定難病患者】 居住費（1日）0円 食費（1食）160円 → 180円
	低所得者Ⅰ	居住費（1日）370円 食費（1食）100円 → 110円 【指定難病患者】 居住費（1日）0円 食費（1食）100円 → 110円	
		【境界層該当】 居住費（1日）0円 食費（1食）100円 → 110円	
		【高齢福祉年金受給者】 居住費（1日）0円 食費（1食）100円 → 110円	

算定コード	名 称	旧金額	新金額
19700810	食事療養標準負担額（一般）	460	490
197003310	食事療養標準負担額（指定難病・小児慢性特定疾病患者）（一般）	260	280
197000910	食事療養標準負担額（低2・90日以下）	210	230
197001010	食事療養標準負担額（低2・90日超）	160	180
197001110	食事療養標準負担額（低1）	100	110
197002010	生活療養（1）食事療養標準負担額（一般）	460	490
197002110	生活療養（2）食事療養標準負担額（一般）	420	450
197003910	生活・食事負担額（低）	210	230
197002210	生活療養食事療養標準負担額（低2）	210	230
197002310	生活療養食事療養標準負担額（低1）	130	140
197002510	生活療養食事療養標準負担額（後期高齢者低1（老福））	100	110
197005110	生活療養（1）食事療養標準負担額（医療区分2・3）（一般）	460	490
197005210	生活療養（2）食事療養標準負担額（医療区分2・3）（一般）	420	450
197004210	生活・食事負担額（医療区分2・3）（低・90日以下）	210	230
197004410	生活・食事負担額（医療区分2・3）（低・90日超）	160	180
197002810	生活療養食事療養標準負担額（医療区分2・3）（低2・90日以下）	210	230
197002910	生活療養食事療養標準負担額（医療区分2・3）（低2・90日超）	160	180
197003010	生活療養食事療養標準負担額（医療区分2・3）（低1）	100	110
197003610	生活療養食事療養標準負担額（指定難病）（医療区分2・3）（一般）	260	280
197004310	生活・食事負担額（指定難病）（医療区分2・3）（低・90日以下）	210	230
197004510	生活・食事負担額（指定難病）（医療区分2・3）（低・90日超）	160	180
197004710	生活・食事負担額（指定難病・医療区分2・3）（低2・90日以下）	210	230
197004810	生活・食事負担額（指定難病）（医療区分2・3）（低2・90日超）	160	180
197004910	生活・食事負担額（指定難病）（医療区分2・3）（低1）	100	110
197004010	生活・食事負担額（境界層該当）（低）	100	110
197004110	生活・食事負担額（境界層該当）（低1）	100	110
197004610	生活・食事負担額（境界層該当）（医療区分2・3）（低）	100	110
197005010	生活・食事負担額（境界層該当）（医療区分2・3）（低1）	100	110