

第 2 章 第 2 部

在宅医療

歯科訪問診療料（1日につき）

（注の変更：取扱いの明確化）

注 1 歯科訪問診療 1 は、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者 1 人に対し、当該居宅又は社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

（注の変更）

注 2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な複数の患者に対し、当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

注 1 歯科訪問診療 1 は、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者 1 人に対し、当該居宅又は社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）

注 2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な複数の患者に対し、個別の患者ごとに、当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説

(注の変更)

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）
- ハ 当該患者について診療時間が30分を超えた歯科訪問診療（イ及びロを除く。）

注4 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の歯科訪問診療については所定点数の100分の100に相当する点数を、深夜の歯科訪問診療については所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診

明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療については、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

注4 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、415点又は190点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、830点又は380点を、深夜における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、1,660点又は760点を加算する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診

療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1回に限り所定点数に300点を加算する。

(注の変更)

注6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

注6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

訪問歯科衛生指導料

(注の変更)

注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等  
に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪  
問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策  
定した歯科医師の文書による指示に基づき、  
歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が  
訪問して療養上必要な指導として、患者の口  
腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地  
指導を行った場合は、患者1人につき、月4  
回（同一月内に1及び2を行った場合は併せ  
て月4回）に限り算定する。

注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等  
に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪  
問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策  
定した歯科医師の文書による指示に基づき、  
歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が  
訪問して療養上必要な指導として、患者の口  
腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又  
は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場  
合は、患者1人につき、月4回（同一月内に  
1及び2を行った場合は併せて月4回）に限  
り算定する。

(注の変更)

注2 「複雑なもの」は、患者と1対1で20分  
以上行った場合に算定し、「簡単なもの」  
は、1人又は複数の患者に対して療養上必要  
な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定す  
る。

注2 「複雑なもの」は、患者と1対1で20分  
以上行った場合に算定し、「簡単なもの」  
は、1人又は複数の患者に対して療養上必要  
な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定す  
る。それぞれ当該訪問衛生指導で実施した指  
導内容等について、患者に対し文書により情  
報提供を行った場合に限り算定する。

(注の新設)

(新設)

注4 B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料  
を算定している患者については算定しない。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の同意を得て訪問薬剤管理指導を行う場合には、新たに「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。

在宅悪性腫瘍患者指導管理料

(注の削除)

注2 注入ポンプ又は携帯型ディスプレイ注  
入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ1,000点又は2,500点を加算する。

(削除)

(区分の新設)

(新設)

老人訪問口腔指導管理料 430点

注1 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した保険医療機関において、居宅又は介護保険施設（介護保険法第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。）等において療養を行っている通院が困難な患者に対して、訪問して、老人保健法に規定する医療として計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその患者の家族等に対して療養上必要な指導を行った際に、行おうとする歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、必要となる保健福祉サービスその他療養上必要な事項に関する情報を文書に

より提供した場合に、患者1人につき月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から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、初診料に含まれるものとする。

注3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から当該退院の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、入院基本料に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院していた場合は、この限りでない。

注4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定している患者に対して行った老人訪問口腔指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

第2章第3部  
検査

通則

(通則の変更)

4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第2条第2項に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律(昭和33年法律第76号)第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

(通則の削除)

5 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における検査に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあつては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。

(削除)

第1節 検査料

(歯科一般検査)

歯周組織検査

(注の削除)

注2 区分番号A004に掲げる歯周疾患継続総合診療料を算定した日と同一月に行った歯周組織検査に係る費用は、歯周疾患継続総合診療料に含まれるものとする。

→ (削除)

歯周疾患継続治療診断料

(区分の削除)

歯周疾患継続治療診断料 100点

→ (削除)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、初診の日から起算して3月を経過した患者に対し、区分番号D002に掲げる歯周組織検査を最後に算定した日から起算して1月を経過した後に歯周組織検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

注2 歯周疾患継続治療診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。



歯科口腔継続管理治療診断料  
(区分の削除)

歯科口腔継続管理治療診断料

80点

(削除)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯肉炎等に罹患している混合歯列期の患者であって初診の日から起算して3月を経過した者に対し、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

注2 歯科口腔継続管理治療診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

(区分の新設)

(新設)

歯科疾患継続管理診断料

100点

注1 保険医療機関において、初診の日から起算して3月を経過した患者（当該保険医療機関において、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した患者に

限る。) に対して、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、検査結果に基づき継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

注2 当該所定点数には、検査（区分番号D002に掲げる歯周組織検査を除く。）及び画像診断の費用が含まれるものとする。

注3 歯科疾患継続管理診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

第2章第4部  
画像診断

通則

(通則の変更)

3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目以後の撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。

(通則の変更)

4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。

4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。

- イ 歯科エックス線撮影の場合 (1回につき) 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 9.5点

- イ 歯科エックス線撮影の場合 (1回につき) 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 9.5点
- ハ その他の場合 6.0点

(通則の削除)	<p>7 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における画像診断に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。</p>	(削除)
第4節 フィルム及び造影剤料	材料価格を10円で除して得た点数	
フィルム		
(注の削除)	<p>注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。</p>	(削除)

第2章第5部  
投薬

第2節 処方料

処方料

(注の変更)

注6 注5に規定する場合であって、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1 特別入院基本料2を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月におけ

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月におけ

る当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

る当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

(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の患者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であって、歯科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。

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の患者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であって、歯科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  
って、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  
って、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

(注の変更)

注4 注3に規定する場合であって、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。

第2章第6部

注射

第1節 注射料

皮下、筋肉内注射（1回につき）  
（区分の見直し）

皮下、筋肉内注射（1回につき）

→ 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）

静脈内注射（1回につき）  
（加算の見直し）

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、  
21点を加算する。

→ 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、  
42点を加算する。

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日  
につき）  
（区分の見直し）  
（注の新設）

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき）

→ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）

（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、動脈内又は静脈内に局所持続注入  
した場合に算定する。

点滴注射（1日につき）

（注の変更）

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

→ 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。

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日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(注の変更)

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(15歳未満の患者に対して行った場合は、500点)を加算する。

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、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、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、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400点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)を加算する。

(注の変更)

注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。

注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。

中心静脈注射(1日につき)

(注の新設)

(新設)

注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。

中心静脈注射用カテーテル挿入

(注の変更)

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、  
300点を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、  
500点を加算する。

(区分の新設)

(新設)

滑液嚢穿刺後の注入

80点

第2節 薬剤料

薬剤

(注の変更)

注1 特別入院基本料2を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

(注の変更)

注2 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の患者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

注2 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の患者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

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

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であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射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2章第7部

リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

言語聴覚療法

(区分の削除)

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法(1単位)	250点
ロ	集団療法(1単位)	100点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法(1単位)	180点
ロ	集団療法(1単位)	80点
3	言語聴覚療法(III)	
イ	個別療法(1単位)	100点
ロ	集団療法(1単位)	40点

注1 1、2及び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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

注2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注3 集団療法については、患者1人につき1日

(削除)

2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。

注4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

注5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、言語聴覚療法(I)（個別療法に限る。）又は言語聴覚療法(II)（個別療法に限る。）を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数（15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 発症後14日以内に行われた場合（1単位につき） 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 30点

(区分の新設)

(新設)

脳血管疾患等リハビリテーション料

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 250点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け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個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り1日6単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、180日を超えて1日6単位を限度として所定点数を算定することができる。

摂食機能療法

(名称の変更)

摂食機能療法

摂食機能療法 (1日につき)

(算定要件の緩和)

注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。

注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して

(区分の新設)

(新設)

3月以内の患者については、1日につき算定できる。

障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

- |   |                 |      |
|---|-----------------|------|
| 1 | 6歳未満の患者の場合      | 190点 |
| 2 | 6歳以上18歳未満の患者の場合 | 140点 |
| 3 | 18歳以上の患者の場合     | 100点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。