

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料について

A000 初診料 291点

A001 再診料 75点

外来管理加算 52点

A002 外来診療料 76点

(一般病床数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合一部の検体検査・処置が包括)

再診料一覧表

区分	時間内 〔診察時間内〕 (乳幼児加算38点)	時間外加算65点 〔休日・深夜除く診療時間外〕 (乳幼児時間外加算135点)	休日加算190点 〔日・祝、12/29-1/3〕 (乳幼児休日加算260点)	深夜加算420点 〔午後10時～午前6時〕 (乳幼児深夜加算590点)	外来管理 加算
再診料 (6歳以上)	75	140	265	495	52
再診料 (6歳未満)	113	210	335	665	52
外来診療料 (6歳以上)	76	141	266	496	52
外来診療料 (6歳未満)	114	211	336	666	52

情報通信機器を用いた初診・再診の評価が新設された(オンライン診療料は廃止)。

(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 253点

(新) 再診料(情報通信機器を用いた場合) 75点

(新) 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 75点

- ① 外来診療における初診料・再診料には簡単な検査(例えば血圧測定等)の費用は含まれる。
- ② 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- ③ 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該医師が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。
- ④ 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ⑤ 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は初診として取り扱う。しかし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推測される場合の診療は初診として取り扱わない。
- ⑥ 労災保険、健康診断、自費等により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院している期間にあっては、当該医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- ⑦ 再診料は診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度(同一日において2以上の再診があってもその都度)算定できる。

第1章 基本診療料－②

- ⑧ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定できる。ただし、この場合において、外来管理加算及び地域包括診療加算は算定しない。
- ⑨ 外来管理加算：厚生労働大臣の定める検査、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理をおこなった場合に算定できる。慢性疼痛疾患管理、一定の検査(超音波検査、脳波検査、神経筋検査、耳鼻科的検査、眼科的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた検査、内視鏡検査)、処置、手術、麻酔および放射線治療を行ったときには算定できない。
- ⑩ 外来管理加算が算定できない泌尿器科関係の検査：超音波検査 断層撮影法(胸腹部、その他)、残尿測定(超音波検査によるもの、導尿によるもの)、尿水力学検査(膀胱内圧検査、尿道圧測定図、尿流測定、括約筋筋電図)、尿失禁定量テスト、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)、腎盂尿管ファイバースコピー
- ⑪ 電話等による再診：再診以後、患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。

第2部 入院料・特定入院料について

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能(病院、有床診療所、特定機能病院)、病棟類型別(一般病棟・療養病棟・結核病棟・精神病棟等)により分類される。各基本料は重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、人員配置基準によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化の観点から、処置・検査等の点数が包括化されている場合がある。

(1) 入院基本料の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な8つの医療提供体制が、厚生労働大臣が定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料の算定ができなくなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

(各体制の主な基準)

- ① 入院診療計画に関する基準
入院後7日以内に入院診療計画を説明、計画書を交付
- ② 院内感染防止対策に関する基準
感染防止委員会の設置、感染情報レポートの作成、必要な感染対策の実施
- ③ 医療安全管理体制に関する基準
指針の作成、医療事故、インシデントの報告制度、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など
- ④ 褥瘡対策に関する基準
褥瘡対策チームの設置、危険因子の評価の実施
- ⑤ 栄養管理体制の基準。
管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等)を作成。入院診療計画書に特別な栄養管理の有無を明記
- ⑥ 意思決定支援に関する基準
人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最

終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成。

⑧ 身体拘束最小化に関する基準

医療機関において身体拘束を最小化する体制の整備

(2) 入院基本料等加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて、入院基本料に一定点数が加算となる。

① 臨床研修病院入院診療加算

② 診療録管理体制加算

③ 栄養管理実施加算

など

A205 救急医療管理加算（1日につき）

〔施設基準〕の追加

1 救急医療管理加算 1 1,050点

2 救急医療管理加算 2 420点

直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上の場合は、救急医療管理加算2を算定する患者については、本入院した日から起算して7日を限度として、210点に減算されることとなった。

A251 排尿自立支援加算（施設基準あり）：（週1回）200点

医学管理B005-9 外来排尿自立指導料（施設基準あり）と合わせて（週1回）200点で計12回算定可能。

A400 短期滞在手術等基本料

A400 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）短期滞在手術等基本料1の対象手術が追加された。また全身麻酔を行わないときには麻酔医が不在でも算定可。入院基本料を算定しない無床の診療所でも施設基準を満たせば算定可。

泌尿器科では経尿道的レーザー前立腺・蒸散術に加えて、尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）、顕微鏡下精索静脈瘤手術が対象である。

今回の改定で点数の変更（多くの手術で大幅な減点）がおこなわれた。

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合（新設）

(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（減点）

(2) (1) 以外の場合 1,359点（減点）

泌尿器科で「イ 主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザー

第1章 基本診療料－④

を用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」ツリウムレーザーを用いるもの
ツリウムレーザーを用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」その他のもの

A400 2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

今回の改定で前立腺生検は増点となったが、他の手術は減点された。

へD413前立腺針生検法2その他の	10,262点 (生活療養を受ける場合) 10,188点
トK007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882点 (生活療養を受ける場合) 30,808点
エK616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1	26,013点 (生活療養を受ける場合) 25,939点
ヒK616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術2 1の実施後3月以内に実施する場合2	26,057点 (生活療養を受ける場合) 25,983点
イタK768体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	25,702点 (生活療養を受ける場合) 25,628点
イレK823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	23,829点 (生活療養を受ける場合) 23,755点
イソK834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524点 (生活療養を受ける場合) 21,450点

短期滞在手術基本料3算定時の注意事項について

保険医療機関（DPC対象病院及び診療所を除く）に入院して5日以内に規定された検査、手術を行った場合は短期滞在手術基本料3で算定となる。短期滞在手術料には在宅療養指導管理料、在宅で算定する薬剤・特定医療材料および透析にかかわる費用、退院時処方、食事以外のすべての診療行為が包括されているため、短期滞在手術基本料3が算定された入院日以降、外来診療にて行われる同月の診療行為のうち月に1回の算定と規定されている点数は算定不能である。

今回の改定で短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者も一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象者に追加された。

短期滞在手術基本料算定後に同月退院日以降に算定できない点数：

検体検査判断料（尿・糞便検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料、微生物的検査判断料）、検体検査管理加算、基本的検体検査判断料、脳波検査判断料、核医学診断、コンピューター断層診断、医学管理料にて月に1回に限り算定するとされているもの（悪性腫瘍特異物質治療管理料、診療情報提供料の他多数）

例えば前立腺生検にて短期滞在手術基本料3を算定して退院後、前立腺癌が確定したためPSA検査を行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。もちろんPSAの検体検査料も算定不能であるため注意が必要です。

別表第五

特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

二 これらに含まれる処置

創傷処置（手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。）

喀痰吸引	摘便	酸素吸入	酸素 TENT
------	----	------	---------

皮膚科軟膏処置	膀胱洗浄	留置カテーテル設置	導尿
---------	------	-----------	----

腔洗浄	眼処置	耳処置	耳管処置
-----	-----	-----	------

鼻処置	口腔、咽頭処置	間接喉頭鏡下喉頭処置	ネブライザー
-----	---------	------------	--------

超音波ネブライザー	介達牽引	消炎鎮痛等処置	鼻腔栄養
-----------	------	---------	------

長期療養患者褥瘡等処置

三 これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）、HIF-PH 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リユープロレリン注やゾラデックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。