中医協　総－１
２４．２．１０

個別改定項目について

重点課題１　急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題１－１　救急・周産期医療の推進について

質の高い救命救急入院に係る医療の推進・・・・・・・・・・・・・１
精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進・・・・・・・・５
救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進・・・・・・・・・・・・６
急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価・・・・・・・・・・８
ＮＩＣＵ入院患者等の後方病床の充実・・・・・・・・・・・・・１０

重点課題１－２　病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価・・・・・・・・・・・・１８
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価・・・２１
看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価・・・・２４

重点課題１－３　救急外来や外来診療の機能分化の推進について

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進・・・・・・２７
初・再診料及び関連する加算の評価　・・・・・・・・・・・・・２９
特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し・・・・・３４

重点課題１－４　病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進・・３６
周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進　・・・・４１

重点課題２　医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題２－１　在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

在宅医療の促進について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４７
在宅緩和ケア等の促進について・・・・・・・・・・・・・・・・５１
在宅の療養に係る技術・機器等の評価・・・・・・・・・・・・・５５
在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて・・・・・・５８

重点課題２－２　看取りに至るまでの医療の充実について

看取りに至るまでの医療の充実について・・・・・・・・・・・・６０
重点課題２－３　早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について
効果的な入院診療計画の策定・・・・・・・・・・・・・・・・・・６４
効果的な退院調整の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６５
医療機関と訪問看護ステーションの連携について・・・・・・・・６８
重点課題２－４　在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
在宅歯科医療の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７３
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進・・・・・・・・・・・・・・・７７
重点課題２－５　訪問看護の充実について
医療ニーズの高い患者への対応について・・・・・・・・・・・・８０
介護保険の訪問看護との整合・・・・・・・・・・・・・・・・・・８４
効率的かつ質の高い訪問看護の推進・・・・・・・・・・・・・・・８８
重点課題２－６　医療・介護の円滑な連携について
維持期リハビリテーションの評価・・・・・・・・・・・・・・・・９７
リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行・・・・・１００
医療と介護の円滑な連携について・・・・・・・・・・・・・・・１０２

Ⅰ　充実が求められる分野を適切に評価していく視点

Ⅰ－１　がん医療の推進について
緩和ケア病棟の評価の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・１０５
緩和ケアを行う医療機関の評価・・・・・・・・・・・・・・・・１０６
外来緩和ケアの更なる評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０９
在宅における緩和ケアの評価・・・・・・・・・・・・・・・・・１１１
医療用麻薬処方日数（１４日）制限の緩和・・・・・・・・・・１１２
がん診療連携の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１３
外来放射線照射診療料の新設・・・・・・・・・・・・・・・・・１１７
小児入院医療管理料における放射線治療の評価・・・・・・・・１１９
Ⅰ－２　生活習慣病対策の推進について
糖尿病透析予防指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２１
たばこ対策への評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２２
Ⅰ－３　精神疾患に対する医療の充実について

精神科急性期入院医療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・１２４
精神科慢性期入院医療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・１２７
地域における精神医療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・１２９
Ⅰ－４　認知症対策の推進について
認知症入院医療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３７
認知症患者の外来診療の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・１４０
重度認知症デイ・ケア料の評価・・・・・・・・・・・・・・・・１４２
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価・１４３
Ⅰ－５　感染症対策の推進について
結核病棟入院基本料における退院基準の評価・・・・・・・・・１４４
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価・・・・・・・・１４６
陰圧室、無菌治療室の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・１４７
感染防止対策への評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４９
Ⅰ－６　リハビリテーションの充実について
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価・・・・・・１５１
早期リハビリテーションの評価・・・・・・・・・・・・・・・・１５４
外来リハビリテーションの評価・・・・・・・・・・・・・・・・１５６
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応・・・・・・・・１５８
リハビリテーションの充実について・・・・・・・・・・・・・・１５９
Ⅰ－７　生活の質に配慮した歯科医療の推進について
生活の質に配慮した歯科医療の充実・・・・・・・・・・・・・・１６０
歯科矯正の適応症の拡大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６８
歯科固有の技術の評価の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・１６９
新規医療技術の保険導入等（歯科）・・・・・・・・・・・・・・１７４
先進医療の保険導入（歯科）・・・・・・・・・・・・・・・・・１７７
画像診断に係る評価の新設・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７９
Ⅰ－８　医療技術の適切な評価について
医療技術の適切な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８１
先進医療の保険導入・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８４
医療技術の評価及び再評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８５
Ⅰ－９　イノベーションの適切な評価について
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設・・・・・・・・１９０
外来化学療法の評価の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９４

Ⅱ　患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

Ⅱ－１　医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９７

歯科医療の総合的な環境整備の評価 ・・・・・・・・・・・・・・１９８

Ⅱ－２　患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 ・・・・・・・・１９９

患者に対する相談支援体制の充実等について ・・・・・・・・・２００

明細書の無料発行の促進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０１

Ⅱ－３　診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０３

患者の視点に立った歯科医療の充実・・・・・・・・・・・・・・ ２０８

Ⅲ　医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

Ⅲ－１　病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について ・・・・・・・２０９

効率化の余地のある入院についての適正な評価 ・・・・・・・・２１３

亜急性期入院医療管理料の見直し ・・・・・・・・・・・・・・・２１５

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２１８

ＤＰＣフォーマットデータ提出の評価 ・・・・・・・・・・・ ２２８

Ⅲ－２　慢性期入院医療の適切な評価について

慢性期入院医療の適切な評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・２３０

Ⅲ－３　医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２３３

Ⅲ－４　診療所の機能に着目した評価について

診療所の機能に着目した評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・２３７

Ⅲ－５　医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 ・・・・・・・・・・・・・・２３９

Ⅲ－６　調剤報酬について

薬学的管理及び指導の充実について　・・・・・・・・・・・・・・・２４５

調剤報酬における適正化・合理化　・・・・・・・・・・・・・・・・２４９

Ⅳ　効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ－１　後発医薬品の使用促進について

後発医薬品の使用促進について　・・・・・・・・・・・・・・・・・２５３

Ⅳ－２　平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について　・２６１

Ⅳ－３　市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

検体検査実施料の適正化について　・・・・・・・・・・・・・・・２６２

Ⅳ－４　相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化　・・・・・・２６３

コンピューター断層撮影診断料の見直し　・・・・・・・・・・・２６４

ビタミン剤の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６６

人工腎臓等の適正な評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６７

コンタクトレンズに係る診療の適正評価　・・・・・・・・・・・２７０

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－①】

質の高い救命救急入院に係る医療の推進

骨子【重点課題１－１－(1)】

第１　基本的な考え方

救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度進んではいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化を図る。

第２　具体的な内容

１．救命救急入院に対する看護配置基準の明確化

救命救急入院料１及び３における看護配置については、必要な看護師を常時配置とし、明確な基準を設けていないため、多くの医療機関では手厚い看護配置を行っているものの、一部の医療機関では他の救急医療に係る特定入院料と比較しても薄い配置となっている。

重篤な救急患者に対する救命救急医療を必要な設備だけではなく、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

現　行	改定案
【救命救急入院料】	【救命救急入院料】
１　救命救急入院料１	１　救命救急入院料１
３　救命救急入院料３	３　救命救急入院料３
［施設基準］	［施設基準］
１　救命救急入院料１	１　救命救急入院料１
①　救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位とし	①　救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位と

て行うこと。 ② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。 ③ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ３ 救命救急入院料３ ① 救命救急入院料１の施設基準を満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	して行うこと。 ② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③ 看護師配置が、常時４対１以上であること。 ④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ３ 救命救急入院料３ ① 救命救急入院料１の施設基準を満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[経過措置]

看護師配置が常時４対１の基準を満たさない場合、平成 25 年３月 31 日までの間、従前の特定入院料を算定できる。

２．一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間（30 分以上）診療を行っている場合の評価を新設する。

（新） 救急搬送診療料　長時間加算　　500 点

[算定要件]

救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定する。

３．小児特定集中治療室管理料の新設等小児救急医療に対する評価

(1) 小児特定集中治療室管理料の新設

小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

（新）　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

15,500 点（７日以内の期間）

13,500 点（８日以上 14 日以内の期間）

（入院基本料等加算の整理による引上げ分を含む）

[算定要件]

15 歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

① 小児特定集中治療室として８床以上の病室を有していること。

② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。

③ 常時２対１以上の看護配置であること。

④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。

⑤ 重症者等を概ね９割以上入院させる治療室であること。

⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準

① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

② 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師等が常時配置されていること。

③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。

④ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

⑤ 重症者等を概ね九割以上入院させる治療室であること。

(2)特定集中治療室管理料小児加算の引き上げ

特定集中治療室管理料算定病床において、15 歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合の小児加算を引き上げる。

現　行	改定案
【特定集中治療室管理料】注２（１日につき） 　小児加算 イ　７日以内の期間　1,500点 ロ　８日以上14日以内の期間　1,000点	【特定集中治療室管理料】注２（１日につき） 　小児加算 イ　７日以内の期間　2,000点(改) ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点(改)

(3)救急医療管理加算における小児加算の創設及び乳幼児救急医療管理加算の引き上げ

特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

現　行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 ２　乳幼児救急医療管理加算　200点 ［算定要件］ 救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。	【救急医療管理加算】 ２　乳幼児加算　400点(改) ３　小児加算　200点(新) ［算定要件］ ２　乳幼児加算 救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。 ３　小児加算 救急医療管理加算を算定する患者が６歳以上15歳未満である場合に救急医療管理加算に更に加算する。

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－②】

精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進

骨子【重点課題１－１－(1)】

第１　基本的な考え方

身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急センターでの精神疾患患者の受入についてさらなる評価を行う。

第２　具体的な内容

救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や都道府県等が実施する精神科救急医療体制の確保の取り組みに協力している精神保健指定医等、当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

現　行	改定案
【救命救急入院料】注２　3,000点 ［算定要件］ 自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。	【救命救急入院料】注２　3,000点 ［算定要件］ 自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医（当該保険医療機関の医師でなくてもよい）又は当該保険医療機関の精神科を標榜する医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－③】

救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

骨子【重点課題１－１－(1)】

第１　基本的な考え方

地域における救急搬送受入の中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後に、状態が一定程度落ち着いた患者について、早期の転院支援を一層強化する。

第２　具体的な内容

１．救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに対象とする患者を入院５日以内から７日以内に拡大する。

現　行	改定案
【救急搬送患者地域連携紹介加算】 （退院時1回）　500点 ［算定要件］ 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から５日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。	【救急搬送患者地域連携紹介加算】 （退院時1回）　1,000点（改） ［算定要件］ 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から７日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。
【救急搬送患者地域連携受入加算】 （入院初日）　1,000点	【救急搬送患者地域連携受入加算】 （入院初日）　2,000点（改）

２．同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。

現　行	改定案
【救急搬送患者地域連携紹介加算】 ［施設基準］ ①　救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。 ②　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ③　救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	【救急搬送患者地域連携紹介加算】 ［施設基準］ ①　救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。 ②　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 （削除）
【救急搬送患者地域連携受入加算】 ［施設基準］ ①　救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。 ②　救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	【救急搬送患者地域連携受入加算】 ［施設基準］ 　救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。 （削除）

３．受入加算について、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床で算定可能とする。

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－④】

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

骨子【重点課題１－１－(1)】

第１　基本的な考え方

救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変時必要な医療を受けられる体制を推進するため、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者や状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設するとともに、療養病棟において、受け入れを行った場合についてもさらなる評価を行う。

第２　具体的な内容

１．一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

（新）　救急・在宅等支援病床初期加算　　150 点（１日につき）

［算定要件］

急性期医療を担う救急医療機関入院中や在宅療養中の患者等を一般病棟（13 対 1、15 対 1 に限る）で受け入れた場合に 14 日以内に限り算定する。

２．療養病棟においても、一定の条件の下、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

現　行	改定案
【救急・在宅等支援療養病床初期加算】（１日につき）　150点	【救急・在宅等支援療養病床初期加算】 １　救急・在宅等支援療養病床初期加算１ 300 点（新） ２　救急・在宅等支援療養病床初期加算２

	150 点
［算定要件］ 　療養病棟入院基本料を算定する病棟において、14日に限り算定する。	［算定要件］ １　救急・在宅等支援療養病床初期加算１ 　療養病棟入院基本料１を算定する病棟において、14 日に限り算定する。 ２　救急・在宅等支援療養病床初期加算２ 　療養病棟入院基本料２を算定する病棟において、14 日に限り算定する。

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－⑤】

ＮＩＣＵ入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題１－１－(2)】

第１　基本的な考え方

ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、ＮＩＣＵと後方病院との医療連携を推進する。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

第２　具体的な内容

１．新生児特定集中治療室における退院調整の充実

新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、超低出生体重児（出生時体重 1,000g 未満の児）、極低出生体重児（出生時体重 1,500g 未満の児）等、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の２回算定可能とする。

現　行	改定案
【新生児特定集中治療室退院調整加算】（退院時1回）　300点	【新生児特定集中治療室退院調整加算】 １　新生児特定集中治療室退院調整加算１（退院時１回）　600点（改） ２　新生児特定集中治療室退院調整加算２ イ　退院支援計画作成加算（入院中１回）　600点（新） ロ　退院加算（退院時１回）　600点（新）

［算定要件］ 新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。	［算定要件］ １　新生児特定集中治療室退院調整加算１ 新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り算定する。 ２　新生児特定集中治療室退院調整加算２ イ　退院支援計画作成加算 新生児特定集中治療室管理料算定したことがある超低出生体重児（出生時体重1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に入院中に１回に限り算定する。 ロ　退院加算 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に１回に限り算定する。
［施設要件］ ①　当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。 ②　当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。	［施設要件］ ①　当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。 ②　当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上、又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。

２．ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

(1)リスクの高い妊産婦に対し､必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、その評価を引き上げるとともに他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

現　行	改定案
【ハイリスク妊産婦共同管理料１】 500点 【ハイリスク妊産婦共同管理料２】 350点	【ハイリスク妊産婦共同管理料１】 800点(改) 【ハイリスク妊産婦共同管理料２】 500点(改)
［対象者］	［対象者］
①　妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病､白血病、血友病、出血傾向、ＨＩＶ陽性、Ｒｈ不適合	①　妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、ＨＩＶ陽性、Ｒｈ不適合
②　妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、ＨＩＶ陽性	②　妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、ＨＩＶ陽性

(2)リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、

ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げる。

現　行	改定案
【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき)　1,000点 【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき)　3,000点	【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき)　1,200点(改) 【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき)　3,200点(改)

３．障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、ＮＩＣＵ設置医療機関とあらかじめ連携しＮＩＣＵに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算の引き上げを行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13 対１、15 対１に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

現　行	改定案
【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】（入院初日） 重症児（者）受入連携加算　1,300点 [算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。	【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】【一般病棟入院基本料（13対１、15対1に限る。）】、【療養病棟入院基本料】、【有床診療所入院基本料】、【有床診療所療養病床入院基本料】 （入院初日） 重症児（者）受入連携加算　2,000点(改) [算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。

４．超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。

現　行	改定案
【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 ［算定可能病床］ 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、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料	【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】 ［算定可能病床］ 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

５．現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

現　行	改定案
【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】注３（１日につき） 在宅重症児（者）受入加算 200点 ［算定要件］ 自宅から入院した患者である場合に、入院日から５日に限り算定する。	【超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算】注３（１日につき） 救急・在宅重症児（者）受入加算 200 点 ［算定要件］ 自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療

	機関において特定集中治療室管理料の注２に規定する小児加算、小児特定集中治療室管理料、又は新生児集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料を算定したものである場合に、入院日から５日に限り算定する。

６．在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

現　行	改定案
【在宅患者緊急入院診療加算】 ［算定可能病床］ 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料	【在宅患者緊急入院診療加算】 ［算定可能病床］ 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、小児入院医療管理料

７．長時間訪問看護の算定要件の見直し

⑴ 長時間訪問看護の対象を、小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を３回にする。

⑵ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。

⑶ 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。

⑷ 医療保険下の長時間訪問看護は２時間以上提供した場合から算定可

能となっているが、介護保険との整合をとるため、90 分以上から算定できることとする。

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（訪問看護療養費）

現　行	改定案
別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週１日を限度として、所定額に5,200円を加算する。	別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、<u>１回の訪問看護の時間が90分を超える</u>長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週１日を限度として、所定額に5,200円を加算する。 <u>ただし、15 歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週 3 回までを可能とする。</u>
【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 別表第七の三 在宅患者訪問看護・	【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 別表第七の三 在宅患者訪問看護・

指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者 ・人工呼吸器を使用している状態にある者	指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者 ・人工呼吸器を使用している状態にある者 ・長時間の訪問看護を必要とする 15 歳未満の超重症児・準超重症児 注）準・超重症児長時間訪問看護加算の対象となる準・超重症の状態は、「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（平成 22 年３月５日保医発 0305 第２号）」別添６の別紙 14 の超重症児（者）判定基準による判定スコアが 10 以上のものをいう。 ・特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 ・特別な管理を必要とする者 （特掲診療料の施設基準別表第八に掲げる者）

（在宅患者訪問看護・指導料）

現　行	改定案
長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護の時間が２時間を超えた場合について、週１回に限り算定できるものとする。	長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護の時間が 90 分を超えた場合について週１回に限り算定できるものとする。 ただし、15 歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週３回までを可能とする。
【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ	【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題１－２－(1)】

第１　基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

第２　具体的な内容

１．実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、以下に掲げる項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（現行）

①総合入院体制加算
②医師事務作業補助体制加算
③ハイリスク分娩管理加算
④急性期看護補助体制加算
⑤栄養サポートチーム加算
⑥呼吸ケアチーム加算
⑦小児入院医療管理料１及び２
⑧救命救急入院料 注３に掲げる加算を算定する場合

（新たに要件を加える項目）

⑨総合周産期特定集中治療室管理料
⑩(新)　小児特定集中治療室管理料
⑪(新)　精神科リエゾンチーム加算
⑫(新)　病棟薬剤業務実施加算

⑬(新)　院内トリアージ実施料
⑭(新)　移植後患者指導管理料
⑮(新)　糖尿病透析予防指導管理料

２．病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

［施設要件］

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

（病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例）

現　行	改定案
【選択項目】 ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み ・交代勤務制の導入 ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担	【選択項目】 ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み（一部必須） ・交代勤務制の導入（一部必須） ・予定手術前の当直に対する配慮
【必須項目】 なし	【必須項目】 ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。 ・外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとす

	る。 ・交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料１」、「⑧救命救急入院料 注３加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。 ・なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第３者の評価を受けているかどうかを報告することとする。

【重点課題１－２（医療従事者負担軽減／勤務体制の改善に向けた取り組みの推進）－②】

病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価

骨子【重点課題１－２－(2)】

第１　基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減について一定の効果が見られている医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。

第２　具体的な内容

１．配置に応じた適切な評価の新設

30 対 1、40 対 1 の評価を新設する。また、50 対 1 については、年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

現　行	改定案
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
（入院初日）	（入院初日）
１　15対１補助体制加算　810点	１　15対１補助体制加算　810点
２　20対１補助体制加算　610点	２　20対１補助体制加算　610点
３　25対１補助体制加算　490点	３　25対１補助体制加算　490点
	４　30対１補助体制加算 410点（新）
	５　40対１補助体制加算 330点（新）
４　50対１補助体制加算　255点	６　50対１補助体制加算　255点
５　75対１補助体制加算　180点	７　75対１補助体制加算　180点
６　100対１補助体制加算　138点	８　100対１補助体制加算　138点
［施設基準］	［施設基準］

１　15対１補助体制加算 ２　20対１補助体制加算 　第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院 ３　25対１補助体制加算 ４　50対１補助体制加算 　１の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が 200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間 800件以上の病院 ５　75対１補助体制加算 ６　100対１補助体制加算 　１又は２の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が 100名以上の実績を有する病院	１　15対１補助体制加算 ２　20対１補助体制加算 　第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院 ３　25対１補助体制加算 ４　30対１補助体制加算 ５　40対１補助体制加算 　１の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が 200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間 800件以上の病院 ６　50対１補助体制加算 ７　75対１補助体制加算 ８　100対１補助体制加算 　１又は２の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が 100名以上の実績を有する病院

２．精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進

精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とするため、医師事務作業補助体制加算算定可能病床に精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料１、精神科救急・合併症入院料を追加する。

現　行	改定案
【医師事務作業補助体制加算】 ［算定可能病床］ 　一般病棟入院基本料、専門病院入	【医師事務作業補助体制加算】 ［算定可能病床］ 　一般病棟入院基本料、専門病院入

院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料	院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、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（精神科急性期治療病棟入院料１のみ）、精神科救急・合併症入院料

【重点課題１－２(医療従事者負担軽減／勤務体制の改善に向けた取組の推進)－③】

看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価

骨子【重点課題１－２－(3)】

第１　基本的な考え方

看護補助者の雇用や役割分担により看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担を推進するため、急性期看護補助体制加算１（50 対１）の配置基準を上回る看護補助者の配置や、看護補助者等の夜間配置により看護職員の負担軽減を図っている医療機関を手厚く評価する。

第２　具体的な内容

１．急性期医療を担う医療機関における看護補助者の配置の評価

現行の急性期看護補助体制加算１（50 対１）の配置基準を上回る 25 対１の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

(新)　急性期看護補助体制加算１　25 対１(1 日につき、14 日を限度)
イ　看護補助者が５割以上※の場合　160 点
ロ　看護補助者が５割未満※の場合　140 点

※ 急性期看護補助体制加算１（25 対 1）の届出に必要な看護補助者全体(常勤換算)に占める看護補助者の割合

現　行	改定案
【急性期看護補助体制加算】（１日につき）	【急性期看護補助体制加算】（１日につき） １　急性期看護補助体制加算１（25対１） イ　看護補助者５割以上 160点(新)

	ロ　看護補助者５割未満 140点（新）
１　急性期看護補助体制加算１ （50対１）　120点	２　急性期看護補助体制加算２ （50対１）　120点
２　急性期看護補助体制加算２ （75対１）　80点	３　急性期看護補助体制加算３ （75対１）　80点

[算定要件]

急性期看護補助体制加算１

① 急性期医療を担う病院であること。

② 看護必要度の基準を満たす患者を、７対１入院基本料を算定する病棟にあっては１割５分以上、10対１入院基本料を算定する病棟にあっては１割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年３月31日まで７対１入院基本料を算定し、平成24年４月１日以降に新７対１入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新７対１入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。

③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

（新）　看護補助者夜間配置加算（1日につき、14日を限度）

イ　入院患者数※に対して常時 50 対 1 以上　10 点

ロ　入院患者数※に対して常時 100 対 1 以上　5 点

※ 同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算１、２、３を算定している病棟であること。

（新）　看護職員夜間配置加算　50 点（1日につき、14日を限度）

[施設基準]

① 急性期看護補助体制加算１を算定している病棟であること。

② 当該病棟における看護職員の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が 12 又はその端数を増すごとに１以上であること。

２．13 対１入院基本料を算定している医療機関における手厚い看護補助者

の配置の評価

医師と看護職員との役割分担を推進するため、13 対１入院基本料を算定している病棟においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い看護補助加算１（30 対 1）を算定できるよう見直しを行う。

現　行	改定案
【看護補助加算１】（１日につき） 109点 [施設基準] 15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料を算定する病棟であること。	【看護補助加算１】（１日につき） 109点 [施設基準] 13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料を算定する病棟であること。

[算定要件]

13対１入院基本料を算定している病棟において看護補助加算１を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、１割以上入院させていること。

【重点課題１－３(医療従事者負担軽減／外来の機能分化の推進)－①】

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

骨子【重点課題１－３－(1)】

第１　基本的な考え方

救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関等の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行う。

第２　具体的な内容

１．院内トリアージを実施している場合の評価の新設

(1)夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価を新設する。

(新)　院内トリアージ実施料　　100 点

[算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

[施設基準]

① 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。

② 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。

③ 専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

(2)院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療

料院内トリアージ加算は廃止する。

２．二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

(1)二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

（新）　夜間休日救急搬送医学管理料　　200 点（初診時）

[算定要件]

救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る））及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者

[施設基準]

第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

(2)地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げる。

現　行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】 １　地域連携小児夜間・休日診療料１ 400点 ２　地域連携小児夜間・休日診療料２ 550点 【地域連携夜間・休日診療料】 100点	【地域連携小児夜間・休日診療料】 １　地域連携小児夜間・休日診療料１ 450点(改) ２　地域連携小児夜間・休日診療料２ 600点(改) 【地域連携夜間・休日診療料】 200点(改)

【重点課題１－３（医療従事者負担軽減／外来の機能分化の推進）－②】

初・再診料及び関連する加算の評価

骨子【重点課題１－３－(2)】

第１　基本的な考え方

１．同一医療機関において同一日に複数の診療科を受診した場合は、再診料を１回のみ算定することとされているが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により２科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、同一日の２科目の再診を評価する。

２．入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用を進めている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価を見直す。

３．地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．再診料、外来診療料について、同一日の２科目の再診について評価を行う。

（新）　再診料　　34 点（同一日２科目の場合）
（新）　外来診療料　　34 点（同一日２科目の場合）

［算定要件］

①　同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（一

つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）に算定する。

② ２科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

２．精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が透析や共同利用をすすめている検査のため他の医療機関を受診する場合の評価を見直す。

現　行	改定案
入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。	入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。
ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。	ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。ただし、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。
イ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は	イ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は

特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。	特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。
ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。	ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合で

	あって、透析又は共同利用を進めている検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合（入院日から起算して60日以内に限る）であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定する。

３．地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、さらなる推進のため評価体系を見直す。

現　行	改定案
【地域医療貢献加算】　3点	【時間外対応加算】 １　時間外対応加算１ 5点（新） ２　時間外対応加算２ 3点（改） ３　時間外対応加算３ 1点（新）
［算定要件］	［算定要件］ １　時間外対応加算１ ①　標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。 ②　原則として自院で対応する。 ２　時間外対応加算２
①　標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留	①　標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留

守番電話等で対応しても差し支えない。 ② 原則として自院で対応する。	守番電話等で対応しても差し支えない。 ② 原則として自院で対応する。 ３ 時間外対応加算３ ① 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。 ② 当番日は原則として自院で対応する。 ③ 連携する医療機関数は、３以下とする。 ④ 連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

【重点課題１－３(医療従事者負担軽減／外来の機能分化の推進)－③】

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

骨子【重点課題１－３－(3)】

第１　基本的な考え方

病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とし、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

第２　具体的な内容

１．紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院における初診料について、紹介なしに当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

（新）　初診料　　200 点（紹介のない場合）

[算定要件]

① 紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院において、紹介のない患者に対して初診を行った場合に算定する。

② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30%以上の場合は、当該初診料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率　　＝（紹介患者数＋救急患者数）/初診の患者数

逆紹介率　＝ 逆紹介患者数/初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介なしに当該病院を受診した場合の初診料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

２．紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院におけ

る外来診療料について、患者に対して、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

（新）　外来診療料　　52 点

（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

[算定要件]

① 紹介率が 40%未満の特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（200 床未満）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に対して再診を行った場合に算定する。

② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30%以上の場合は、当該再診料又は外来診療料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率　　＝（紹介患者数＋救急患者数）/初診の患者数

逆紹介率　　＝ 逆紹介患者数/初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

【重点課題１－４（医療従事者負担軽減／チーム医療の推進）－①】

多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進

骨子【重点課題１－４】

第１　基本的な考え方

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取り組みを評価する。

第２　具体的な内容

１．精神科リエゾンチーム加算の新設

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

（新）　精神科リエゾンチーム加算　　200 点（週１回）

[算定要件]

① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。

② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施（月１回程度）、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療（外来等）が継続できるような調整等を行う。

③ 算定患者数は、１チームにつき１週間で概ね 30 人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

① 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医

② 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

③ 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか１人

２．栄養サポートチームの推進

栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13 対１、15 対１）、専門病院入院基本料（13 対１）及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病棟においては入院の日から起算して６月以内のみ、算定可能とし、入院２月以降は月１回に限り算定可能とする。

現　行	改定案
【栄養サポートチーム加算】（週１回） 200点 ［算定可能病棟］ 一般病棟入院基本料（７対１、10対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（７対１、10対１）	【栄養サポートチーム加算】（週１回） 200点 ［算定可能病棟］ 一般病棟入院基本料（７対１、10対１、13対１、15対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（７対１、10対１、13対１）、療養病棟入院基本料 ただし、療養病棟については、入院日から起算して６月以内に限り算定可能とし、入院１月までは週１回、入院２月以降６月までは月１回に限り算定可能とする。

３．臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価の新設

臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

（新）　移植後患者指導管理料

１　臓器移植後患者指導管理料	300 点（月１回）
２　造血幹細胞移植後患者指導管理料	300 点（月１回）

［対象患者］

１　臓器移植後患者指導管理料

臓器移植後の患者

２　造血幹細胞移植後患者指導管理料

造血幹細胞移植後の患者

［施設基準］

当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームが設置されていること。

１　臓器移植後患者指導管理料

①　臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②　臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③　臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

２　造血幹細胞移植後患者指導管理料

①　造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②　造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③　造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

（研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定）

４．外来緩和ケアチームの評価の新設

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

（新）　外来緩和ケア管理料　　300 点

［算定要件］

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対し

て、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに関して必要な診療を行った場合に算定する。

[施設基準]

① 当該保険医療機関内に以下の４名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①にかかわらず、①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

５．薬剤師の病棟における業務に対する評価の新設

(1) 勤務医の負担軽減等の観点から薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設する。

（新） 病棟薬剤業務実施加算 100点（週１回）

[算定要件]

① すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して４週を限度する。

② 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施している場合に算定する。

※ 病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

- 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案

・　２種以上（注射薬及び内用薬を１種以上含む。）の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
・　患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
・　薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
・　その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務

［施設基準］

①　薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
②　病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
③　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
④　当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
⑤　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
⑥　薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※　十分な時間として１病棟・１週当たり20時間を規定する予定

(2) 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

６．糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

「Ｉ－２－①」を参照のこと。

【重点課題１－４（医療従事者負担軽減／チーム医療の推進）－②】

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

骨子【重点課題１－４】

第１　基本的な考え方

１．歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携を推進する観点から、歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関における、がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価し、併せて周術期に行う歯科衛生士の専門的口腔衛生処置についても評価する。

２．医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者）等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

第２　具体的な内容

１．周術期口腔機能管理料等の新設

がん患者等の手術（全身麻酔を実施する場合に限る。）等を実施する医師等との連携の下、歯科医師が行う、がん患者等の入院前から退院後を含めた一連の口腔機能の管理の評価や放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価する。

具体的には、患者の周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価した「周術期口腔機能管理計画策定料」、その計画に基づく、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術や放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う日常的な療養の指導等を評価する、主に入院前後の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅰ）」、入院中の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅱ）」、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅲ）」の新設を行う。

（新）　周術期口腔機能管理計画策定料　　300 点

［算定要件］

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術を実施する保険医療機関からの文書による依頼（ただし、歯科診療を実施している保険医療機関において手術を実施する場合であって、当該保険医療機関で周術期の口腔機能の管理に係る計画を策定する場合を除く。）を受け、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者に説明し、文書により提供するとともに周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（周術期の口腔機能の管理計画の策定と周術期の口腔機能の管理を同一の保険医療機関で実施する場合を除く。）に当該手術に係る一連の治療を通して１回に限り算定できる。

（新）　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）

１　手術前　190 点

２　手術後　190点

［算定要件］

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を手術を実施する保険医療機関に入院中以外の患者（ただし、保険医療機関（歯科診療を実施しているものを除く。）に入院中の患者は含む。）に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、計３回に限り算定できる。

（新）　周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

１　手術前　300点

２　手術後　300点

［算定要件］

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を当該保険医療機関に入院中の手術を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定できる。

（新）　周術期口腔機能管理料（Ⅲ）　190 点

［算定要件］

放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を、放射線治療等を実施している患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月１回に限り算定する。

２．術後専門的口腔衛生処置の見直し

術後のみならず、周術期における歯科衛生士の取り組みを評価する観点から、術後専門的口腔衛生処置を廃止し、入院中の患者を対象とした周術期専門的口腔衛生処置を新設する。

現　行	改定案
【術後専門的口腔衛生処置】 80 点 注　区分番号Ｊ０１６、Ｊ０１８、Ｊ	廃　止

０３１、Ｊ０３２、Ｊ０３５、Ｊ０３６、Ｊ０３８、Ｊ０３９、Ｊ０４０、Ｊ０４１、Ｊ０４２、Ｊ０４３、Ｊ０６８、Ｊ０６９、Ｊ０７０、Ｊ０７０－２、Ｊ０７２、Ｊ０７５、Ｊ０７６又はＪ０８７に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して２月以内の期間において、月１回に限り算定する。	【周術期専門的口腔衛生処置】 80 点(新) 注　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した、入院中の患者であって、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。(新)

３．歯科治療総合医療管理料等の対象疾患の拡大

歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、主治の医師との連携が重要となる骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者に限る。）及び慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）を追加する。

現　行	改定案
【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】 ［施設基準］ ・歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・高血圧性疾患　ほか１２疾患	【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】 ［施設基準］ ・歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・高血圧性疾患　ほか１２疾患 ・骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。） ・慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）（改）

４．基本診療料や指導管理料における医科診療科との連携を評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価する観点から、歯科外来診療環境体制加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科治療総合医療管理料等の施設基準の要件となっている別の医科診療を行う医療機関との連携体制について、医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価するとともに併せて小児入院医療管理についても評価に加える。

現　行	改定案
（例） 【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 [施設基準] ・診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。	（例） 【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 [施設基準] ・診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。<u>なお、医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科との連携体制が確保されていればこの限りでない。（改）</u>
＜特定入院料＞ ・特定集中治療室管理料ほか３項目	＜特定入院料＞ ・特定集中治療室管理料ほか３項目 <u>・小児入院医療管理料（新）</u>

【重点課題２－１(医療介護連携等の推進／在宅医療の促進)－①】

在宅医療の促進について

骨子【重点課題２－１－(1) (2)】

第１　基本的な考え方

１．高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下「在支診・在支病」という。）の機能分化と連携等による機能強化を進める。

２．自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設等入居者に対する訪問診療料について評価を行う。

第２　具体的な内容

１．機能を強化した在支診・在支病等への評価を行う。

[機能を強化した在支診・在支病の施設基準]

①　従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。

イ　所属する常勤医師３名以上

ロ　過去１年間の緊急の往診実績５件以上

ハ　過去１年間の看取り実績２件以上

②　複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。

イ　患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う

ロ　患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月１回以上の定期的なカンファレンスを実施

ハ　連携する医療機関数は 10 未満

ニ　病院が連携に入る場合は 200 床未満の病院に限る

(1)24 時間対応を充実させる観点から、緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

現　行	改定案
【往診料】	【往診料】
	機能を強化した在支診・在支病
	病床を有する場合
	緊急加算　850点(新)
	夜間加算　1,700点(新)
	深夜加算　2,700点(新)
	病床を有しない場合
	緊急加算　750点(新)
	夜間加算　1,500点(新)
	深夜加算　2,500点(新)
在支診・在支病	在支診・在支病
緊急加算　650点	緊急加算　650点
夜間加算　1,300点	夜間加算　1,300点
深夜加算　2,300点	深夜加算　2,300点
在支診・在支病以外	在支診・在支病以外
緊急加算　325点	緊急加算　325点
夜間加算　650点	夜間加算　650点
深夜加算　1,300点	深夜加算　1,300点

(2)在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。

現　行	改定案
【在宅時医学総合管理料】	【在宅時医学総合管理料】
	機能を強化した在支診・在支病
	病床を有する場合
	イ　処方せんを交付する場合
	5,000点(新)
	ロ　処方せんを交付しない場合
	5,300点(新)
	病床を有しない場合
	イ　処方せんを交付する場合

	4,600点(新) ロ　処方せんを交付しない場合 4,900点(新)
在支診・在支病 イ　処方せんを交付する場合 4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 4,500点	在支診・在支病 イ　処方せんを交付する場合 4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 4,500点

(3)在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

現　行	改定案
【特定施設入居時等医学総合管理料】	【特定施設入居時等医学総合管理料】 機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合 イ　処方せんを交付する場合 3,600点(新) ロ　処方せんを交付しない場合 3,900点(新) 病床を有しない場合 イ　処方せんを交付する場合 3,300点(新) ロ　処方せんを交付しない場合 3,600点(新)
在支診・在支病 イ　処方せんを交付する場合 3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合 3,300点	在支診・在支病 イ　処方せんを交付する場合 3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合 3,300点

(4)入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、緊急時に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げを行う。

現　行	改定案
【在宅患者緊急入院診療加算】	【在宅患者緊急入院診療加算】
	1　機能を強化した在支診・在支病間での受入の場合　2,500点(新)
1　連携医療機関の場合　1,300点	2　連携医療機関の場合　2,000点(改)
2　1以外の場合　630点	3　1，2以外の場合　1,000点(改)

2．特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。

現　行	改定案
【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】
1　同一建物以外　830点	1　同一建物以外　830点
	2　同一建物（特定施設）　400点(新)
2　同一建物　200点	3　同一建物（2以外）　200点
	[算定要件]
	2　同一建物（特定施設）
	介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。

【重点課題２－１(医療介護連携等の推進／在宅医療の促進)－②】

在宅緩和ケア等の促進について

骨子【重点課題２－１－(3)】

第１　基本的な考え方

患者が安心して在宅療養を行えるよう、在宅における緩和ケア等の促進を図る。

第２　具体的な内容

１．現在、在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することは出来ないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

[算定要件]

緩和ケア病棟等に所属する緩和ケアに関する研修を受けた医師が、在宅医療を提供する医療機関の医師と連携して、同一日に同一患者を診療した場合。

２．がん専門訪問看護の評価

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

(新)　訪問看護療養費

がん専門訪問看護料　12,850円

(新)　在宅患者訪問看護・指導料

がん専門訪問看護料　1,285点

[算定要件]

５年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に

係る６月以上の適切な研修を修了した者であること。

３．機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

現　行	改定案
【在宅末期医療総合診療料】	【在宅がん医療総合診療料】 機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合 １　処方せんを交付する場合 1,800点(新) ２　処方せんを交付しない場合 2,000点(新) 病床を有しない場合 １　処方せんを交付する場合 1,650点(新) ２　処方せんを交付しない場合 1,850点(新)
在支診・在支病 １　処方せんを交付する場合 1,495点 ２　処方せんを交付しない場合 1,685点	在支診・在支病 １　処方せんを交付する場合 1,495点 ２　処方せんを交付しない場合 1,685点

４．小児在宅医療の充実について

(1)在宅医療と入院医療の連携が重要であることから、在宅への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

(2)小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

現　行	改定案
【在宅患者訪問診療料　乳幼児加算・幼児加算】　200点	【在宅患者訪問診療料　乳幼児加算・幼児加算】　400点(改)

５．在宅療養指導管理料の見直し

(1)在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の対象疾患に先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症を加えるとともに評価を引き上げる。

現　行	改定案
【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】　500点 [対象者] 表皮水疱症	【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】　1,000点(改) [対象者] 表皮水疱症、水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症

(2)在宅で療養中の小児患者について、経管栄養法に関する指導管理を行うことを評価するとともに、注入ポンプ加算及び経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象を見直す。

（新）　在宅小児経管栄養法指導管理料　　1,050 点

[算定要件]

在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

現　行	改定案
【注入ポンプ加算】　1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注	【注入ポンプ加算】　1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫

入ポンプを使用した場合に算定する。 【在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算】　2,000点 [算定要件] 　在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。	瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。 【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】　2,000点 [算定要件] 　在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。

【重点課題２－１(医療介護連携等の推進／在宅医療の促進)－③】

在宅の療養に係る技術・機器等の評価

骨子【重点課題２－１－(3)】

第１　基本的な考え方

在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。

第２　具体的な内容

１．実勢価格に基づく評価の引き上げ
２．医学的な必要性を踏まえた対象の拡大
３．新たに保険適用された医療機器の在宅指導管理料の新設

現　行	改定案
【在宅自己注射指導管理料】　820 点	【在宅自己注射指導管理料】 １　複雑な場合　1,230 点(新) ２　１以外の場合　820 点 [算定要件] 複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。
【間歇注入シリンジポンプ加算】 1,500 点	【間歇注入シリンジポンプ加算】 １　プログラム付きポンプ 2,500 点(新) ２　１以外のポンプ　1,500 点 [算定要件] プログラム付きのポンプとは、自動でボーラス投与が行えるようなプログラムを設定できるものをいう。

【在宅人工呼吸指導管理料】	【在宅人工呼吸指導管理料】 ［算定要件］ 当該管理料を算定する保険医療機関は、患者が使用する装置の保守・管理を、委託する場合を含め、十分に行い、必要な保守・管理の内容及び緊急時の対応等について、患者に情報提供を行うこと。
【人工呼吸器加算】 １　陽圧式人工呼吸器　7,000 点 ２　人工呼吸器　6,000 点 ３　陰圧式人工呼吸器　7,000 点	【人工呼吸器加算】 １　陽圧式人工呼吸器　7,480 点（改） ２　人工呼吸器　6,480 点（改） ３　陰圧式人工呼吸器　7,480 点（改） 人工呼吸器に必要な回路部品その他附属品（療養上必要な分の外部バッテリーを含む）等に係る費用は所定点数に含まれる。
【疼痛管理用送信器加算】 注　疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	【送信器加算】 注　疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植込んだ後に、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器（患者用プログラマを含む）を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

（新）　植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料　810 点

注　植込術を行った日から起算し３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に 140 点を加算する。

（新）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料　　810 点

注　植込術を行った日から起算し３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に、140 点を加算する。

（新）　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料　　810 点

注　植込術を行った日から起算し３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に 140 点を加算する。

（改）　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　　45,000 点

【重点課題２－１（医療介護連携等の推進／在宅医療の促進）－④】

在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

骨子【重点課題２－１－(3)】

第１　基本的な考え方

在宅において医療機器等を用いた療養を行う場合の診療報酬上の評価は、月に１回の算定となっているが、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう、診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

在宅酸素療法や、在宅持続陽圧呼吸療法については、一般的に月に１回の療養上の指導を行っているが、患者の体調等の医学的な理由により外来受診ができなかった場合には、月をまたいでの受診となることがあると指摘されていることから、在宅療養指導管理材料加算について、複数月分の材料加算を１月で算定できることとする。

現　行	改定案
【酸素ボンベ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	【酸素ボンベ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【酸素濃縮装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素濃	【酸素濃縮装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、

縮装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。	酸素濃縮装置を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。
【液化酸素装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	【液化酸素装置加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加】 注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。

看取りに至るまでの医療の充実について

骨子【重点課題２－２】

第１　基本的な考え方

在宅医療の推進に伴い、在宅等における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

現　行	改定案
【在宅ターミナルケア加算】	【在宅ターミナルケア加算】 機能を強化した在支診・在支病 病床を有する場合 ターミナルケア加算 6,000点（新） 看取り加算　3,000点（新） 病床を有しない場合 ターミナルケア加算 5,000点（新） 看取り加算　3,000点（新）
在支診・在支病　10,000点	在支診・在支病 ターミナルケア加算 4,000点（新） 看取り加算　3,000点（新）
在支診・在支病以外　2,000点	在支診・在支病以外 ターミナルケア加算 3,000点（新）

	看取り加算　　3,000点(新)
［算定要件］ 在支診・在支病 死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。） 在支診・在支病以外 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合	［算定要件］ 在支診・在支病（機能強化型を含む） ターミナルケア加算 死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上往診または訪問診療を実施した場合 看取り加算 事前に患者の家族等に対して充分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合 在支診・在支病以外 ターミナルケア加算 死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上往診または訪問診療を実施した場合 看取り加算 事前に患者の家族等に対して充分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合

２．訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前 14 日以内に２回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この２回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

（在宅患者訪問看護・指導料）

現　行	改定案
在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含むに対して）、保険医療機関の保険医の指示により、死亡	在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含むに対して）、保険医療機関の保険医の指示により、死亡

日前14日以内に２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。	日及び死亡日前14日以内に２日以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

（訪問看護療養費）

現　行	改定案
訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。	訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日及び死亡日前14日以内に２日以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

３．機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題２－１－②」を参照のこと。

４．介護老人福祉施設（以下「特養」という。）における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

現　行	改定案

【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】 ［特養における算定要件］ 末期の悪性腫瘍患者のみ	【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】 ［特養における算定要件］ 末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。 ①　介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、 ②　在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、 ③　疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

【重点課題２－３（医療介護連携等の推進／地域移行の促進）－①】

効果的な入院診療計画の策定

骨子【重要課題２－３】

第１　基本的な考え方

現在も入院診療計画を策定し、患者に説明を行うことになっているが、厚生労働省で示している入院診療計画の内容以上に詳細な入院診療計画を策定し、患者に対して説明を行っている医療機関が増加してきており、これらの詳細な入院診療計画について評価を行う。

第２　具体的な内容

現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

［算定要件］

① Ａ100～109 入院基本料、300～314 特定入院料に入院する患者であること。

② 入院７日以内に詳細な入院診療計画が作成され説明が行われていること。

③ 詳細な入院診療計画の内容は、入院中から退院時及び退院後の生活のイメージができるような内容であり、月日、経過、達成目標、日毎の治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、教育・指導（栄養・服薬）・説明、観察記録、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点等である。これらが含まれている場合には、様式の形式は当該様式に限るものではない。

【重点課題２－３（医療介護連携等の推進／地域移行の促進）－②】

効果的な退院調整の評価

骨子【重要課題２－３】

第１　基本的な考え方

１．効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。

２．地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。

３．退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第２　具体的な内容

１．入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

（新）	退院調整加算１	イ	14日以内	340点
		ロ	30日以内	150点
		ハ	31日以上	50点
（新）	退院調整加算２	イ	30日以内	800点
		ロ	31日以上90日以内	600点
		ハ	91日以上120日以内	400点
		ニ	121日以上	200点

［算定要件］

退院調整加算１

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。

② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。

③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。

④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算２

① 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合

②～④ 退院調整加算１と同様。

［施設基準］

① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。

ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。

② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

２．入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

（新） 地域連携計画加算 300点

３．総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

現　行	改定案
【総合評価加算】（入院中１回） 50点 ［算定可能病棟］ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料	【総合評価加算】（入院中１回） 100点(改) ［算定可能病棟］ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

【重点課題２－３（医療介護連携等の推進／地域移行の促進）－③】

医療機関と訪問看護ステーションの連携について

骨子【重要課題２－３】

第１　基本的な考え方

１．円滑な地域移行を進めるために、退院時のカンファレンスの開催及び療養上必要な説明・指導など、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。

２．国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応が可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第２　具体的な内容

１．訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料２を算定できるようにする。

現　行	改定案
【退院時共同指導料２】　300点 ［算定要件］ 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。	【退院時共同指導料２】　300点 ［算定要件］ 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と

	共同して行った場合に算定する。

２．特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

(新)　退院時共同指導料１　特別管理指導加算　200 点

(新)　訪問看護療養費　特別管理指導加算　2,000 円

[特別な管理が必要な者]

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

３．外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1)外泊日の訪問看護

（訪問看護療養費）

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

(新)　訪問看護基本療養費（Ⅲ）　8,500 円

［算定要件］

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者

② 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者

③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者）

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、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以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（退院前訪問看護）

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

現　行	改定案
【退院前訪問指導料】　410点	【退院前訪問指導料】　555点(改)

(2)退院当日の訪問看護

（訪問看護療養費）

① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。

② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

（退院前訪問指導料）

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

（訪問看護療養費）

現　行	改定案
【退院支援指導加算】　6000円 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。	【退院支援指導加算】　6000円 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者、注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者、および診療により、退院当日の訪問看護が必要であると認められた者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。 ただし、退院日以降の初回の訪問看

	護が行われる前に患者が死亡した場合に限り、死亡日に算定可能とする。

（退院前訪問指導料）

現　行	改定案
【退院前訪問指導料】　410点 ［算定要件］ 入院期間が１月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し，当該患者又はその家族等に対して，退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。	【退院前訪問指導料】　555点(改) ［算定要件］ 入院期間が１月を超えると見込まれる患者の円滑な退院を支援するため患家を訪問し，当該患者又はその家族等に対して，退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。 退院当日の訪問指導についても算定可能とする。

４．退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の２週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

現　行	改定案
【特別訪問看護指示加算】　100点 ［算定要件］ 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。	【特別訪問看護指示加算】　100点 ［算定要件］ 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。

【重点課題２－４（医療介護連携等の推進／在宅歯科、在宅薬剤管理の充実）－①】

在宅歯科医療の推進

骨子【重点課題２－４－（１）】

第１　基本的な考え方

１．在宅歯科医療をより一層推進する観点から、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

２．居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

３．歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の加算の評価について、一人の患者に対して「１回目」と「２回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療料の対象者の表現の見直し

歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

現　行	改定案
［算定要件］ ・歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。	［算定要件］ ・歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。（改）

２．歯科訪問診療料の評価の見直し

歯科訪問診療の評価について、在宅に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療料１の評価を引き上げるとともに、歯科訪問診療を行った際に患者の容体の急変により、やむを得ず 20 分を満たさなかった場合の取り扱いを明記する。

現　行	改定案
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】
１　歯科訪問診療１　830点	１　歯科訪問診療１　850点（改）
２　歯科訪問診療２　380点	２　歯科訪問診療２　380点
注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において	注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において

「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定しない。	「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定しない。（改） ※注２（同一建物居住者についても同様の改正）

３．歯科訪問診療補助加算の新設

在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

（新）　歯科訪問診療補助加算　（１日につき）
同一建物居住者以外の場合　　110 点
同一建物居住者の場合　　45 点

［算定要件］

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、必要があって歯科訪問診療の補助を行うために歯科訪問診療を行う歯科医師と同行し、実際に歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を、１日につき歯科訪問診療料の所定点数に加算する。

４．在宅患者等急性歯科疾患対応加算の見直し

歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「１回目」と「２回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

現　行	改定案
【歯科訪問診療料】 注　在宅患者等急性歯科疾患対応加算 （１日につき） イ　１回目　232 点 ロ　２回目以降　90 点	【歯科訪問診療料】 注　在宅患者等急性歯科疾患対応加算 （１日につき） イ　同一建物居住者以外 170 点（改） ロ　同一建物居住者（５人以下） 85 点（改） ハ　同一建物居住者（６人以上） 50 点（改）

【重点課題２－４（医療介護連携等の推進／在宅歯科、在宅薬剤管理の充実）－②】

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題２－４－(2)】

第１　基本的な考え方

１．在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。

２．小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。

３．無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。

４．緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

（新）　在宅患者調剤加算　15 点

［算定要件］

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付１回につき 15 点を加算する。

［施設基準］

⑴ あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。

⑵ 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑶ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

※　なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

２．小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局(以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

３．無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現　行	改定案
（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） ⑴ 薬局であること。 ⑵ 無菌製剤処理を行うにつき十分な	（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） ⑴ 薬局であること。 ⑵ 無菌製剤処理を行うにつき十分な

施設を有していること。 (3)無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	施設又は設備を有していること。 (3)無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

※　なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋（５平方メートル以上）を有していること。」の要件を削除する。

４．在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現　行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 １　同一建物居住者以外の場合　500点 ２　同一建物居住者の場合　350点	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 １　同一建物居住者以外の場合　500点 ２　同一建物居住者の場合　350点 ［算定要件］ 注　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。

医療ニーズの高い患者への対応について

骨子【重点課題２－５－(1)】

第１　基本的な考え方

国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応の可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第２　具体的な内容

１．退院直後の訪問看護

退院直後の医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の２週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

２．外泊日の訪問看護の評価

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

３．退院当日の訪問看護の評価

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

４．週４日以上の訪問が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更予定）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）については、週３日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

現行	改定案
在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、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以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者	在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、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以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、別表第八に定める患者

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

５．訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和

訪問看護管理療養費の算定は、月 12 日までを限度としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者。ただし、別表第八に掲げる者を追加予定（４参照）。）の週４日以上訪問看護が実施できる患者については、月 13 日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和する。

現行	改定案
訪問看護管理療養費 １　月の初日の訪問の場合 7,300 円 ２　月の２日目以降の訪問の場合 2,950 円 １月に 12 日までを限度とする	訪問看護管理療養費 １　月の初日の訪問の場合 7,300 円 ２　月の２日目以降の訪問の場合 2,950 円 （削除）

（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者）

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、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以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、

在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

【重点課題２－５(医療介護連携等の推進／訪問看護の充実)－②】

介護保険の訪問看護との整合

骨子【重点課題２－５－(2)】

第１　基本的な考え方

訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

(新)	訪問看護療養費		
	早朝・夜間加算	(６時～８時・18 時～22 時)	2,100 円
	深夜加算	(22 時～６時まで)	4,200 円
(新)	在宅患者訪問看護・指導料		
	早朝・夜間加算	(６時～８時・18 時～22 時)	210 点
	深夜加算	(22 時～６時まで)	420 点

２．重症者管理加算の名称変更・要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

(1)医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。
(2)重症者管理加算および在宅移行管理加算における「１月以内の期間に４日以上の訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

（訪問看護療養費）

現　行	改定案
【重症者管理加算】 2,500円又は5,000円 特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、１月に４日以上の指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。	【特別管理加算】 2,500円又は5,000円 特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（在宅患者訪問看護・指導料）

現　行	改定案
【在宅移行管理加算】250又は500点 訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して１月以内の期間に４回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。	【在宅移行管理加算】250又は500点 訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。

３．医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

(1)たん吸引等の指示書

保険医療機関の医師が､訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

(新)　　たん吸引に係る指示料　　240 点

(2)介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で複合型、定期巡回型訪問介護看護サービスを受けている患者に対する訪問看護指示の交付を評価する。

(新)　　介護保険新サービスに対する訪問看護指示料　　300 点

【重点課題２－５（医療介護連携等の推進／訪問看護の充実）－③】

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

骨子【重点課題２－５－(3)】

第１　基本的な考え方

１．在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズは多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応するためには、効率的かつ質の高い訪問看護を推進する必要がある。

２．精神科訪問看護については、医療機関が提供するものと訪問看護ステーションが提供するものとでは、対象者や実施者等が異なり、煩雑であることから見直しを行う。同時に、精神科訪問看護の特殊性を踏まえた見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同行し、役割分担をした場合について評価する。

（訪問看護療養費）

現　行	改定案
【複数名訪問看護加算】 １及び３については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当	【複数名訪問看護加算】 １及び３については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当

該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合 4,300円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合 3,800円	該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、<u>イ及びロの場合にあっては</u>週１回、<u>ハの場合にあっては週３回（区分番号01の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（＊）の利用者に対する場合を除く。）</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 （＊）特掲診療料の施設基準別表第七 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円 <u>ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合</u> <u>3,000円</u>(新)

（在宅患者訪問看護・指導料）

現　行	改定案
【複数名訪問看護加算】 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生	【複数名訪問看護加算】 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生

労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週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。	労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、イ及びロの場合にあっては週１回、ハの場合にあっては週３回（区分番号01の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（＊）の利用者に対する場合を除く。）に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 （＊）特掲診療料の施設基準別表第七
イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　430点	イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　430点
ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　380点	ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点
	ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　300点（新）

２．専門性の高い看護師による訪問の評価

(1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

「重点課題２－１－②」を参照のこと。

⑵真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

（新）　訪問看護療養費（Ⅳ）

褥瘡専門訪問看護料　12,850円

（新）　在宅患者訪問看護・指導料

褥瘡専門訪問看護・指導料　1,285点

［算定要件］

５年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る６月以上の適切な研修を修了した者であること。

３．長時間訪問看護の算定要件の見直し

⑴長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を緩和する。

⑵特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。

⑶特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。

⑷医療保険下の長時間訪問看護は２時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

一　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

４．緊急時訪問看護の評価の見直し

在支診・在支病のみならず、在支診以外の診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

現　行	改定案
患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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、１日につき所定点数に265点を加算する。	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、１日につき所定点数に265点を加算する。

５．精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(1)訪問看護指示の見直し

訪問看護指示は､疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(新)　精神科訪問看護指示料　300 点

(新)　特別訪問看護指示加算　100 点

[算定要件]

① 精神科を標榜する医療機関の医師が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付すること。

② 患者一人につき月１回に限り算定する。

(2)精神科訪問看護基本療養費と30分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

（訪問看護療養費）

(新)　精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

イ　保健師、看護師又は作業療法士による場合

①週３日目まで　30分未満　4,250円

②週３日目まで　30分以上　5,550円

③週４日目以降　30分未満　5,100円

④週４日目以降　30分以上　6,550円

ロ　准看護師による場合

①週３日目まで　30分未満　3,870円

②週３日目まで　30分以上　5,050円

③週４日目以降　30分未満　4,720円

④週４日目以降　30分以上　6,050円

(新)　精神科訪問看護基本療養費Ⅱ　1,600円

(新)　精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

イ　保健師、看護師又は作業療法士による場合

①週３日目まで　30分未満　3,300円

②週３日目まで　30分以上　4,300円

③週４日目以降　30分未満　4,060円

④週４日目以降　30分以上　5,300円

ロ　准看護師による場合

①週３日目まで　30分未満　2,910円

②週３日目まで　30分以上　3,800円

③週４日目以降　30分未満　3,670円

④週４日目以降　30分以上　4,800円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

①　精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合

② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合

② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合

② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が同一建物居住者に対して指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

[施設要件]

① 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者

② 精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者

③ 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者

④ 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

[経過措置]

平成25年4月1日施行

（精神科専門療法）

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

（新） イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

① 週３日目まで 30分未満 440点（１日につき）

② 週３日目まで 30分以上 575点（１日につき）

③ 週４日目以降 30分未満 525点（１日につき）

④ 週４日目以降　30 分以上　　675 点（１日につき）

（新）　ロ　准看護師による場合

① 週３日目まで　30 分未満　　400 点（１日につき）

② 週３日目まで　30 分以上　　525 点（１日につき）

③ 週４日目以降　30 分未満　　485 点（１日につき）

④ 週４日目以降　30 分以上　　625 点（１日につき）

（新）　精神科訪問看護・指導料Ⅱ　　160 点（１日につき）

（新）　精神科訪問看護・指導料Ⅲ

イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

① 週３日目まで　30 分未満　　340 点（１日につき）

② 週３日目まで　30 分以上　　445 点（１日につき）

③ 週４日目以降　30 分未満　　415 点（１日につき）

④ 週４日目以降　30 分以上　　545 点（１日につき）

ロ　准看護師による場合

① 週３日目まで　30 分未満　　300 点（１日につき）

② 週３日目まで　30 分以上　　395 点（１日につき）

③ 週４日目以降　30 分未満　　375 点（１日につき）

④ 週４日目以降　30 分以上　　495 点（１日につき）

［算定要件］

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

①　精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。

②　精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週３回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅱ

①　精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。

②　精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週３回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅲ

① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者一人につき、週３日を限度として算定する。

(3)精神保健福祉士の同行訪問の評価の新設

あわせて、30 分未満の短時間訪問看護及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

（訪問看護療養費）

(新)　精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢ　複数名訪問看護加算

3,000 円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢを算定している患者について、所定額を算定する指定訪問看護を保健師、看護師等が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行った場合、週１回に限り、いずれかを所定額に加算する。

（精神科専門療法）

(新)　精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ　複数名訪問看護加算　300 点

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰの所定点数を算定する看護又は療養上必要な指導を保健師、看護師等が看護補助者と同時に看護又は療養上必要な指導を行った場合、週１回に限り、所定額に加算する。

維持期リハビリテーションの評価

骨子【重点課題２－６－(1)】

第１　基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、維持期にふさわしい評価とする。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。

第２　具体的な内容

１．現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、１月に 13 単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

現　行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】注３ 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】注３ 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。ただし、要介護被保険者等については平成26年３月31日までに限る。

【運動器リハビリテーション料】注３ 　発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。	【運動器リハビリテーション料】注３ 　発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。ただし、要介護被保険者等については平成26年３月31日までに限る。

２．要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

現　行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】（１単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】（１単位につき） 　要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。
１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 　イ　ロ以外の場合　245点 　ロ　廃用症候群の場合　235点 ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 　イ　ロ以外の場合　200点 　ロ　廃用症候群の場合　190点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 　イ　ロ以外の場合　100点 　ロ　廃用症候群の場合　100点	１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 　イ　ロ以外の場合　221点（改） 　ロ　廃用症候群の場合　212点（改） ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 　イ　ロ以外の場合　180点（改） 　ロ　廃用症候群の場合　171点（改） ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 　イ　ロ以外の場合　90点（改） 　ロ　廃用症候群の場合　90点（改）

【運動器リハビリテーション料】（１単位につき） １　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　175点 ２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　165点 ３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　80点	【運動器リハビリテーション料】（１単位につき） 　要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。 １　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　158点(改) ２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　149点(改) ３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　80点

【重点課題２－６（医療介護連携等の推進／医療・介護の円滑な連携の推進）－②】

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

骨子【重点課題２－６－(2)】

第１　基本的な考え方

１．医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の１月間から２月間に延長する。

２．また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逓減制とする。

第２　具体的な内容

１．介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を２月間に延長する。

現　行	改定案
【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、１月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。	【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、２月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

２．また、当該移行期間の２月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を７単位までとする。

現　行	改定案
【疾患別リハビリテーション】 ［算定要件］ 　標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。	【疾患別リハビリテーション】 ［算定要件］ 　標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。 ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に２月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、２月目について１月７単位に限り算定できるものとする。

【重点課題２－６（医療介護連携等の推進／医療・介護の円滑な連携の推進）－③】

医療と介護の円滑な連携について

骨子【重点課題２－６－(3)～(7)】

第１　基本的な考え方

１．在宅医療における介護施設との連携等、介護保険との円滑な連携を推進するため、必要な見直しを行う。

２．訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。
「重点課題２－１－①」を参照のこと。

２．特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。
「重点課題２－２」を参照のこと。

３．総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。
「重点課題２－３－②」を参照のこと。

４．退院後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の２週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。
「重点課題２－３－③」を参照のこと。

５．訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

「重点課題２－５－①」を参照のこと。

６．重症者管理加算の名称変更や要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

⑴ 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。

⑵ 重症者管理加算および在宅移行加算における「１月以内の期間に４日以上の訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

「重点課題２－５－②」を参照のこと。

７．医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能となったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

「重点課題２－５－②」を参照のこと。

８．転換老健に対応した項目の期間の延長

介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が６年間延長されたことを踏まえ、緊急時施設治療管理料等の対象を、「平成 18 年７月１日から平成 24 年３月 31 日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」から、「平成 18 年７月１日から平成 30 年３月 31 日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」に改正する。

現行	改定案
【緊急時施設治療管理料】　500 点 平成 18 年７月１日から平成 24 年３月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。	【緊急時施設治療管理料】　500 点 平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。

（転換老健において、認められている医療保険からの給付についても同様に延長。）

緩和ケア病棟の評価の見直し

骨子【Ｉ－１－(１)】

第１　基本的な考え方

緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため､緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

現　行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】(１日につき) 3,780点	【緩和ケア病棟入院料】(１日につき) １　30日以内の場合 4,780点(改) ２　31日以上60日以内の場合 4,280点(改) ３　61日以上の場合 3,280点(改)

【Ⅰ－１(充実が求められる分野／がん医療の推進)－②】

緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【Ⅰ－１－(2)】

第１　基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

第２　具体的な内容

１．緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現　行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ ①　主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。 ②　当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が７又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、２以上であることとする。 ③　当該療養を行うにつき十分な体	【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ ①　主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。 ②　当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が７又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、２以上であることとする。 ③　当該療養を行うにつき十分な体

制が整備されていること。 ④　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。 ⑤　当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。 ⑥　当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。 ⑦　健康保険法第63条第２項第４号及び高齢者医療確保法第64条第２項第４号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。 ⑧　がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。 ⑨　連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。	制が整備されていること。 ④　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。 ⑤　当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。 ⑥　当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。 ⑦　健康保険法第63条第２項第４号及び高齢者医療確保法第64条第２項第４号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。 ⑧　がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはそれに準じる病院であること。 ⑨　連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ ①　緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。 ②　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。 ③　がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ ①　緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。 ②　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。 ③　がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である

こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。	こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはそれに準じる病院であること。

２．小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

（新）　がん性疼痛緩和指導料　小児加算　50 点
（新）　緩和ケア診療加算　小児加算　100 点
（新）　外来緩和ケア管理料　小児加算　150 点

（*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定（重点課題１－４））

[算定要件]

15 歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

【Ｉ－１(充実が求められる分野／がん医療の推進)－③】

外来緩和ケアの更なる評価

骨子【Ｉ－１－(3)】

第１　基本的な考え方

外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、ＱＯＬが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．緩和ケアチーム等の評価

(1)専門的な緩和ケアチームによる外来緩和ケアの評価を新設する。
「重点課題１－４－①」を参照のこと。

(2)緩和ケアの経験を有する医師が､がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

現　行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 １　がん性疼痛緩和指導管理料１ 200点(新) ２　がん性疼痛緩和指導管理料２ 100点(改) ［算定要件］ １　がん性疼痛緩和指導管理料１ 緩和ケアの経験を有する医師が直接

	当該指導管理を行った場合に算定する。
［施設基準］ 　当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。	［施設基準］ 　当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。

(3) 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

「Ｉ－１－②」を参照のこと。

在宅における緩和ケアの評価

骨子【Ⅰ－１－(4)】

１．悪性腫瘍患者について、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両方の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することを可能にする。

「重点課題２－１－②」を参照のこと。

２．鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

「重点課題２－１－②」

３．機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題２－１－②」

医療用麻薬処方日数（14 日）制限の緩和

骨子【Ｉ－１－(5)】

第１　基本的な考え方

１．麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、一部30日分を処方することが認められている。

２．在宅での緩和医療を推進するため、医療用麻薬製剤について、医療の実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

第２　具体的な内容

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の４製剤について、30 日分処方に改める。

- コデインリン酸塩（内用）
- ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん診療連携の充実

骨子【Ｉ－１－(6)】

第１　基本的な考え方

地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、要件等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

現　行	改定案
【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日）　500点 ［算定要件］ 別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者	【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日）　500点 ［算定要件］ 別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、<u>または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者</u>

２．紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

(新)　<u>がん治療連携管理料　　500 点</u>

［算定要件］

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断さ

れた入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

３．がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

現　行	改定案
【がん治療連携計画策定料】　750点 ［算定要件］ 入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。	【がん治療連携計画策定料】 １　がん治療連携計画策定料１ 750点 ２　がん治療連携計画策定料２ 300点（新） ［算定要件］ がん治療連携計画策定料１ 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。 がん治療連携計画策定料２ がん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）、月１回に限り算定する。

４．リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において２度目の指導を受けた場合も評価を行う。

現　行	改定案
【リンパ浮腫指導管理料】　100点 ［算定要件］ 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、１回に限り算定する。	【リンパ浮腫指導管理料】　100点 ［算定要件］ 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は術後に地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において１回に限り算定する。

５．がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

現　行	改定案
【がん患者カウンセリング料】500点 ［算定要件］ 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	【がん患者カウンセリング料】500点 ［算定要件］ 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、地域連携診

	療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。

【Ｉ－１（充実が求められる領域／がん医療の推進）－⑦】

外来放射線照射診療料の創設

骨子【Ｉ－１－(７)】

第１　基本的な考え方

我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医１人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。

外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

第２　具体的な内容

外来放射線照射実施計画において、１週間に概ね５日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

（新）　外来放射線照射診療料　　280 点

［算定要件］

① 放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から７日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第２日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。

② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。

③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

④ 算定日から７日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診

療料を算定しない。

⑤　算定した日を含め、３日間以内で照射が終了する場合は、本点数の 100 分の 50 を請求する。

[施設基準]

①　放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が勤務していること。

②　専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ１名以上勤務していること。

③　放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上勤務していること。

④　緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

【Ⅰ－１（充実が求められる分野／がん医療の推進）－⑧】

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

骨子【Ⅰ－１－(7)】

第１　基本的な考え方

小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料における評価を改める。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から放射線治療を除く。

現　行	改定案
【小児入院医療管理料】 診療に係る費用（投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く（小児入院医療管理料３及び４においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料５においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、	【小児入院医療管理料】 診療に係る費用（投薬、注射、手術、麻酔、放射線治療、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く（小児入院医療管理料３及び４においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料５においては、加えて児童・思春期精神科入院

強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く））は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。	医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く））は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。

糖尿病透析予防指導の評価

骨子【Ｉ－２－(1)】

第１　基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して､重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

第２　具体的な内容

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

(新)　糖尿病透析予防指導管理料　　350 点

[算定要件]

ヘモグロビン A_{1c}（HbA_{1c}）が 6.1%（JDS 値）以上、6.5%（国際標準値）以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（透析療法を行っている者を除く）に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

①　以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
　ア　糖尿病指導の経験を有する専任の医師
　イ　糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
　ウ　糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
②　糖尿病教室等を実施していること。
③　一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

たばこ対策への評価

骨子【Ｉ－２－(2)】

第１　基本的な考え方

受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては､緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す。

（対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例）

１　総合入院体制加算
２　乳幼児加算・幼児加算
３　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
４　小児療養環境特別加算
５　がん診療連携拠点病院加算
６　ハイリスク妊娠管理加算
７　ハイリスク分娩管理加算
８　呼吸ケアチーム加算
９　悪性腫瘍特異物質治療管理料
10　小児特定疾患カウンセリング科
11　小児科療養指導料
12　外来栄養食事指導料
13　入院栄養食事指導料
14　集団栄養食事指導料
15　喘息治療管理料

16　小児悪性腫瘍患者指導管理料
17　糖尿病合併症管理料
18　乳幼児育児栄養指導料
19　生活習慣病管理料
20　ハイリスク妊産婦共同管理料
21　がん治療連携計画策定料
22　がん治療連携指導料

[施設基準]

①　それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。

②　保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

③　緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

④　分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

[経過措置]

平成 24 年６月 30 日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期入院医療の評価

骨子【Ｉ－３－(1)】

第１　基本的な考え方

精神科急性期入院医療について、精神科救急医療機関の身体合併症患者の対応に関する評価を見直すとともに、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携についての評価を新設する。

また、児童思春期の精神科入院医療について、小児病院と精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．身体合併症の対応に関する評価

(1)精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

(2)精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の評価を引き上げる。

現　行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 （１日につき） 350点	【精神科身体合併症管理加算】 （１日につき） 450点(改)

２．精神科救急医療機関の後方病床の評価

(1)精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

(新)　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）　1,000 点
(新)　精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）　2,000 点

[算定要件]

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、入院日から60 日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

① 紹介加算は、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
② 受入加算は、精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
③ 連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行う。

(2)精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

(新)　救急支援精神病棟初期加算（14 日以内、１日につき）　100 点

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

３．児童・思春期精神科入院医療の評価

(1)小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

(新)　児童・思春期精神科入院医療管理料　2,900 点（１日につき）

[算定要件]

20 歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

① 20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね８割以上入院させる病棟又は治療室であること。

② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする常勤医師が２名以上（うち１名は精神保健指定医）

③ 看護師配置常時 10 対１以上（夜勤看護師２名以上）

④ 専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ１名以上

(2)児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止する。

【Ｉ－３（充実が求められる領域／精神医療の充実）－②】

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【Ｉ－３－(2)】

第１　基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現　行	改定案
【精神療養病棟入院料】注４（１日につき） 重症者加算　40点 ［算定要件］ ＧＡＦスコアが40以下の患者について算定する。	【精神療養病棟入院料】注４（１日につき） １　重症者加算１　60点(改) ２　重症者加算２　30点(改) ［算定要件］ １　重症者加算１ 精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であって、ＧＡＦスコアが30以下の患者について算定する。 ２　重症者加算２ ＧＡＦスコアが40以下の患者について算定する。

［経過措置］

重症者加算１について、平成 25 年３月 31 日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

２．精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

（新）　退院調整加算（退院時）　500 点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【Ｉ－３－(3)】

第１　基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第２　具体的な内容

１．精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

「重点課題２－５－③」を参照のこと。

２．精神科デイ・ケア等の見直し

(1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（１日につき６時間）と精神科ショート・ケア（１日につき３時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

現　行	改定案
【精神科ショート・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　275点 ２　大規模なもの　330点 ［算定要件］ 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算定する。	【精神科ショート・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　275点 ２　大規模なもの　330点 ［算定要件］ 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行われる場合に算定する。ただし、２については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。 ②　Ｉ011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中１回までとする。
【精神科デイ・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　590点 ２　大規模なもの　700点 ［算定要件］ 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算定する。	【精神科デイ・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　590点 ２　大規模なもの　700点 ［算定要件］ 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行われる場合に算定する。ただし、２については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。 ②　I011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して

	精神科デイ・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中１回までとする。

(2)精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（１日につき）　1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（１日につき）　1,000点(改) 疾患別等診療計画加算　40点(新) ［算定要件］ 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

３．通院・在宅精神療法の見直し

(1)地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（ＤＩＥＰＳＳ）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現　行	改定案
【通院・在宅精神療法】（１日につき） １　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行っ	【通院・在宅精神療法】（１日につき） １　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合 500点 ２　１以外の場合 イ　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330点	いる精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合　700点(改) ２　１以外の場合 イ　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330点 ２のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（ＤＩＥＰＳＳ）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月１回に限り所定点数に25点を加算する。

(3)児童青年の精神科通院治療において、16 歳未満では初診日からの平均通院期間が２年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の 20 歳未満加算の要件の見直しを行う。

現　行	改定案
【通院・在宅精神療法】注３（１日につき） 20歳未満加算　200点 [算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して１年以内の期間に行った場合に限り算定する。	【通院・在宅精神療法】注３（１日につき） 20歳未満加算　200点 [算定要件] 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して１年以内の期間に行った場合に限り算定する。ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２年以内に限り算定する。

４．認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現　行	改定案
【認知療法・認知行動療法】（１日につき） 420点 ［算定要件］ ①　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 ②　認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。	【認知療法・認知行動療法】（１日につき） １　認知療法・認知行動療法１ 500点(新) ２　認知療法・認知行動療法２ 420点(改) ［算定要件］ １　認知療法・認知行動療法１ ①　精神科を標榜する保険医療機関であること。 ②　精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。 ２　認知療法・認知行動療法２ ①　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 ②　認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。

５．向精神薬の多量・多剤投与の適正化

⑴向精神薬は多量に使用しても治療効果を高めないばかりか､副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が２剤以下の場合と、３剤以上の場合で分けて評価を行う。

⑵抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（ＤＩＥＰＳＳ）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現　行	改定案
【精神科継続外来支援・指導料】（１日につき）　55点	【精神科継続外来支援・指導料】（１日につき）　55点
①　入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者１人につき１日に１回に限り算定する。	①　入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者１人につき１日に１回に限り算定する。
	②　当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が３剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
②　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。	③　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。
	④　抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（ＤＩＥＰＳＳ）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月１回に限り所定点数に25点を加算する。
③　他の精神科専門療法と同一日に	⑤　他の精神科専門療法と同一日に

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

６．治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現　行	改定案
【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（１月につき）　250点	【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】（１月につき） １　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点(新)
［算定要件］	［算定要件］
持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。	１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調

	症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 ［対象薬剤］ ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 クロザピン ［施設基準］ ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 ①　当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。 ②　副作用に対応できる体制が整備されていること。

７．精神科リエゾンチーム加算を新設する。

「重点課題１－４－①」を参照のこと。

認知症入院医療の評価

骨子【Ｉ－４－(1)】

第１　基本的な考え方

認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）の改善に入院日から概ね１カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、短期集中的な認知症治療の更なる評価により、早期退院を推進するとともに、退院支援の評価を行う。

第２　具体的な内容

１．認知症治療病棟入院料の見直し

(1)認知症治療病棟入院料の入院 30 日以内についてさらなる評価を行い、入院 61 日以降の長期入院の評価を見直す。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】	【認知症治療病棟入院料】
（１日につき）	（１日につき）
１　認知症治療病棟入院料１	１　認知症治療病棟入院料１
イ　60日以内の期間　1,450点	イ　30日以内の期間　1,750点(改)
ロ　61日以上の期間　1,180点	ロ　31日以上60日以内の期間　1,450点(改)
	ハ　61日以上の期間　1,160点(改)
２　認知症治療病棟入院料２	２　認知症治療病棟入院料２
イ　60日以内の期間　1,070点	イ　30日以内の期間　1,270点(改)
ロ　61日以上の期間　970点	ロ　31日以上60日以内の期間　1,070点(改)
	ハ　61日以上の期間　950点(改)

(2)認知症治療病棟入院料について包括範囲の見直しを行う。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） ［包括範囲］ 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） ［包括範囲］ 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法、J-038人工腎臓（入院60日以内に限る）並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

２．認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

（新）　認知症夜間対応加算（１日につき）　84 点

［算定要件］

① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が３人以上の場合に算定できる。

② 入院日から 30 日以内であること。

３．退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】注２（退院時） 退院調整加算　100点 ［算定要件］ 当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。	【認知症治療病棟入院料】注２（退院時） 退院調整加算　300点(改) ［算定要件］ 当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従の従事者１人（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が配置されていること。

【Ｉ－４（充実が求められる分野／認知症対策の推進）－②】

認知症患者の外来診療の評価

骨子【Ｉ－４－(2)】

第１　基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、ＢＰＳＤが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．認知症専門診断管理料の見直し

現　行	改定案
【認知症専門診断管理料】 （１人につき１回）　500点	【認知症専門診断管理料】（１人につき１回） １　認知症専門診断管理料１ 700点(改) ２　認知症専門診断管理料２ 300点(新)
［算定要件］	［算定要件］
①　入院中の患者以外のものに対して算定する。	１　認知症専門診断管理料１ ①　以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの
②　他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に	②　他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定（認知症と診断された場合は認

紹介した場合に算定。	知症療養計画を作成）し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。 ③　認知症療養計画とは、病名、症状の評価（認知機能、生活機能、行動・心理症状等）、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。 ２　認知症専門診断管理料２ ①　入院中の患者以外の患者に対して算定する。 ②　他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、３月に１回に限り算定。

２．認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

（新）　認知症療養指導料　　350 点（月１回、６月まで）

［算定要件］

専門医療機関において認知症専門診断管理料１を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して６月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【Ⅰ－４－(3)】

第１　基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

（新）　夜間ケア加算　　100 点（１日につき）

［算定要件］

① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、２時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。

② 当該加算を算定した日から起算して１年以内に限る。

［施設基準］

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

【Ｉ－４（充実が求められる分野／認知症対策の推進）－④】

長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価

骨子【Ｉ－４－(4)】

第１　基本的な考え方

療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後､状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第２　具体的な内容

療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

（新）　地域連携認知症集中治療加算（退院時）　1,500 点
（新）　地域連携認知症支援加算　（再転院時）　1,500 点

[算定要件]

① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、ＢＰＳＤ等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。

② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し､60 日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

【Ⅰ－５（充実が求められる分野／感染症対策の推進）－①】

結核病棟入院基本料における退院基準の評価

骨子【Ⅰ－５－(1)】

第１　基本的な考え方

結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第２　具体的な内容

結核病棟入院基本料において、感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

現　行	改定案
【結核病棟入院基本料】 注２（１日につき）特別入院基本料 550点 ７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。 ［退院させることができる要件］ ①　２週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。	【結核病棟入院基本料】 注２（１日につき）特別入院基本料 550点 ７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。 ［退院させることができる要件］ ①　２週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

②　２週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して３回陰性である。（３回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあっては、速やかに連日検査を実施する。） ③　患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。	②　２週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して３回陰性である。（３回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあっては、速やかに連日検査を実施する。） ③　患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

【Ｉ－５(充実が求められる分野／感染症対策の推進)－②】

結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

骨子【Ｉ－５－(2)】

第１　基本的な考え方

入院結核患者について、直接監視下短期化学療法（ＤＯＴＳ)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのＤＯＴＳの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等（院内ＤＯＴＳ）を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

第２　具体的な内容

結核病棟入院基本料において、院内ＤＯＴＳや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

現　行	改定案
【結核病棟入院基本料】(１日につき)	【結核病棟入院基本料】(１日につき)
１　７対１入院基本料　1,447点	１　７対１入院基本料　1,555点(改)
２　10対１入院基本料　1,192点	２　10対１入院基本料　1,300点(改)
３　13対１入院基本料　949点	３　13対１入院基本料　1,092点(改)
４　15対１入院基本料　886点	４　15対１入院基本料　934点(改)
５　18対１入院基本料　757点	５　18対１入院基本料　798点(改)
６　20対１入院基本料　713点	６　20対１入院基本料　752点(改)
	[施設基準]
	結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。
	施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。

【Ｉ－５（充実が求められる分野／感染症対策の推進）－③】

陰圧室、無菌治療室の適正な評価

骨子【Ｉ－５－(3)】

第１　基本的な考え方

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室加算）について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日は点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

第２　具体的な内容

１．二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

現　行	改定案
【二類感染症患者療養環境特別加算】 （１日につき） ２　陰圧室加算　200点 ［算定要件］ 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。	【二類感染症患者療養環境特別加算】 （１日につき） ２　陰圧室加算　200点 ［算定要件］ 二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。ただし、陰圧室加算を算定する日にあっては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。

２．無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。なお、経過措置として平成 25 年３月 31 日までは従前の例による。

現　行	改定案
【無菌治療室管理加算】（１日につき）	【無菌治療室管理加算】（１日につき）

3,000点 ［施設基準］ ①　滅菌水の供給が常時可能であること。 ②　室内の空気清浄度がクラス１万以下であること。	１　無菌治療室管理加算１ 3,000点 ２　無菌治療室管理加算２ 2,000点(改) ［施設基準］ １　無菌治療室管理加算１ ①　個室であること。 ②　滅菌水の供給が常時可能であること。 ③　室内の空気清浄度がＩＳＯクラス６以上であること。 ④　室内の空気の流れが一方向であること。 ２　無菌治療室管理加算２ ①　滅菌水の供給が常時可能であること。 ②　室内の空気清浄度がＩＳＯクラス７以上であること。

［経過措置］

現在、この加算を算定している医療機関は、平成 25 年３月 31 日までは無菌治療室管理加算１を算定できる。

感染防止対策への評価

骨子【Ｉ－５－(4)】

第１　基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と 300 床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第２　具体的な内容

１．医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設し、感染防止対策加算２を算定している医療機関は感染防止対策加算１を算定する医療機関と連携していることとする。

(新)　感染防止対策加算１　400 点（入院初日）
(新)　感染防止対策加算２　100 点（入院初日）

［施設基準］
感染防止対策加算１
① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
② 感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師、５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち１名は専従）、３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

③　年４回以上、感染防止対策加算２を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。

④　感染防止対策加算２を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算２

①　一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。

②　専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。

③　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師、５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

④　年に４回以上、感染防止対策加算１を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

２．感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

（新）　感染防止対策地域連携加算　　100 点（入院初日）

[施設基準]

①　感染防止対策加算１を算定していること。

②　感染防止対策加算１を算定している医療機関同士が連携し、年１回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

骨子【Ｉ－６－(1)】

第１　基本的な考え方

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１.回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき）
	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１　1,900点(新)
１　回復期リハビリテーション病棟入院料１　1,720点	２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　1,750点(改)
２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　1,600点	３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,600点

２．また、重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

(1)回復期リハビリテーション病棟入院料１

[施設基準]

①　常時 13 対１以上の看護配置があること。(看護師７割以上、夜勤看護職員２名以上)

②　常時 30 対１以上の看護補助者の配置があること。

③　専任のリハビリテーション科の医師１名以上、専従の理学療法士３名以

上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等１名以上の配置があること。

④　在宅復帰率が７割以上であること。

⑤　新規入院患者のうち３割以上が重症の患者（日常生活機能評価で 10 点以上の患者）であること。

⑥　新規入院患者のうち１割５分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のＡ項目が１点以上の患者であること。

⑦　重症の患者の３割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

(2)回復期リハビリテーション病棟入院料２

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき） １　回復期リハビリテーション病棟入院料１　1,720点 ［施設基準］ ①　常時15対１以上の看護配置があること ②　常時30対１以上の看護補助者の配置があること ③　リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること ④　在宅復帰率６割以上であること ⑤　新規入院患者のうち２割以上が重症の患者であること 【重症患者回復病棟加算】（１日につき）　50点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　1,750点(改) ［施設基準］ ①　常時15対１以上の看護配置があること ②　常時30対１以上の看護補助者の配置があること ③　リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること。 ④　在宅復帰率６割以上であること ⑤　新規入院患者のうち２割以上が重症の患者であること ⑥　重症の患者の３割以上が退院時に日常生活機能が改善していること （削除）

３．回復期リハビリテーション病棟入院料における包括範囲について見直

しを行う。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき） ［包括範囲］ 　診療にかかる費用（リハビリテーション､臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（１日につき） ［包括範囲］ 　診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ）、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

早期リハビリテーションの評価

骨子【Ｉ－６－(2)】

第１　基本的な考え方

発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

第２　具体的な内容

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

現　行	改定案
【心大血管疾患リハビリテーション料】【呼吸器リハビリテーション料】 注２（１単位につき） 早期リハビリテーション加算 45点 ［算定要件］ 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。	【心大血管疾患リハビリテーション料】【呼吸器リハビリテーション料】 注２（１単位につき） １　早期リハビリテーション加算１ (14日以内) イ　リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 75点(新) ロ　その他の場合　30点(改) ２　早期リハビリテーション加算２ (15日以上30日以内)　30点(改) ［算定要件］ １　早期リハビリテーション加算１ 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。

	２　早期リハビリテーション加算２ 　入院中の患者に対して、治療開始日から起算して15日以上30日以内に限り算定する。
【脳血管疾患等リハビリテーション料】【運動器リハビリテーション料】 注２（1単位につき） 　早期リハビリテーション加算 45点	【脳血管疾患等リハビリテーション料】【運動器リハビリテーション料】 注２（1単位につき） １　早期リハビリテーション加算１ （14日以内） 　イ　リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 75点（新） 　ロ　その他の場合　30点（改） ２　早期リハビリテーション加算２ （15日以上30日以内）　30点（改）
［算定要件］ 　入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。	［算定要件］ １　早期リハビリテーション加算 　入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内に限り算定する。 ２　早期リハビリテーション加算２ 　入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して15日以上30日以内に限り算定する。

外来リハビリテーションの評価

骨子【Ｉ－６－(3)】

第１　基本的な考え方

外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１週間に２回以上又は１週間に１回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新)	外来リハビリテーション診療料１	69 点（７日につき）
(新)	外来リハビリテーション診療料２	104 点（14 日につき）

［算定要件］

外来リハビリテーション診療料１

① リハビリテーション実施計画において、１週間に２日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

② 算定日から７日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。

③ 算定日から７日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーション診療料２

① リハビリテーション実施計画において、２週間に２日以上疾患別リハビリ

テーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

② 算定日から 14 日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。

③ 算定日から 14 日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

[施設基準]

① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。

② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。

訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

骨子【Ｉ－６－(4)】

第１　基本的な考え方

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作（以下ＡＤＬという）が低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

第２　具体的な内容

１．急性増悪等のためにＡＤＬが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

現　行	改定案
【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（１単位につき） １　同一建物居住者以外の場合　300点 ２　同一建物居住者の場合　255点 ［算定要件］ 患者１人につき、１と２を合わせて週６単位に限り算定する。	【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（１単位につき） １　同一建物居住者以外の場合　300点 ２　同一建物居住者の場合　255点 ［算定要件］ 患者１人につき、１と２を合わせて週６単位に限り算定する。ただし、１月にバーセル指数又はＦＩＭが５点以上悪化した場合、６月に１回、14日に限り１と２を合わせて１日４単位に限り算定する。

２．上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により１月にバーセル指数又はＦＩＭが５点以上悪化した場合にも、６月に１回、14 日間に限り医療保険から１日４単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

リハビリテーションの充実について

骨子【Ⅰ－６－(5) (6)】

１．現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に 13 単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

「重点課題２－６－①」を参照のこと。

２．要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

「重点課題２－６－①」を参照のこと。

３．介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を２月間に延長し、当該移行期間の２月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を７単位までとする。

「重点課題２－６－②」を参照のこと。

生活の質に配慮した歯科医療

骨子【Ｉ－７－（１）】
骨子【Ｉ－７－（２）】

第１　基本的な考え方

１.「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を明示し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算（仮称）」に改める。

　また、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

２.例えば、糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があることを踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

第２　具体的な内容

１．障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

　障害者加算を歯科診療特別対応加算に改め、対象者の明確化を図る。

現　行	改定案
【障害者加算（初診料・再診料の加算）】 ・著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 ［算定要件］ ・「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。	【歯科診療特別対応加算（初診料・再診料の加算）】 ・著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。（改） ［算定要件］ ・「著しく歯科診療が困難な者」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。（改）

２．歯科診療特別対応地域支援加算の新設

（新）　歯科診療特別対応地域支援加算（初診料の加算、初診時１回）
100 点

著しく歯科診療が困難な患者について、専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき、歯科医療機関で受け入れ外来で診療を行った場合の評価を新設する。

［算定要件］

歯科診療を実施している保険医療機関（診療所であって、歯科診療特別対応連携加算に係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は除く。）において、歯科診療特別対応連携加算に係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、歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、月１回に限り所定点数に加算する。

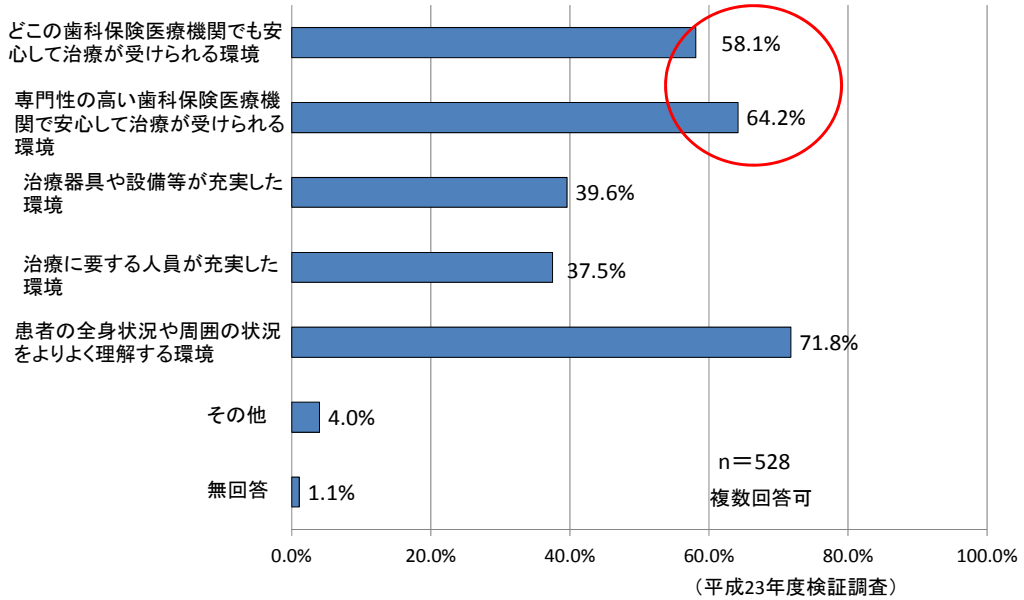
３．著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進

著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療を専門的に行う医療機関と地域の歯科診療を担う医療機関との連携促進を図る観点から、これらの医療機関に対して、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

現　行	改定案
【診療情報提供料Ⅰ】　250点	【診療情報提供料Ⅰ】　250点 注　歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合す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、歯科診療特別対応加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。（新）

歯科医療を受けるにあたり希望すること

（平成23年度検証調査）



４．歯の保存に資する技術の評価

一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するために行われる継続的な歯周病安定期治療について、歯周病に対するリスクが高い者に関しては治療間隔期間の短縮を図る等、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

(1) 歯周病に関する技術の評価の見直し

現　行	改定案
【歯周病安定期治療（１口腔につき）】 300点 注　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。	【歯周病安定期治療（１口腔につき）】 300点 注　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合においてはこの限りでない。（改） ［算定要件］ ・２回目以降の歯周病安定期治療の算定については、前回実施した月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行うこと。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる以下の場合については、３月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月１回に限り算定できる。なお、この場合、

	実施する理由（イ　歯周外科手術を実施した場合は除く。）、全身状態等を診療録に記載すること。また、ロ又はハに関しては主治の医師からの文書を添付すること。 イ　歯周外科手術を実施した場合 ロ　全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ハ　全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ニ　侵襲性歯周炎の場合 （改）
【歯周基本治療】 1　スケーリング （３分の１顎につき）　64 点	【歯周基本治療】 1　スケーリング （３分の１顎につき）　66 点（改）
2　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき） イ　前歯　58 点 ロ　小臼歯　62 点 ハ　大臼歯　68 点	2　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき） イ　前歯　60 点（改） ロ　小臼歯　64 点（改） ハ　大臼歯　72 点（改）
3　歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（１歯につき） イ　前歯　58 点 ロ　小臼歯　62 点 ハ　大臼歯　68 点	3　歯周ポケット掻爬 （１歯につき） イ　前歯　60 点（改） ロ　小臼歯　64 点（改） ハ　大臼歯　72 点（改）
【歯周外科手術】（１歯につき） （例） 4　歯肉剥離掻爬手術　600 点	【歯周外科手術】（１歯につき） （例） 4　歯肉剥離掻爬手術　620 点（改）

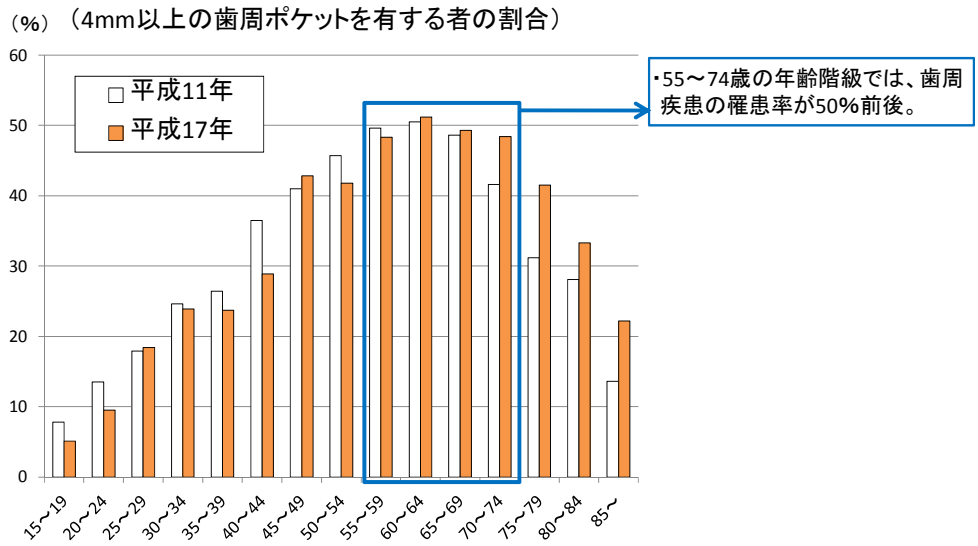
５　歯周組織再生誘導手術 １次手術　730 点 ２次手術　300 点 ［算定要件］ ・手術時歯根面レーザー応用加算 40点	５　歯周組織再生誘導手術 １次手術　760 点（改） ２次手術　320 点（改） ［算定要件］ ・手術時歯根面レーザー応用加算 60点（改） 【歯周病部分的再評価検査】15 点(新) （１歯につき） 注　歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に１回に限り算定する。(新)

(2)歯内療法に関する技術の評価の見直し

現　行	改定案
【歯髄保護処置】（１歯につき） ３　間接歯髄保護処置　25 点 【抜髄】（１歯につき） （例） １　単根管　220 点 【感染根管処置】（１歯につき） （例） １　単根管　130 点 【根管貼薬処置】（１歯１回につき）	【歯髄保護処置】（１歯につき） ３　間接歯髄保護処置 30 点（改） 【抜髄】（１歯につき） （例） １　単根管　228 点（改） 【感染根管処置】（１歯につき） （例） １　単根管　144 点（改） 【根管貼薬処置】（１歯１回につき）

（例） １　単根管　20 点 【根管充填】（１歯につき） 注１　加圧根管充填を行った場合は、単根管、２根管又は３根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。	（例） １　単根管　26 点（改） 【根管充填】（１歯につき） 注１　加圧根管充填を行った場合は、単根管、２根管又は３根管以上の所定点数に、128 点、152 点又は 184 点をそれぞれ加算する。（改）

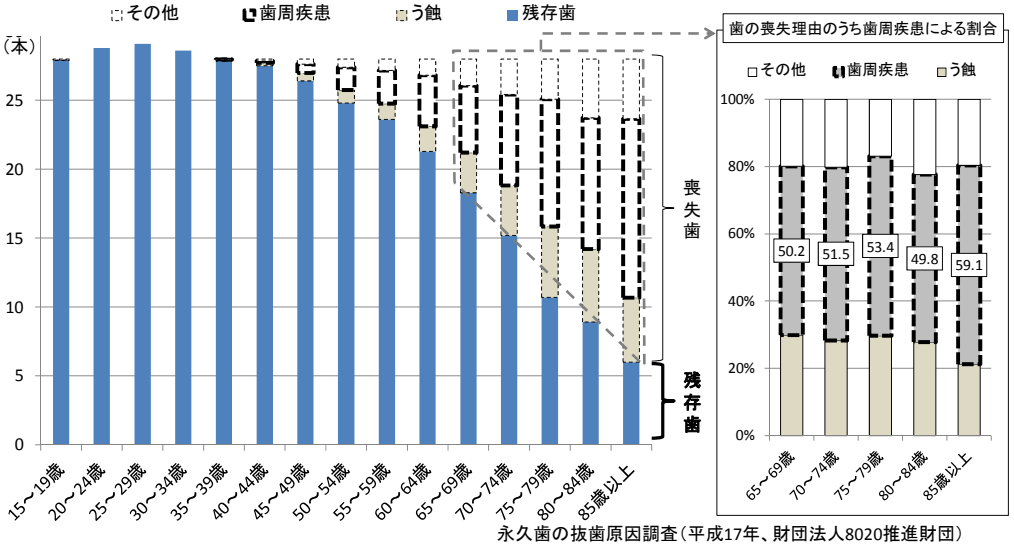
年齢階級別の歯周疾患罹患率



出典：歯科疾患実態調査
（昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。）

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査（平成17年、財団法人8020推進財団）
及び歯科疾患実態調査（平成17年）をもとに作成

【Ｉ－７（充実が求められる分野／生活の質に配慮した歯科医療の推進）－②】

歯科矯正の適応症の拡大

骨子【Ｉ－７－（２）】

第１　基本的な考え方

歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価しているが、患者の視点等を踏まえ、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正の適応症について拡大を行う。

第２　具体的な内容

療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現　行	改定案
［療養の給付の対象とする適応症］ ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）ほか３１疾患	［療養の給付の対象とする適応症］ ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）ほか３１疾患、 小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン-ティビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、６歯以上の非症候性部分性無歯症（改）

【Ｉ－７(充実が求められる分野／生活の質に配慮した歯科医療の推進)－③】

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【Ｉ－７－(２)】
骨子【Ｉ－７－(３)】

第１　基本的な考え方

１．歯周病とともに歯の喪失リスクであるう蝕に罹患した歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術を評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。

２．臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については学会等からの要望も踏まえて診療報酬上に位置づける。

第２　具体的な内容

１．歯の修復に資する技術や歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ､生活の質の向上に資する技術について評価の見直しを行う。

(1)歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

現　行	改定案
【初期う蝕小窩裂溝填塞処置】 120 点	【初期う蝕早期充填処置】 122 点（改）
【歯冠修復物又は補綴物の除去】 （１歯につき） １　簡単　15 点 ２　困難　30 点 ３　根管内ポストを有する鋳造体	【歯冠修復物又は補綴物の除去】 （１歯につき） １　簡単　16 点（改） ２　困難　32 点（改） ３　根管内ポストを有する鋳造体

50 点	54 点（改）
【歯冠形成】（１歯につき） （例） １　生活歯歯冠形成 イ　鋳造冠　300 点 ２　失活歯歯冠形成 イ　鋳造冠　160 点 ３　窩洞形成 イ　単純なもの　54 点 ロ　複雑なもの　80 点	【歯冠形成】（１歯につき） （例） １　生活歯歯冠形成 イ　金属冠　306 点（改） ２　失活歯歯冠形成 イ　金属冠　166 点（改） ３　窩洞形成 イ　単純なもの　60 点（改） ロ　複雑なもの　86 点（改）
【う蝕歯即時充填形成】（１歯につき） 120 点	【う蝕歯即時充填形成】（１歯につき） 126 点（改）
【鋳造歯冠修復】（１個につき） （例） ２　全部鋳造冠　445 点	【金属歯冠修復】（１個につき） （例） ２　全部金属冠　454 点（改）
【咬合採得】 １　歯冠修復（１個につき） 14 点	【咬合採得】 １　歯冠修復（１個につき） 16 点（改）

(2)早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

現　行	改定案
【支台築造印象】（１個につき） 20 点	【支台築造印象】（１個につき） 22 点（改）
【印象採得】	【印象採得】

1　歯冠修復（１個につき） 　ロ　連合印象　60 点 2　欠損補綴（１装置につき） ロ　連合印象　225 点 ハ　特殊印象　265 点 ニ　ワンピースキャストブリッジ (1)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合　275点 (2)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合　326点 【ポンティック（ダミー)】 （１歯につき）　428 点 【有床義歯】 （例） ２　総義歯（１顎につき） 2,060 点 【鋳造鉤】 （例） １　双歯鉤　224 点 【フック、スパー】（１個につき） 96 点 【バー】（１個につき）	1　歯冠修復（１個につき） 　ロ　連合印象　62 点（改） 2　欠損補綴（１装置につき） ロ　連合印象　228 点（改） ハ　特殊印象　270 点（改） ニ　ワンピースキャストブリッジ (1)支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合 280点（改） (2)支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合 332点（改） 【ポンティック】 （１歯につき）　434 点（改） 【有床義歯】 （例） ２　総義歯（１顎につき） 2,100 点（改） 【鋳造鉤】 （例） １　双子鉤　230 点（改） 【フック、スパー】（１個につき） 103 点（改） 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。（新） 【バー】（１個につき）

（例） １　鋳造バー　430 点 【有床義歯修理】（１床につき） 220 点 注３　歯科技工加算　20 点 【有床義歯内面適合法】 （例） ２ 総義歯（１顎につき） 750点	（例） １　鋳造バー　438 点（改） 【有床義歯修理】（１床につき） 224 点（改） 注３　歯科技工加算　22 点（改） 【有床義歯内面適合法】 （例） ２ 総義歯（１顎につき） 770点（改）

(3) その他の技術の評価の見直し

臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については、学会等からの要望も踏まえて診療報酬点数表上に位置づける。

① 機械的歯面清掃加算の位置づけの見直し

歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算である機械的歯面清掃加算については、その位置付けの見直しを行う。

現　行	改定案
【機械的歯面清掃加算（歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の加算）】　60 点 注　当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を	【機械的歯面清掃処置】 60 点（新） 注　歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者であって当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯

行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月１回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。	科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月１回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。（新）

② 摂食機能の回復を目的とするもの（舌接触補助床）の位置づけの見直し

通知上、床副子の「著しく困難なもの」の１つに位置づけられている舌接触補助床を新たな項目として位置づける。

③ その他の処置項目

歯科治療上必要な処置について、診療報酬の歯科点数表に位置付けるとともに、一部の加算等の診療報酬の項目の見直しを行う。

（新）　上顎洞洗浄　55 点

[算定要件]

・歯科疾患を原因として発生した上顎洞の炎症等に対して、歯科治療上必要があって洗浄を行った場合に算定する。

新規医療技術の保険導入等（歯科）

骨子【Ｉ－７－（３）】

第１　基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う。

第２　具体的な内容

１．接着ブリッジの適応範囲の拡大

現　行	改定案
【歯冠形成】（１歯につき） 注　鋳造冠については、前歯の４分の３冠、前歯の前装鋳造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。 【鋳造歯冠修復】 ［算定要件］ ・接着冠に係る鋳造歯冠修復及び保険医療材料料は、「４分の３冠」に準じて算定する。	【歯冠形成】（１歯につき） 注　金属冠については、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に 490 点を加算する。（改） 【金属歯冠修復】 ［算定要件］ ・接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については４分の３冠に準じて算定し、臼歯部については５分の４冠に準じて算定する。（改）

２．上顎骨形成手術及び下顎骨形成手術の項目の追加

現　行	改定案
【上顎骨形成術】	【上顎骨形成術】 ３　骨移動を伴う場合 72,900点(新)
【下顎骨形成術】	【下顎骨形成術】 ４　骨移動を伴う場合 54,210点(新)
	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、先天異常に対して行われた場合に限り算定する。(新)

３．歯科ドレーン法の新設

(新)　歯科ドレーン法　50 点

[算定要件]

(1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要な場合に、持続的な吸引を行った場合に１日につき、所定点数により算定する。

(2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

４．歯冠修復の充填の見直し

歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う充填を評価するとともに充填の評価体系を改める。

現　行	改定案
【充填】 充填（１歯につき） １ 単純なもの　100点 ２ 複雑なもの　148点 注　エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	【充填】 充填（１歯につき） １ 充填１ イ 単純なもの　102点（改） ロ 複雑なもの　152点（改） ２ 充填２ イ 単純なもの　57点（改） ロ 複雑なもの　105点（改） 注１　歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は１により、それ以外は２により算定する。（改） 注２　充填１の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。（改）

先進医療の保険導入（歯科）

骨子【Ｉ－７－（３）】

第１　基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第２　具体的な内容

１　広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

広範囲顎骨支持型装置とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物をいい、広範囲顎骨支持型補綴とは、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為をいう。

（新）　広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）

１　１回法による手術・・・・・・14,500 点
２　２回法による手術
　イ　１次手術・・・・・・・・・11,500 点
　ロ　２次手術・・・・・・・・・ 4,500 点
注　２／３顎以上の範囲にわたる場合は所定点数に4,000点を加算する。

[算定要件]

（１）当該手術は、以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

イ　腫瘍、顎骨骨髄炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損又は歯槽骨欠損症例（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く。）若しくはこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した１／３顎程度以上の顎骨欠損症例若しく

は上顎洞又は鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した１／３顎程度以上の歯槽骨欠損（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く）又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ　医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した１／３顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。

（２）当該手術の保険医療材料は別に算定する。

［施設基準］

（１）歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）当該診療科に係る５年以上の経験および当該療養に係る３年以上の経験を有する常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。

（３）病院であること。

（４）当直体制が整備されていること。

（５）医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（新）　広範囲顎骨支持型補綴

１　ブリッジ形態のもの・・・・18,000点（３分の１顎につき）

２　床義歯形態のもの・・・・ 13,000点（１顎につき）

［算定要件］

（１）広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係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、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

（２）保険医療材料料は所定点数に含まれる。

その他、広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴物修理についても評価を行う。

【Ｉ－７（充実が求められる分野／生活の質に配慮した歯科医療の推進）－⑥】

画像診断に係る評価の新設

骨子【Ｉ－７－（３）】

第１　基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、歯科診療における歯科用３次元エックス線断層撮影による評価を新設する。

第２　具体的な内容

歯科用３次元エックス線断層撮影の新設

従来の歯科用エックス線撮影及びパノラマ断層撮影では診断が困難な症例において、歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いることによって、より精度の高い診断が可能となる画像診断技術の評価を新設する。
※現在は、医科点数表の準用により算定されている。

（新）　歯科用３次元エックス線断層撮影
撮影料　600 点
診断料　450 点

［算定要件］

（１）歯科用３次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該断層撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを３次元的に確認する場合に限り算定する。

イ　埋伏智歯等、下顎管との位置関係
ロ　顎関節症等、顎関節の形態
ハ　顎裂等、顎骨の欠損形態
ニ　腫瘍等、病巣の広がり

ホ　その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等確認する特段の必要性が認められる場合

（２）歯科用３次元エックス線断層撮影の診断料は、回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

（３）歯科用３次元エックス線断層撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に 500 点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は所定点数に含まれるものとする。

医療技術の適切な評価

骨子【Ⅰ－８－(1)】

第１　基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

第２　具体的な内容

１．手術料の適切な評価

平成 22 年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

(1) 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第８版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

(2) 評価対象手術

手術料の見直しについては､外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

２．内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

①高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

（導入された技術の例）

ア）時間内歩行試験

イ）脳波検査判断料

ウ）ヘッドアップティルト試験

「Ｉ－８－③」を参照のこと。

②高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

（対応する技術）

ア）植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ）在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ）在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ）植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ）心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

カ）高度難聴指導管理料の評価の引き上げ
キ）在宅自己腹膜潅流指導管理料の評価の引き上げ
ク）小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ
ケ）難病外来指導管理料の評価の引き上げ

先進医療の保険導入

骨子【Ｉ－８－（２）】

第１　基本的な考え方

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。

第２　具体的な内容

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

（１月 27 日に提示済み）

（導入された技術の例）

⑴　ＣＴガイド下気管支鏡検査
⑵　腹腔鏡補助下膵体尾部切除又は核出術
⑶　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
⑷　肝切除手術における画像支援ナビゲーション
⑸　マイクロ波子宮内膜アブレーション
⑹　内視鏡的大腸粘膜下層剥離術

医療技術の評価及び再評価

骨子【Ｉ－８－(3)】

第１　基本的な考え方

診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ保険導入を行う。
（１月 27 日に提示済み）

（評価された技術の例）
①コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
②時間内歩行試験（資料１）
③ヘッドアップティルト試験（資料２）
④高解像度赤外線ＣＣＤを用いた眼振検査（資料３）
⑤筋肉内コンパートメント内圧測定
⑥顔面多発骨折変形治癒矯正術
⑦内視鏡下神経剥離術
⑧内視鏡下経蝶形骨洞手術
⑨低侵襲性経肛門的局所切除術（ＭＩＴＡＳ）
⑩大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術（資料４）
⑪下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
⑫脳波検査判断料

（資料１）時間内歩行試験

○　技術の概要

時間内（６分間）に呼吸器・循環器疾患を持つ患者にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験。特別な器具や設備を必要とせず、比較的重症例にも実施可能であり、日常生活における機能障害の重症度を評価するのに適している。米国胸部学会が標準的な実施方法・評価方法を定めており、標準的な検査として確立している。

【参考１　時間内歩行試験の特徴】

○　客観的に日常的な機能障害を評価可能
○　在宅酸素療法等の治療方針の決定に有用
○　特別な器具や設備が不要

【参考２　時間内歩行試験の検査風景】

検査の実施方法

①　検査前の血圧・脈拍・動脈血酸素飽和度・主観的な症状の程度等を記録し、歩行の方法等の説明を行う。
②　マニュアルに定められた声かけを行いながら、患者を６分間歩行させる。
③　６分経過後、歩行を中止する。

（資料２）ヘッドアップティルト試験

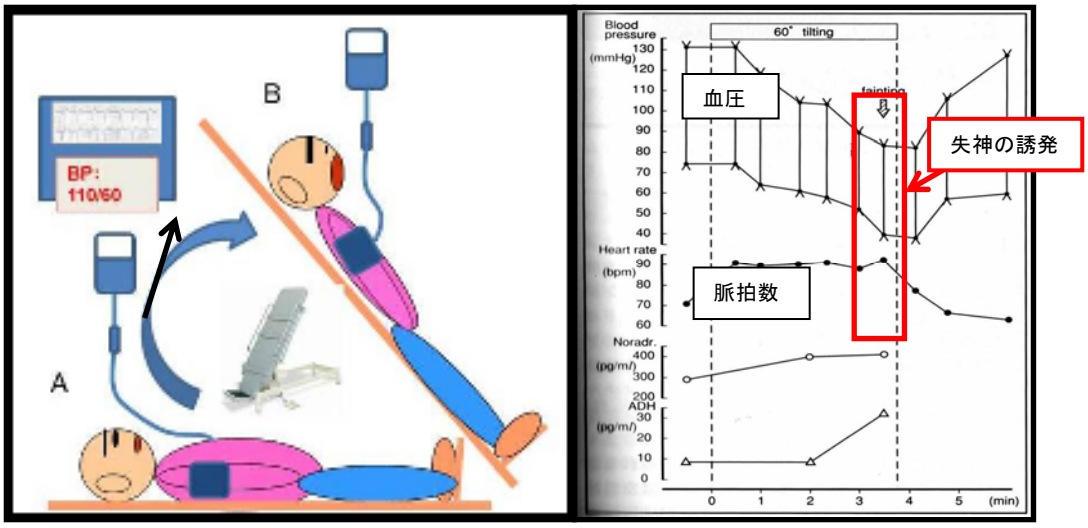
○　技術の概要

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60～80 度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察する。神経調節性失神（※）を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能となるもので、特異性の高い検査法である。診断確定だけでなく、その程度の把握に有用な検査である。

※ 神経調節性失神

失神の原因で最も多い。長時間の起立により、静脈血が下半身にうっ滞し、心拍出量が減少するが、自律神経がそれを調節する際に、心拍数が減少し、失神が誘発されることがあり、これを神経調節性失神と言う。心疾患を有しない者の神経調節性失神の予後は良好で、直接死因になることは稀であるが、失神に伴う頭部外傷等には注意が必要となる。

【参考１　ヘッドアップティルト試験の模式図】【参考２　試験中の血圧や脈拍数の推移の例】



検査の実施方法

①　Ａの状態から、Ｂの状態へ被験者を起こし、25～45 分間保持する。

②　血圧、脈拍数等を観察し、脈拍数の減少（徐脈）、血圧の低下、意識消失の有無を確認する。

（資料３）高解像度赤外線ＣＣＤを用いた眼振検査

○　技術の概要

赤外線ＣＣＤカメラが装着されたゴーグルにより、眼振及び異常眼球運動をＴＶ画面上に拡大してモニターし、評価を行う。従来の電気眼振図やフレンツェル眼鏡を用いた眼振検査に比べ、小さな眼振も検出することが可能である。

【参考１　実際の検査の様子】

【参考２　眼振の検出により診断される疾患の例】

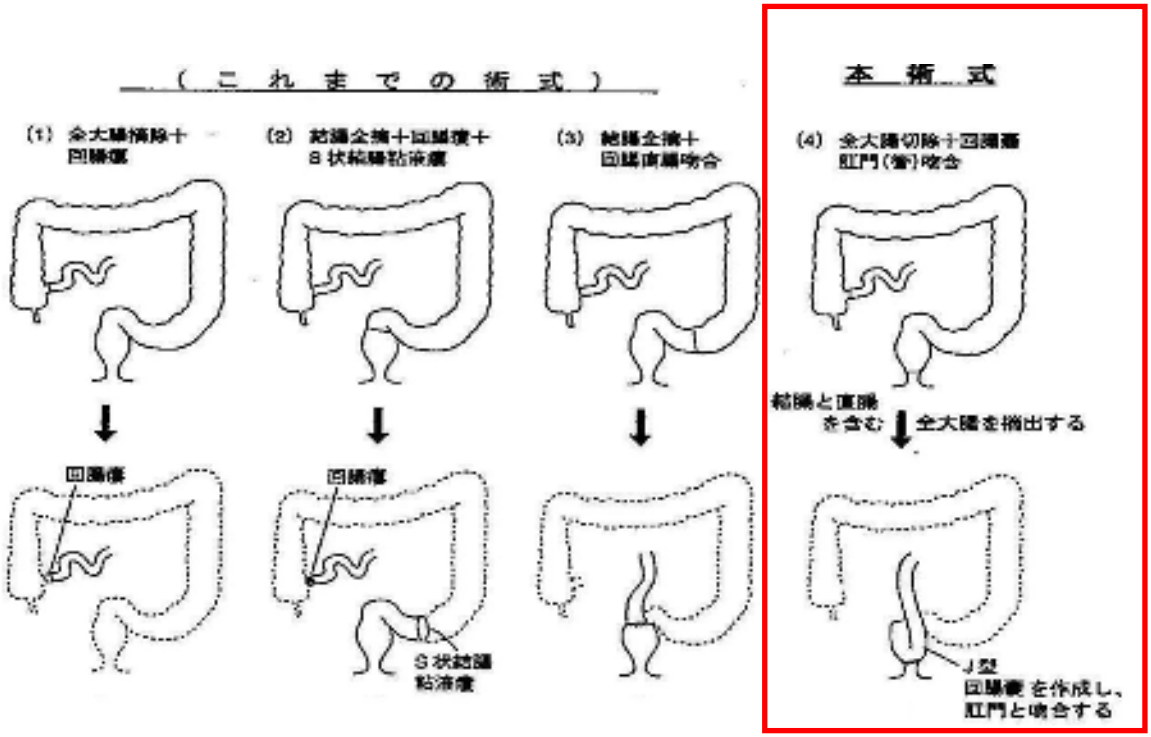
1）良性発作性頭位めまい症
2）メニエール病
3）内耳炎
4）前庭神経炎
5）めまいを伴う突発性難聴
6）外リンパ瘻
7）遅発性内リンパ水腫
8）聴神経腫瘍

（資料４）大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術

○　技術の概要

潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症などの病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。これまでの方法は、病変発生母地となりえる直腸を温存するか、ストーマを造設していたが、本術式では直腸を切除可能で、かつ排便機能が温存される。

【参考　大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術とこれまでの術式の比較】



新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【Ｉ－９－(1)】

第１　基本的な考え方

１．新規医療材料の保険適用において、区分Ｃ２については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。

２．その他の医療材料等にかかる管理料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

１．Ｃ２として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている 22 技術及び４月１日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

（技術の例）

①経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　10,000 点

②植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）　58,500 点

植込型補助人工心臓（非拍動流型）（２日目以降 30 日まで）　5,000 点

植込型補助人工心臓（非拍動流型）（31 日目以降 90 日まで）　2,780 点

植込型補助人工心臓（非拍動流型）（91 日目以降）　1,500 点

２．Ｅ３として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている 12 の検査について、新たに検査実施料を新設する。

（検査の例）

①レジオネラ核酸検出　300 点

②HE-IgA（定性）　210 点

３．新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

（薬剤の例）

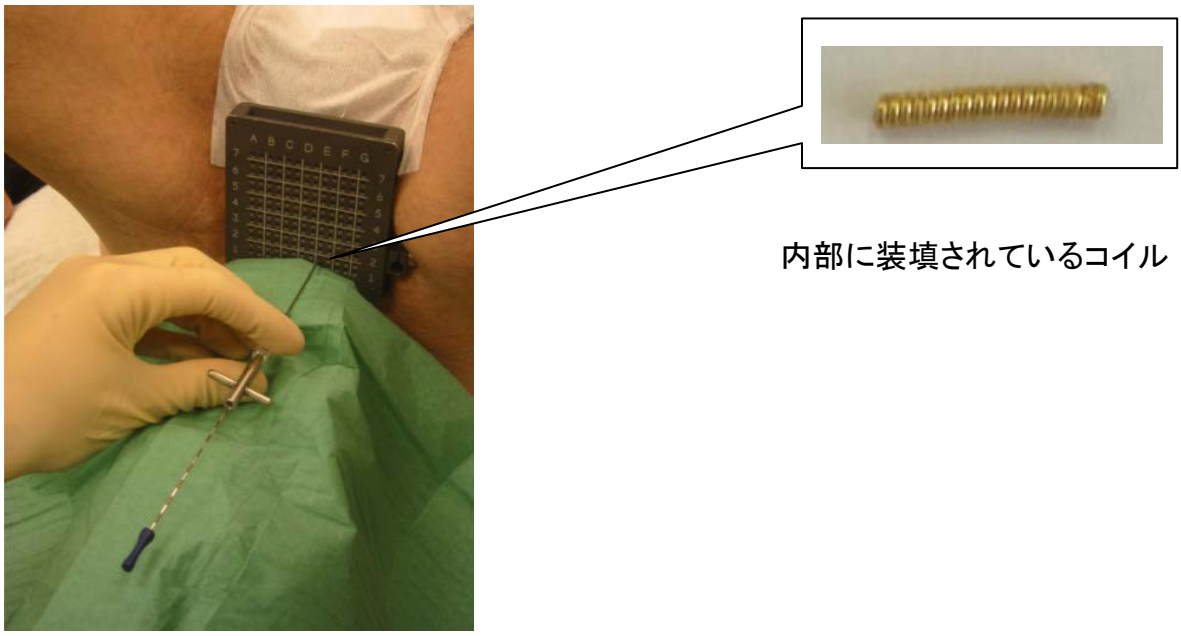
①エベロリムス製剤

②ミコフェノール酸モフェチル製剤

（資料１）

放射線治療用経皮的体内金属マーカー留置術

放射線治療の際に、画像上で確認することができる識別マーカーを作成するためのコイルを体内に植込む。これにより放射線治療の精度の向上が期待できる。

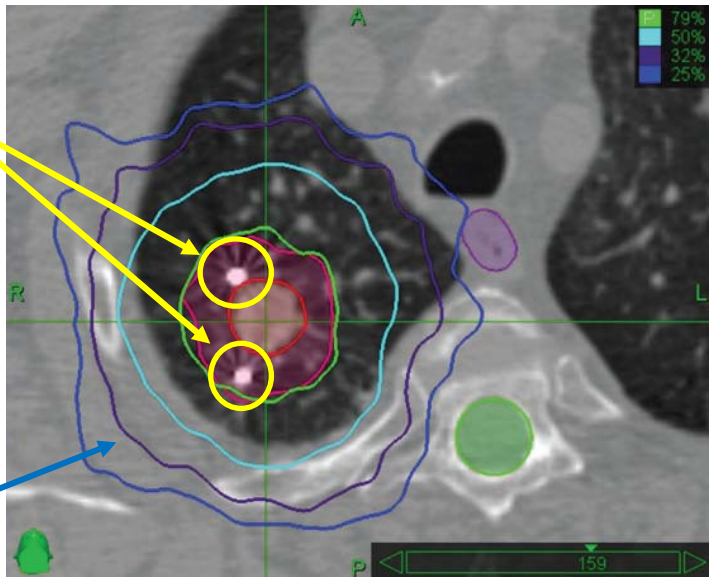


内部に装填されているコイル

当該製品を体内に設置している図

設置されたマーカーにあわせて、毎回の放射線治療のたびに位置調節を行う。

放射線治療において、放射線が照射される範囲と線量

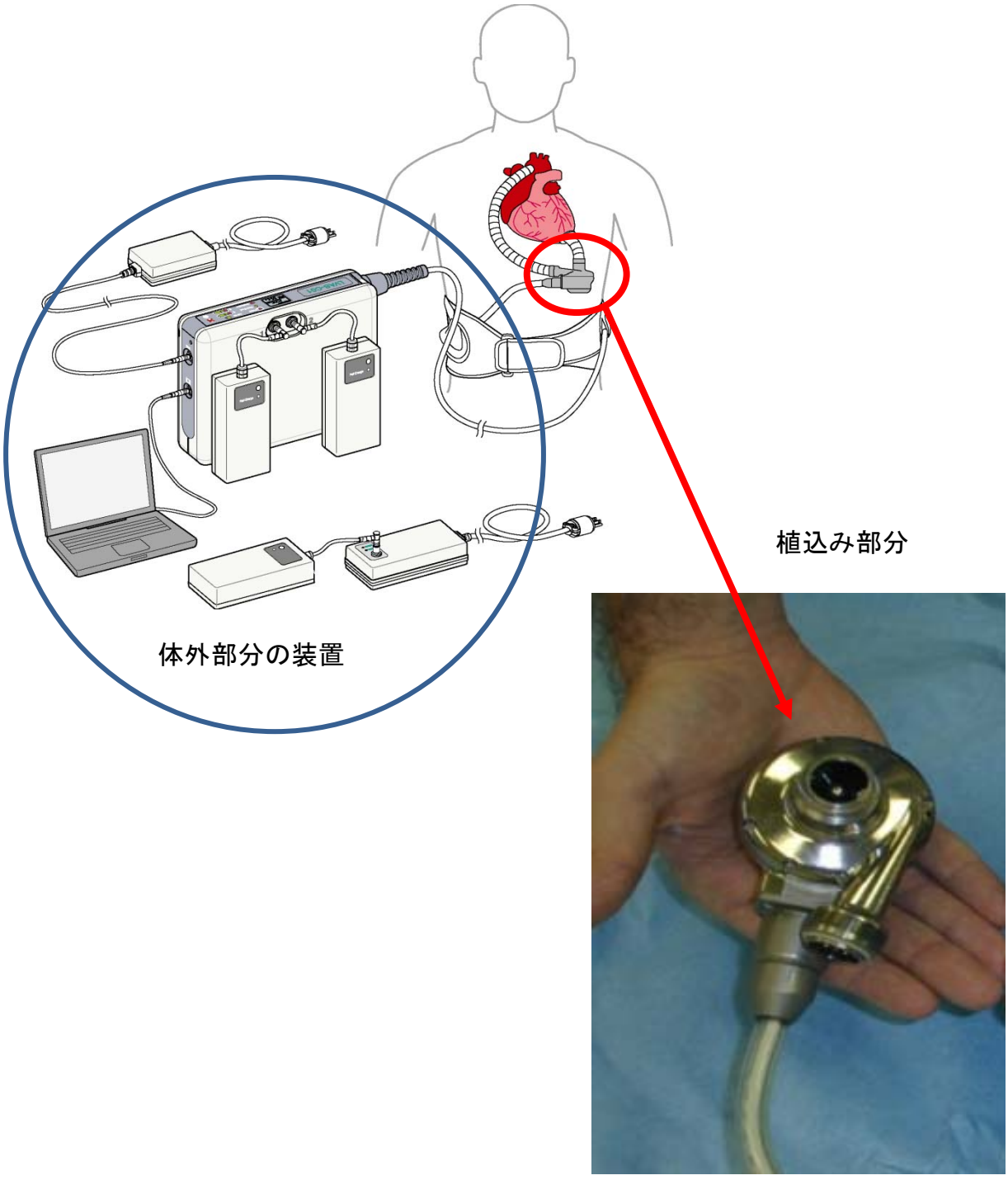


放射線治療の計画を立てる際の画像（例）

（資料２）

植込型補助人工心臓（非拍動流型）

心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法等によっても継続した代償不全に陥っており、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善のために体内に植込んで使用する。



【Ｉ－９(充実が求められる分野／イノベーションの適切な評価)－②】

外来化学療法の評価の充実

骨子【Ｉ－９－(2)】

第１　基本的な考え方

現在、外来化学療法加算において、通常の点滴よりも手厚い体制や設備のもと、外来における化学療法が行われることを評価している。

がんに対する化学療法については、狭義の抗悪性腫瘍剤のみならず、ホルモン剤などが用いられる様になり、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、いわゆる分子標的治療薬については、がんの化学療法だけでなく、自己免疫性疾患等にも使用されており、その際は、化学療法と同様の管理が必要な場合もある。

これらの実態を踏まえ、外来化学療法加算について、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

現　行	改定案
【外来化学療法加算】 イ　外来化学療法加算１　550 点 （15 歳未満の患者に対して行った場合は 750 点）	【外来化学療法加算】 １　外来化学療法加算１ イ　外来化学療法加算Ａ (1)15 歳未満　780 点(新) (2)15 歳以上　580 点(新) ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)15 歳未満　630 点(新) (2)15 歳以上　430 点(新)

ロ　外来化学療法加算２　420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は700点)	２　外来化学療法加算２ イ　外来化学療法加算Ａ (1)15歳未満　700点(新) (2)15歳以上　450点(新) ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)15歳未満　600点(新) (2)15歳以上　350点(新)

[算定要件]

① 外来化学療法加算Ａは、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤、又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、Ｇ０００以外によって投与した場合に算定する。

② 外来化学療法加算Ｂは、外来化学療法加算Ａ以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合に算定する。

③ いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得て、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。

[施設基準]

外来化学療法加算１

① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

② 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

③ 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施し

ている時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

④ 化学療法に係る調剤の経験を５年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

⑤　急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

⑥　実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で１名以上（１診療科の場合は、２名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年１回開催されるものとする。

外来化学療法加算２

①　外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

②　化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

③　当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

④　急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

⑤　外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算２の届出を行うことができる。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－(1)】

第１　基本的な考え方

１．医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。

２．また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。

(1)感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。

(2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

「Ｉ－５－④」を参照のこと。

２．高い機能を有するＣＴ撮影装置及びＭＲＩ撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、ＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

歯科医療の総合的な環境整備の評価

骨子【Ⅱ－１－(２)】

第１　基本的な考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科医療の総合的な環境整備を行っている歯科医療機関を評価

再診時歯科外来診療環境体制加算の新設及び歯科外来診療環境体制加算（初診時）を見直す。

現　行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算)】 30 点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算)】 28 点（改） 【再診時歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 2 点(新) 注　歯科外来診療環境体制加算に係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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に 2 点を加算する。(新)

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第１　基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２　具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

（新）　患者サポート体制充実加算　　70 点（入院初日）

［施設基準］

① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。

② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－(2)】

１．現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

２．入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－(3)】

第１　基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２　具体的な内容

１．正当な理由については、現在、

(1)明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。

(2)自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

としているが、400 床以上の病院については、これを平成 26 年度以降は認めないものとする。

２．明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。

３．明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。

４．公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

５．記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－３－(1)】

第１　基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1)栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成 24 年３月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年３月 31 日までの間は経過措置を設ける。

現　行	改定案
第１章　第２部　通則７ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。	第１章　第２部　通則７ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 ［栄養管理体制の基準］ ①　当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。 ②　患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養

	士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。 ③　当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。 ④　当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。 ⑤　有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。
【栄養管理実施加算】（１日につき） 12点	（削除）

［経過措置］

平成 24 年３月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年３月 31 日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2)褥瘡患者管理加算について､すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現　行	改定案
［褥瘡対策の基準］ ①　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。 ②　当該保険医療機関において、褥瘡	［褥瘡対策の基準］ ①　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。 ②　当該保険医療機関において、褥瘡

対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。	対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
③　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添６の別紙３を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。	③　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。 ④　患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
【褥瘡患者管理加算】（入院中１回）　20点 [算定要件] 入院している患者について、必要があって褥瘡管理が行われた場合に算定する。	（削除）

(3)栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ 11 点ずつ引き上げる。

２．療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1)療養病棟療養環境加算の見直し

現　行	改定案
【療養病棟療養環境加算】（１日につき）	【療養病棟療養環境加算】（１日につき）
１　療養病棟療養環境加算１　132点	１　療養病棟療養環境加算１　132点
２　療養病棟療養環境加算２　115点	２　療養病棟療養環境加算２　115点
	【療養病棟療養環境改善加算】
３　療養病棟療養環境加算３　90点	１　療養病棟療養環境改善加算１ 80点(新)
４　療養病棟療養環境加算４　30点	２　療養病棟療養環境改善加算２ 20点(新)
	［施設基準］ 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。 当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。

［経過措置］

平成 24 年３月 31 日に療養病棟療養環境加算３、４の届出を行っている病棟にあっては、平成 24 年９月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2)診療所療養病床療養環境加算の見直し

現　行	改定案
【診療所療養病床療養環境加算】（１	【診療所療養病床療養環境加算】（１

日につき） １　診療所療養病床療養環境加算１ 100点 ２　診療所療養病床療養環境加算２ 40点	日につき） 診療所療養病床療養環境加算　100点 【診療所療養病床療養環境改善加算】 診療所療養病床療養環境改善加算 35点(新) [施設基準] 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。 当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。

[経過措置]

平成24年３月31日に診療所療養病床療養環境加算２の届出を行っている病床にあっては、平成24年９月30日までの間、従前の加算を算定できる。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－３－(2)】

第１　基本的な考え方

患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の平易化等を図る。

第２　具体的な内容

１．保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、学会等からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現　行	改定案
歯牙	歯（改）
歯周組織検査	歯周病検査（改）
初期う蝕小窩裂溝填塞処置	初期う蝕早期充填処置（改）
鋳造冠	金属冠（改）
前装鋳造冠	レジン前装金属冠（改）

２．診療報酬点数表の簡素化等

歯科診療報酬において、代替の医療技術に置き換わった、臨床上行われていない治療等については、学会等からの提案も参考としつつ診療報酬点数表の簡素化を図る。

・圧迫麻酔
・デンタルゼロラジオグラフィー
・臼歯金属歯
・帯環金属冠修理
・金合金鉤修理

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

骨子【Ⅲ－１－(1) (4) (5)】

第１　基本的な考え方

患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における７対 1 入院基本料の算定要件の見直し、また、10 対１の入院基本料、13 対１入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度（以下、「看護必要度」という。）に係る評価の導入及び患者の状態像に合わせた評価等を行う。

第２　具体的な内容

１．一般病棟における７対１入院基本料の算定要件の見直し

平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げを行う。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料７対１、特定機能病院一般病棟７対１入院基本料、専門病院７対１入院基本料】（一日につき） [一般病棟入院基本料の施設基準] ①　当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。 ②　看護必要度の基準を満たす患者を１割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。 [特定機能病院入院基本料の施設基	【一般病棟入院基本料７対１、特定機能病院一般病棟７対１入院基本料、専門病院７対１入院基本料】（一日につき） [一般病棟入院基本料の施設基準] ①　当該病棟の入院患者の平均在院日数が18日以内であること。 ②　看護必要度の基準を満たす患者を１割５分以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。 [特定機能病院入院基本料の施設基

準] ① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が28日以内であること。 ② 当該病棟に入院している患者の看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。 [専門病院入院基本料の施設基準] ① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が30日以内であること。 ② 看護必要度の基準を満たす患者を１割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。	準] ① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が26日以内であること。 ② 看護必要度の基準を満たす患者を１割５分以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。 [専門病院入院基本料の施設基準] ① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が28日以内であること。 ② 看護必要度の基準を満たす患者を１割５分以上入院させる病棟であること（悪性腫瘍患者を一般病棟に７割以上入院させている保険医療機関及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。

[経過措置]

平成24年３月31日において７対１入院基本料を算定している病棟であって、平成24年４月１日以降において改定後の10対１入院基本料を算定する病棟に限り、平成26年３月31日までの間、改定後の７対１入院基本料を算定できる。

２．一般病棟における10対１入院基本料の算定要件の見直し

(1)現在の一般病棟10対１入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料10対１、特定機	【一般病棟入院基本料10対１、特定機

能病院一般病棟10対１入院基本料、専門病院10対１入院基本料】（一日につき）	能病院一般病棟10対１入院基本料、専門病院10対１入院基本料】（一日につき） ［施設基準］ 当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。
一般病棟看護必要度評価加算　　5点	（削除）

［経過措置］

10 対１入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成 24 年７月１日とする。

(2)10 対１入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

(新)　看護必要度加算１　30 点

(新)　看護必要度加算２　15 点

［算定要件］

看護必要度加算１

必要度基準 15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

看護必要度加算２

必要度基準 10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

３．入院基本料 13 対１の算定要件の見直し

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の 13 対１入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

（新）　一般病棟看護必要度評価加算　　5点（１日につき）

［算定要件］

一般病棟13対１入院基本料、専門病棟13対１入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定する。

４．救命救急入院料１及び３における看護配置については、明確な基準を設けていないため、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

「重点項目１－１－①」を参照のこと。

５．小児特定集中治療室管理料の新設等、小児救急医療に対して以下の見直しを行う。

⑴小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。
⑵特定集中治療室管理料小児加算の引き上げを行う。
⑶特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

「重点項目１－１－①」を参照のこと。

効率化の余地のある入院についての適正な評価

骨子【Ⅲ－１－(2)】

第１　基本的な考え方

一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について適正な評価とする。

第２　具体的な内容

１．金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料の適正化

金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が 40%を超える医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を８％減額する。

［対象医療機関］

以下のいずれも満たす医療機関

①　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関

②　入院全体のうち金曜日に入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合の合計が 40%を超える医療機関

［対象とする入院基本料］

以下のいずれも満たす入院基本料

①　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもの

②　算定された日に手術、1000 点以上の処置を伴わないもの

［経過措置］

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

２．午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料の適正化

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、午前中の退院の割合が 90%を超える医療機関について、30 日以上入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を８％減額する。

［対象医療機関］

以下のすべてを満たす医療機関

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関

② 退院全体のうち午前中に退院するものの割合が 90%を超える医療機関

［対象とする入院基本料］

以下のすべてを満たす入院基本料

① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、退院日に算定されたもの

② 退院調整加算が算定されていないもの

③ 算定された日に手術、1000 点以上の処置を伴わないもの

［経過措置］

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

亜急性期入院医療管理料の見直し

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第１　基本的な考え方

亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改める。

現　行	改定案
【亜急性期入院医療管理料】（１日につき）	【亜急性期入院医療管理料】（１日につき）
１　亜急性期入院医療管理料１ 2,050点	１　亜急性期入院医療管理料１ 2,050点(改)
２　亜急性期入院医療管理料２ 2,050点	２　亜急性期入院医療管理料２ 1,900点(新)
［算定要件］	［算定要件］
１　亜急性期入院医療管理料１ 90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。	１　亜急性期入院医療管理料１ ①　60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。 ②　脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。
２　亜急性期入院医療管理料２ 60日を限度として一般病棟の病	２　亜急性期入院医療管理料２ ①　60日を限度として一般病棟の病

室単位で算定する。	室単位で算定する。 ② 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。
[施設基準]	[施設基準]
1 亜急性期入院医療管理料１	1 亜急性期入院医療管理料１
① 届出可能病床は一般病床数の１割以下。ただし、400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。	① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料１と２をあわせて一般病床数の３割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
② 看護職員配置が常時13対１以上。	② 看護職員配置が常時13対１以上。
③ 診療録管理体制加算を算定していること。	③ 診療録管理体制加算を算定していること。
④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。	④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
⑤ 在宅復帰率が６割以上であること。	⑤ 在宅復帰率が６割以上であること。
2 亜急性期入院医療管理料２	2 亜急性期入院医療管理料２
① 200床未満であること。	（削除）
② 届出可能病床は一般病床数の３割以下。ただし、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。	① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料１と２をあわせて一般病床数の３割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
③ 看護職員配置が常時13対１以上。	② 看護職員配置が常時13対１以上。
④ 診療録管理体制加算を算定していること。	③ 診療録管理体制加算を算定していること。

⑤　専任の在宅復帰支援者が勤務していること。 ⑥　在宅復帰率が６割以上であること。 ⑦　治療開始日より３週間以内に７対１入院基本料、10対１入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が２／３以上であること。	④　専任の在宅復帰支援者が勤務していること。 ⑤　在宅復帰率が６割以上であること。 （削除）

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅲ－１－(6)】

第１　基本的な考え方

１．今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPS においても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。

２．DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成 24 年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。

３．機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正値」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。

４．機能評価係数Ⅱについては、現行の６項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。

５．特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行 DPC/PDPS の算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。

６．急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、ＤＰＣ対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

第２　具体的な内容

１．入院基本料等の見直し等の反映

(1)　急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。

(2)　診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

２．調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1)　基礎係数の導入と医療機関群の設定

①　制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。

②　基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「ＤＰＣ病院Ⅰ群」、「ＤＰＣ病院Ⅱ群」と「ＤＰＣ病院Ⅲ群」の３群とする。

③　「ＤＰＣ病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、ＤＰＣ病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(2)　調整係数見直しに係る経過措置

①　円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Ａの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Ａの調整係数（※）〕－

〔医療機関Ａの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.75

※　「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関係数別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、２％を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

３．機能評価係数Ｉの見直し

(1) 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正値等を機能評価係数Ｉとして係数設定する。

(2) 従前の機能評価係数Ｉに加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数Ｉとして係数評価する。

(3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数Ｉとして整理する。

(4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ｉに反映させる。

４．機能評価係数Ⅱの見直し

(1)　機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。

(2)　現行の評価項目（６指数）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表１・別表２を参照）

①データ提出指数

現行の ICD-10 病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

⑥地域医療指数

ア）退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ）地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

＜見直しのイメージ＞

<table>
<tr><th>現行</th><th colspan="2">平成 24 改定での対応</th></tr>
<tr><td rowspan="3">地域医療への貢献
に係る体制評価
（現行７項目のポイント制）</td><td colspan="2">地域医療への貢献に係る体制評価指数
（10 項目、一部実績加味、上限値設定）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">定量評価指数
（新設）</td><td>1)　小児</td></tr>
<tr><td>2)　上記以外</td></tr>
</table>

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の 10 項目とし、１項目最大１ポイント、合計７ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
⑧がん診療連携拠点病院、⑨24 時間 t-PA 体制、
⑩ＥＭＩＳ（広域災害・救急医療情報システム）

(3)　機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては､各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。（詳細別表３）

(4)　被災三県における診療実績に基づく指数（効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

５．算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず､「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

６．外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。ＤＰＣ病院Ⅰ群とＤＰＣ病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、ＤＰＣ病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と､データ提出加算の新設と合わせて､係数の取扱いについて整理する。「Ⅲ－１－⑤」を参照のこと。

別表１

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容＞

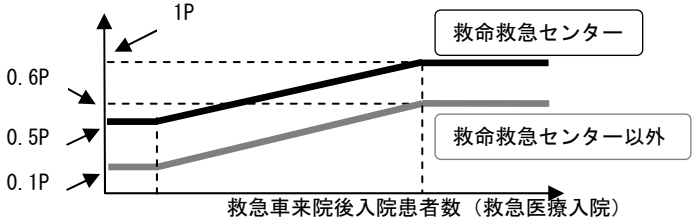
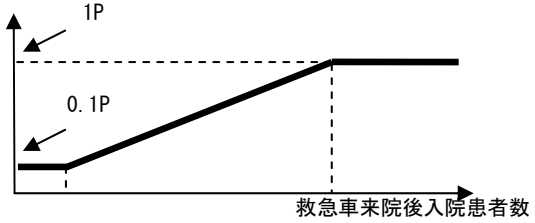
評価対象データは平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 年 9 月 30 日（12 ヶ月間）のデータ

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	原則として満点（1 点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。 ①　手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を 0.5 点・1 ヶ月の間、減じる（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数Ｉとして整理）。 ②　データの質の評価 A　新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が 20%以上の場合に当該評価を 0.05 点・1 年の間、減じる。（新たな減算基準の 20%はこれまでの実績から改めて設定） B　今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成 25 年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・　郵便番号　・　がんの UICC 分類　・　その他疾患特異的な重症度分類 ※　なお、DPC 病院Ⅲ群について、外来診療に係る EF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05 点を目安に今後検討）を加算する。（同上）
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を１入院あたり点数で評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

<table>
<tr><td>4) カバー率指数</td><td>様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価</td><td>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕／〔全 DPC 数〕
※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</td></tr>
<tr><td>5) 救急医療指数</td><td>救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価</td><td>1 症例あたり〔救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕</td></tr>
<tr><td>6) 地域医療指数</td><td>地域医療への貢献を評価
（中山間地域や僻地において､必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）</td><td>以下の指数で構成する。
<table>
<tr><th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr>
<tr><td colspan="2">①　体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td><td>1/2</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②　定量評価指数（新設）</td><td>1)　小児（15 歳未満）</td><td>1/4</td></tr>
<tr><td>2)　上記以外（15 歳以上）</td><td>1/4</td></tr>
</table>
① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）
地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表２参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。
② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1）2)それぞれ 1/4 ずつ）
〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。
【評価対象地域の考え方】
DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院Ⅲ群については 2 次医療圏とする。
【集計対象とする患者数の考え方】
DPC 対象病院に入院した患者とする。</td></tr>
</table>

別表２

＜地域医療指数・体制評価指数別表２＞地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は 7 ポイント）。

<table>
<tr><th>評価項目（各 1P）</th><th>DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群</th><th>DPC 病院Ⅲ群</th></tr>
<tr><td>①脳卒中地域連携
（DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）</td><td>脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）</td><td>脳卒中を対象とする。
「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）</td></tr>
<tr><td>②がん地域連携
（DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）</td><td>当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）</td><td>「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）</td></tr>
<tr><td>③地域がん登録
（実績評価を加味）</td><td colspan="2">当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）</td></tr>
<tr><td>④救急医療
（実績評価を加味）</td><td colspan="2">医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。</td></tr>
<tr><td>前提となる体制</td><td>右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）</td></tr>
<tr><td>実績評価</td><td>救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P）
 
</td><td>救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P）
 
</td></tr>
</table>

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん診療連携拠点病院（新）	・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P） ※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

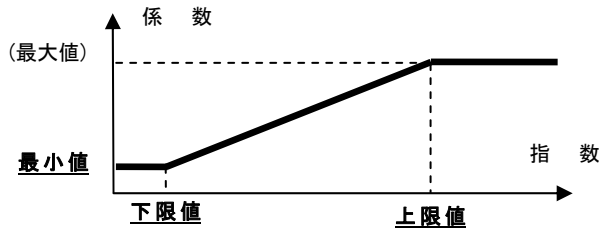
【補足】。**体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。**

別表３

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

原則	指数の上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。
	係数の最小値	0 に設定。

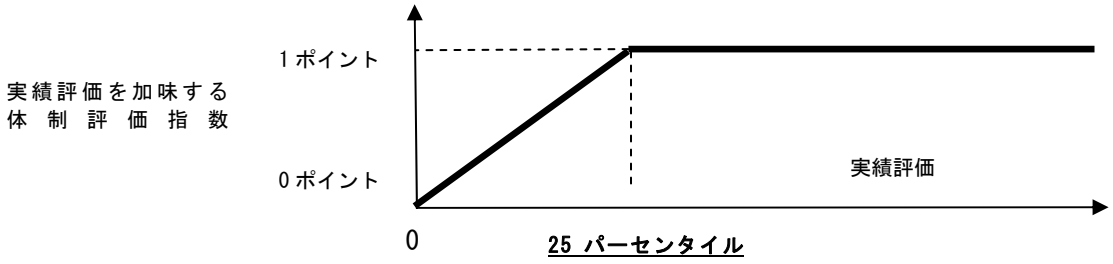
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	（固定の係数値のため設定なし。）			※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の 1/2 とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0（※1）	
救急医療	97.5%tile 値	0（※2）	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○　脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の 4 項目が該当。

○　特に規定する場合を除き、**下限値は 0 ポイント（指数）**、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の **25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント**（つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点（1 ポイント））。



ＤＰＣフォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－(7)】

第１　基本的な考え方

急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、ＤＰＣ対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。また、ＤＰＣ対象病院における外来診療や入院診療の出来高算定患者（包括対象外の患者）に係るデータの提出についても出来高算定病院での取扱いと同様な評価を行う。この際、ＤＰＣ対象病院のデータ提出に係る評価（機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む）については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理（統合）する。

第２　具体的な内容

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

（新）　データ提出加算１

イ　200 床以上の病院	100 点（退院時１回）
ロ　200 床未満の病院	150 点（退院時１回）

（新）　データ提出加算２

イ　200 床以上の病院	110 点（退院時１回）
ロ　200 床未満の病院	160 点（退院時１回）

［算定要件］

データ提出加算１

① データ提出することをあらかじめ届出た上で、ＤＰＣフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月１日から算定可能。

② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算

を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

データ提出加算２

① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。

② データ提出することをあらかじめ届出た上で、ＤＰＣフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月１日から算定可能。

③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

［施設基準］

① 一般病棟入院基本料（７対１又は 10 対１）、専門病院入院基本料（７対１又は 10 対１）、特定機能病院一般病棟入院基本料（７対１又は 10 対１）を算定している病院であること。

② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。

③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年２回以上当該委員会を開催すること。

［その他］

① 「外来診療データ」については、平成 24 年 10 月１日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。

② ＤＰＣ対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数Ⅰ（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Ⅰと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。

慢性期入院医療の適切な評価

骨子【Ⅲ－２】

第１　基本的な考え方

急性期の医療機関との連携推進､慢性期医療の質の向上等の観点から、慢性期入院医療の適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．一般病棟おける長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料 13 対１、15 対１算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1)90 日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及び ADL 区分を用いた包括評価）とする。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料（13対１、15対１）】 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。	【一般病棟入院基本料（13対１、15対１）】 届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。

(2)90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月１日から施行する。

２．小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

「Ｉ－３－①」を参照のこと。

３．療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分２を継続して算定可能とする。

併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

４．特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置については２年間延長し､次回改定における取り扱いについては、現場の実態を踏まえた措置を検討する。

５．救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院５日以内から７日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題１－１－③」を参照のこと。

６．一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題１－１－④」を参照のこと。

７．重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13 対１、15 対１のみ)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

８．超重症児（者)・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、

有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

９．栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）、専門病院入院基本料（13 対 1）及び療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病床においては入院の日から起算して６月以内のみ、算定可能とする。

「重点課題１－４－①」を参照のこと。

10. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題２－３－②」を参照のこと。

11. 療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

12. 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

「Ⅱ－３－①」を参照のこと。

医療を提供しているが、
医療資源の少ない地域に配慮した評価

骨子【Ⅲ－３】

第１　基本的な考え方

２次医療圏において自己完結した医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

第２　具体的な内容

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない２次医療圏及び離島にある医療機関（ただし、一定規模の医療機関を除く）について、評価体系を見直す。

１．これらの地域では、他の地域と比べ、同一病院で様々な状態の患者を診療していることや、医療従事者の確保等が難しく病棟全体で看護要員の要件を満たすことが困難なこと等を踏まえ、入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする。

現　行	改定案
【入院基本料の届出に関する事項】 届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。	【入院基本料の届出に関する事項】 届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。 ただし、別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病

	院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟においては、それぞれの病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

２.亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新)　亜急性期入院医療管理料１（指定地域）　1,750 点（１日につき）
(新)　亜急性期入院医療管理料２（指定地域）　1,650 点（１日につき）

[算定要件]

60 日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]

① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟 10 対１入院基本料を算定している病院を除く）であること。
② 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料１と２をあわせて一般病床数の３割以下。
③ 看護職員配置が常時15対１に限る。
④ 診療録管理体制加算を算定していること。
⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
⑥ 在宅復帰率が６割以上であること。

３.チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

⑴栄養サポートチーム加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新)　栄養サポートチーム加算（指定地域）　100 点（週１回）

[施設基準]

① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟７対１、10 対１入院基本料を算定している病院を除く）であること。

② 当該保険医療機関に以下から構成される栄養サポートチームが設置されている。

ア 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の管理栄養士

③ １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

(2)緩和ケア診療加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 緩和ケア診療加算（指定地域） 200 点（１日につき）

[施設基準]

① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟７対１、10 対１入院基本料を算定している病院を除く）であること。

② 当該保険医療機関に以下から構成される緩和ケアチームが設置されている。

ア 身体症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する所定の研修を終了した専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

③ １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

４．１病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

(新) 特定一般病棟入院料（指定地域）

13 対１入院料	1,092 点
15 対１入院料	934 点

［施設基準］

① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟７対１、10 対１入院基本料を算定している病院を除く）であること。

② 当該保険医療機関の病棟が一つであり、一般病床であること。

診療所の機能に着目した評価

骨子【Ⅲ－４－(1) (2)】

第１　基本的な考え方

１．緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。

２．地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。

第２　具体的な内容

１．有床診療所における緩和ケアの推進

有床診療所において質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する。

（新）　有床診療所緩和ケア診療加算　　150 点（１日につき）

［算定要件］

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

［施設基準］

①　夜間に看護職員を１名以上配置していること。

②　身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師（医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者）が配置されていること。

２．有床診療所におけるターミナルケアの推進

有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する。

(新)　看取り加算

在宅療養支援診療所の場合	2,000 点
その他の場合	1,000 点

[算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から 30 日以内に看取った場合

[施設基準]

夜間に看護職員を１名以上配置していること。

３．有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。

４．介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は２室８床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

医療機関間の連携に着目した評価

骨子【Ⅲ－５－（４）】
骨子【Ⅲ－５－(11)】

１．救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院５日以内から７日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題１－１－③」を参照のこと。

２．一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題１－１－④」を参照のこと。

３．一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題１－１－④」を参照のこと。

４．新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の２回算定可能とする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

５．重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13 対１、15 対 1 のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

６．在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

７．超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

８．長時間訪問看護の算定要件の見直し

⑴ 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を３回にする。

⑵ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。

⑶ 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。

⑷ 医療保険下の長時間訪問看護は２時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90 分以上から算定できることとする。

「重点課題１－１－⑤」を参照のこと。

９．24 時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

「重点課題２－１－①」を参照のこと。

10．在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

「重点課題２－１－①」を参照のこと。

11．入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

「重点課題２－１－①」を参照のこと。

12. 入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重点課題２－３－②」を参照のこと。

13. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題２－３－②」を参照のこと。

14. 退院時共同指導料の評価の見直し

⑴ 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料２を算定できるようにする。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

⑵ 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

15. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

⑴ 外泊日の訪問看護

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

⑵ 退院当日の訪問看護

（訪問看護療養費）

① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。

② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

（退院前訪問指導料）

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

「重点課題２－３－③」を参照のこと。

16. 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の２週間に限り、特別訪問看護指示に基づき、訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題２－３－⑤」を参照のこと。

17. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。また、紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって､入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

「Ｉ－１－⑥」を参照のこと。

18. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

「Ｉ－１－⑥」を参照のこと。

19. リンパ浮腫指導管理料について、手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において 2 度目の指導を受けた場合も評価を行う。また、がん患者カウンセリング料について、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

「Ｉ－１－⑥」を参照のこと。

20. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

「Ｉ－３－①」を参照のこと。

21. 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

「Ｉ－３－①」を参照のこと。

22. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

「Ｉ－４－①」を参照のこと。

23. 認知症専門診断管理料の見直しを行う。また、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

「Ｉ－４－②」を参照のこと。

24. 療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「Ｉ－４－④」を参照のこと。

25. 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分２を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

「Ⅲ－２」を参照のこと。

26. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネー

ト系製剤の服用患者)等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。
「重点課題１－４－②」を参照のこと

27. 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。
「Ｉ－７－①」を参照のこと。

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅲ－６－(1)】

第１　基本的な考え方

１．お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。

２．特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。

３．乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料（自家製剤加算及び計量混合加算）の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

第２　具体的な内容

１．残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導料の包括的評価の充実

薬剤情報提供料を廃止し、お薬手帳を通じた情報提供を算定要件として薬剤服用歴管理指導料の中で包括的に評価する。

また、薬歴を活用した残薬確認も薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を充実する。

現　行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付１回につき）　30点 ［算定要件］	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付１回につき）　41点(改) ［算定要件］

注　患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ①　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ②　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。	注　患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ①　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ②　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ③　調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ④　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。
【薬剤情報提供料】（処方せんの受付１回につき）　15点 ［算定要件］ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月４回（処方の内容に変更があった場合は、	（廃止）

その変更後月４回）に限り算定する。	

２．特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）の算定要件の明確化

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

３．乳幼児（６歳未満）への服薬指導の薬学的管理指導における評価

乳幼児（６歳未満）の処方せんを受け付けた場合であって、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合、現行では調剤料における「特別の乳幼児用製剤」の加算の中で評価されているが、この調剤料における加算項目を削除するとともに、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

（新）　乳幼児服薬指導加算　５点

現　行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付１回につき）　30点	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付１回につき）　41点(改) ［算定要件］ 注　乳幼児（６歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に５点を加算する。
（調剤料） 【自家製剤加算】（１調剤につき）	（調剤料） 【自家製剤加算】（１調剤につき）

イ　内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。） (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬　20 点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬　90 点 (3) 液剤　45 点	イ　内服薬及び頓服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬　20 点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬　90 点 (3) 液剤　45 点
ロ　内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。） (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤　120 点 (2) 液剤　75 点	（削除）
【計量混合加算】（１調剤につき） イ　特別の乳幼児用製剤を行った場合 (1) 液剤の場合　75 点 (2) 散剤又は顆粒剤の場合　90 点 (3) 軟・硬膏剤の場合　80点 ロ　イ以外の場合 (1) 液剤の場合　35 点 (2) 散剤又は顆粒剤の場合　45 点 (3) 軟・硬膏剤の場合　80 点	【計量混合加算】（１調剤につき） （削除） (1) 液剤の場合　35 点 (2) 散剤又は顆粒剤の場合　45 点 (3) 軟・硬膏剤の場合　80 点

調剤報酬における適正化・合理化

骨子【Ⅲ－６－(2)】

第１　基本的な考え方

調剤報酬の中で適正化できる以下の事項について見直しを行う。

１．基準調剤加算の施設基準については、地域医療を応需する「かかりつけ薬局」のあるべき方向性等を考慮し、備蓄医薬品の品目数の見直しを行うとともに、特定の医療機関の診療時間等に応じた開局時間を設定している薬局については施設基準を満たさないこととするよう見直す。

２．薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う

第２　具体的な内容

１．基準調剤加算の施設基準の見直し

基準調剤加算の施設基準に、開局時間に係る要件を設けるとともに、備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とする。

現　行	改定案
【基準調剤加算】	【基準調剤加算】
１　基準調剤加算１　10点	１　基準調剤加算１　10点
２　基準調剤加算２　30点	２　基準調剤加算２　30点
［施設基準］	［施設基準］
(1)通則	(1)通則
イ、ロ　略	イ、ロ　略
	ハ　地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となって

	いること。
ハ、ニ　略	ニ、ホ　略
(2)基準調剤加算１の基準	(2)基準調剤加算１の基準
十分な数の医薬品を備蓄していること。	十分な数の医薬品を備蓄していること。
(3)基準調剤加算２の基準	(3)基準調剤加算２の基準
イ、ロ　略	イ、ロ　略
ハ　十分な数の医薬品を備蓄していること。	ハ　十分な数の医薬品を備蓄していること。

※　なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算１については現行の「500 品目以上」を「700 品目以上」とし、基準調剤加算２については現行の「700 品目以上」を「1000 品目以上」とする。

２．調剤情報提供料、服薬情報提供料等の見直し

調剤情報提供料、服薬情報提供料及びその加算である服薬指導情報提供加算については廃止し、これらを統合した評価として、新たに服薬情報等提供料を新設する。

現　行	改定案
【調剤情報提供料】（処方せんの受付１回につき）　15点	（廃止）
［算定要件］	
注　処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文	

書により提供した場合に算定する。	
【服薬情報提供料】　15点 ［算定要件］ 注１　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。 注２　保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。	（廃止） 【服薬情報等提供料】　15点(新) ［算定要件］ 注　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている

	保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。

後発医薬品の使用促進について

骨子【Ⅳ－１】

第１　基本的な考え方

１．これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価等の取組を行ってきた。

後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

このため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

２．なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年４月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年４月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第２　具体的な内容

１．薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

(1)調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため､調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について､数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 22%以上、30%以上及び 35%以上の場合に改めることとし、特に 30%以上及び 35%以上の場合を重点的に評価する。

現　行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付１回につき） 　直近３か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること １　20%以上　6点 ２　25%以上　13点 ３　30%以上　17点	【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付１回につき） 　直近３か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。 １　22%以上　５点(改) ２　30%以上　15点(改) ３　35%以上　19点(改)

※１　後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

※２　平成 24 年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

(2)後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料の廃止

　調剤料における後発医薬品調剤加算及び薬学管理料における後発医薬品情報提供料を廃止する。

現　行	改定案
【後発医薬品調剤加算】（１調剤につき） ［算定要件］ 　後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、１剤に係る所定点数）に１調剤につき２点を加算する。	（廃止）

【後発医薬品情報提供料】（処方せん受付１回につき）　10点 ［算定要件］ 注　後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんの指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。	（廃止）

２．薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発薬に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

現　行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付１回につき）　30点 ［算定要件］ 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ①　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付１回につき）　41点(改) ［算定要件］ 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 ①　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主

な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。	な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。
② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。	② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ④ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。 ⑤ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点	（廃止）

３．医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「30%以上」の評価を加える。

現　行	改定案
【後発医薬品使用体制加算】（入院初日）　30点 ［施設基準］ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が２割以上であること。	【後発医薬品使用体制加算】（入院初日） １　後発医薬品使用体制加算１ 35点(新) ２　後発医薬品使用体制加算２ 28点(改) ［施設基準］ １　後発医薬品使用体制加算１ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が３割以上であること。 ２　後発医薬品使用体制加算２ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が２割以上であること。

４．一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現　行	改定案

【処方せん料】 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　40点 ２　１以外の場合　68点	【処方せん料】 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　40点 ２　１以外の場合　68点 （注を追加） 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付１回につき２点を加算する。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

５．処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する（別紙）。

６．後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1)厚生労働省やＰＭＤＡ等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発

医薬品についての科学的見解を作成する。

(2)ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

（別紙）新たな処方せんの様式（案）

様式第二号（第二十三条関係）

処　　方　　せ　　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・

患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日	明大昭平　年　月　日	男・女	電話番号
				保険医氏名　印
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード
交付年月日		平成　年　月　日		処方せんの使用期間　平成　年　月　日　特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。		
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	

備考　1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2．この用紙は、日本工業規格 A 列５番を標準とすること。
3．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について

骨子【Ⅳ－２－(1)】

１.患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における７対1入院基本料の算定要件を見直す。

「Ⅲ－１－①」を参照のこと。

２．金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関について、土曜日、日曜日の入院基本料の適正化を行う。

「Ⅲ－１－②」を参照のこと。

３．午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、退院日の入院基本料の適正化を行う。

「Ⅲ－１－②」を参照のこと。

４．一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対１、15対１算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

「Ⅲ－２」を参照のこと。

５．精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

６．認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－３】

第１　基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて、その見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、臨床的な観点から検査の区分や名称の変更を行う。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

２．現在、１つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

３．検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた標準検査名称・標準検査法名称を参考に見直しを行う。

例）　プロテインＳ→プロテインＳ活性、プロテインＳ抗原

　　単純ヘルペスウイルス特異抗原→単純ヘルペスウイルス抗原定性

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【Ⅳ－１－(1)】

第１　基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第２　具体的な内容

現　行	改定案
【量的視野検査（片側）】 ２　静的量的視野検査　300点	【量的視野検査（片側）】 ２　静的量的視野検査　290点(改)
【調節検査】　74点	【調節検査】　70点(改)
【角膜形状解析検査】　110点	【角膜形状解析検査】　105点(改)
【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】 １　鼓膜音響インピーダンス検査　300点 ２　チンパノメトリー　350点	【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】 １　鼓膜音響インピーダンス検査　290点(改) ２　チンパノメトリー　340点(改)
【皮膚科光線療法（１日につき）】 ３　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　350点	【皮膚科光線療法（１日につき）】 ３　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　340点（改）

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【Ⅳ－４－(１)】

第１　基本的な考え方

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にあり、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

64 列以上のマルチスライス型ＣＴ及び３テスラ以上のＭＲＩによる撮影に対する評価を新設する。

現　行	改定案
【コンピューター断層撮影】 １　ＣＴ撮影 イ　16 列以上のマルチスライス型の機器による場合　900 点 ロ　２列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合　820 点 ハ　イ、ロ以外の場合　600 点	【コンピューター断層撮影】 １　ＣＴ撮影 イ　64 列以上のマルチスライス型の機器による場合　950 点(新) ロ　16 列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900 点(改) ハ　４列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合　780 点(改) ニ　イ、ロ、ハ以外の場合　600 点(改) [施設基準]

	イについては、画像診断管理加算２が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が１名以上。
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影)】 １　1.5 テスラ以上の機器による場合　1,330 点 ２　１以外の場合　1,000 点	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影)】 １　３テスラ以上の機器による場合　1,400 点(改) ２　1.5 テスラ以上の機器による場合　1,330 点(改) ３　１、２以外の場合　950 点(改) ［施設基準］ １については、画像診断管理加算２が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が１名以上。

［参考］

画像診断管理加算２の施設基準

① 放射線科を標榜している病院であること。

② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

骨子【Ⅳ－４－(1)】

第１　基本的な考え方

ビタミンＢ群及びビタミンＣ製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第２　具体的な内容

ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

現　行	改定案
【投薬／注射　薬剤】 入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる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、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。	【投薬／注射　薬剤】 入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる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、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

人工腎臓等の適正な評価

骨子【Ⅳ－４－(2)】

第１　基本的な考え方

慢性維持透析における合併症防止の観点から、近年有効性が明らかとなりつつある新しい血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価等を行う。また、包括薬剤の価格や、より低価格で同様の効果を持つエリスロポエチン製剤使用の実態を踏まえた包括点数の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められることから、透析液水質確保加算２を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算２を算定していることとする。

（新）　慢性維持透析濾過（複雑なもの）　2,255 点（１日につき）

［算定要件］

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

［施設基準］

透析液水質確保加算２を算定していること。

現　行	改定案
【人工腎臓】（1日につき） 透析液水質確保加算　10点 ［施設基準］ ①　関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。 ②　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。	【人工腎臓】（1日につき） １　透析液水質確保加算１ 8点（改） ２　透析液水質確保加算２ 20点（新） ［施設基準］ １　透析液水質確保加算１ ①　関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。 ②　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。 ２　透析液水質確保加算２ ①　月１回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。 ②　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

２．エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等への置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現　行	改定案
【人工腎臓】（１日につき） １　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合	【人工腎臓】（１日につき） １　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合

2,075点	2,040点（改）
ロ　４時間以上５時間未満の場合	ロ　４時間以上５時間未満の場合
2,235点	2,205点（改）
ハ　５時間以上の場合	ハ　５時間以上の場合
2,370点	2,340点（改）

コンタクトレンズに係る診療の適正評価

骨子【Ⅳ－４－(3)】

第１　基本的な考え方

コンタクトレンズに係る診療報酬については、検査点数を包括化した体系で評価を行っている。

この度、コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、検査に対する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

第２　具体的な内容

コンタクトレンズ検査料２を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が 7.5 割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。

中医協　総－２
２４．２．１０

平成２４年２月１０日

厚生労働大臣

小宮山　洋子　殿

中央社会保険医療協議会

会　長　　森田　朗

答　申　書(案)

（平成２４年度診療報酬改定について）

平成２４年１月１８日付け厚生労働省発保0118第１号をもって諮問のあった件について、別紙１から別紙８までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

平成 24 年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見　　（別添）

（急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等）

1　初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成 24 年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。

2　救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

3　病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置（時間外対応加算を含む。）については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。

4　次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
- 薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む。）
- 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
- 糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
- 栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組

等

（医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実）

5　在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6　効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7　維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リ

ハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

（質が高く効率的な医療提供体制）

8　病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料（13 対１、15 対１）算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟（７対１、１０対１を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9　以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

・一般病棟における７対１入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

１０　DPC 制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後３回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC 対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

１１　医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

１２　平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

１３　診療報酬における包括化やＩＴ化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

（患者の視点に配慮した医療の実現）

１４　診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化

（今回改定の医療現場への影響を含む。）、明細書の無料発行のさらなる促進（400 床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。）、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

（医薬品、医療材料等の適正な評価）

１５　長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

１６　手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

１７　革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

（その他の調査・検証事項）

１８　上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。

(1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

(2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況

(3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況

(4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況

(5)診療報酬における消費税の取扱い

(6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記１～１８の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

別紙１

診療報酬の算定方法

１　医科診療報酬点数表

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 通則 【通則の見直し】	１　健康保険法第63条第１項第１号及び高齢者医療確保法第64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又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。	１　健康保険法第63条第１項第１号及び高齢者医療確保法第64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又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３のただし書、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注２及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注３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。
第１節　初診料		

Ａ０００　初診料			
【注の追加】		（追加） →	注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、200点を算定する。
【注の見直し】	注２　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注３から注６まで	→	注３　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り135点（注２に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。た

	に規定する加算は算定しない。		だし書の場合においては、注４から注７までに規定する加算は算定しない。
第２節　再診料			
Ａ００１　再診料			
【注の追加】		（追加） →	注２　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注３から注７まで、注９及び注10に規定する加算は算定しない。
【注の見直し】	注８　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には、地域医療貢献加算として、所定点数に３点を加算する。 →		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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 ロ　時間外対応加算２　３点 ハ　時間外対応加算３　１点

Ａ００２　外来診療料			
【注の追加】		（追加） →	注２　病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、52点を算定する。
【注の追加】		（追加） →	注３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り34点（注２に規定する場合にあっては、25点）を算定する。この場合において、注４のただし書及び注５から注７までに規定する加算は算定しない。
【注の見直し】	注２　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料の通則第３号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ～ロ　（略） ハ　血液形態・機能検査	→	注４　第２章第３部検査及び第９部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料の通則第３号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ～ロ　（略） ハ　血液形態・機能検査

	区分番号Ｄ００５（９のうちヘモグロビンA1c（ＨｂA1c）、12デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの ニ～ツ　（略）	区分番号Ｄ００５（９のうちヘモグロビンA1c（ＨｂA1c）、12デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査を除く。）に掲げるもの ニ～ツ　（略）

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第１章　基本診療料		
第２部　入院料等		
通則		
【通則の見直し】	７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
第１節　入院基本料		
Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,555点 ２　10対１入院基本料　1,300点 ３　13対１入院基本料　1,092点 ４　15対１入院基本料　934点	1,566点 1,311点 1,103点 945点

【注の追加】		（追加）	注４　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の追加】		（追加）	注５　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟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介護保険法第８条第27項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

【注の追加】		（追加） →	注６　当該病棟に入院している患者の看護必要度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、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　看護必要度加算１　30点 ロ　看護必要度加算２　15点
【注の見直し】	注５　注１から注３までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。	→	注８　注１から注３までの規定にかかわらず、７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定する病棟においては、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として939点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。
【注の追加】		（追加） →	注10　注１、注２及び注８の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】		（追加） →	注11　注１、注２及び注８の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ　（略） ニ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ホ～ヰ　（略） ノ～ヤ　（略） マ　栄養管理実施加算 ケ　栄養サポートチーム加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） フ　（略） コ　褥瘡患者管理加算 エ～ア　（略）	→	注12　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ　（略） ニ　救急医療管理加算 ホ～ヰ　（略） ノ　精神科リエゾンチーム加算 オ～マ　（略） ケ　栄養サポートチーム加算 フ　（略） コ　感染防止対策加算 エ　患者サポート体制充実加算 テ～サ　（略）

	サ　慢性期病棟等退院調整加算（注５に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。） キ　急性期病棟等退院調整加算（注５に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。） ユ～ヒ　（略）		キ　退院調整加算 ユ～ヒ　（略） モ　病棟薬剤業務実施加算 セ　データ提出加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）
【注の追加】		（追加）	注13　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注12までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。
Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）			
【点数の見直し】	１　療養病棟入院基本料１ イ　入院基本料Ａ　1,758点 （健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この		1,769点

表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,744点）		
		1,755点
ロ　入院基本料Ｂ	1,705点	
		1,716点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,691点）		
		1,702点
ハ　入院基本料Ｃ	1,424点	
		1,435点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,410点）		
		1,421点
ニ　入院基本料Ｄ	1,369点	
		1,380点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,355点）		
		1,366点
ホ　入院基本料Ｅ	1,342点	
		1,353点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,328点）		
		1,339点
ヘ　入院基本料Ｆ	1,191点	
		1,202点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,177点）		
		1,188点
ト　入院基本料Ｇ	934点	
		945点
（生活療養を受ける場合にあっては、920点）		
		931点
チ　入院基本料Ｈ	887点	
		898点
（生活療養を受ける場合にあっては、873点）		
		884点
リ　入院基本料Ｉ	785点	
		796点
（生活療養を受ける場合にあっては、771点）		
		782点
２　療養病棟入院基本料２		
イ　入院基本料Ａ	1,695点	
		1,706点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,681点）		
		1,692点
ロ　入院基本料Ｂ	1,642点	
		1,653点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,628点）		
		1,639点
ハ　入院基本料Ｃ	1,361点	
		1,372点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,347点）		
		1,358点
ニ　入院基本料Ｄ	1,306点	
		1,317点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,292点）		
		1,303点
ホ　入院基本料Ｅ	1,279点	
		1,290点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,265点）		
		1,276点
ヘ　入院基本料Ｆ	1,128点	
		1,139点

	（生活療養を受ける場合にあっては、1,114点）		1,125点
	ト　入院基本料Ｇ　871点		882点
	（生活療養を受ける場合にあっては、857点）		868点
	チ　入院基本料Ｈ　824点		835点
	（生活療養を受ける場合にあっては、810点）		821点
	リ　入院基本料Ｉ　722点		733点
	（生活療養を受ける場合にあっては、708点）		719点
【注の追加】	（追加）	→	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注５　当該病棟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、介護保険法第８条第25項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下「有料老人ホーム」とい	→	注６　当該病棟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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入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、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点（療養病棟入院基本料１を算定する場合にあっては１日につき300点）を所定点数に加

	う。）等若しくは自宅から入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、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	算する。
【注の見直し】	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ホ　（略） ヘ～リ　（略） ヌ　（略） ル　栄養管理実施加算 ヲ　（略） ワ　褥瘡患者管理加算 カ　慢性期病棟等退院調整加算	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ホ　（略） ヘ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ト～ヌ　（略） ル　療養病棟療養環境改善加算 ヲ　（略） ワ　栄養サポートチーム加算 カ　（略） ヨ　感染防止対策加算 タ　患者サポート体制充実加算 レ　退院調整加算 ソ　救急搬送患者地域連携受入加算 ツ　地域連携認知症支援加算 ネ　総合評価加算 ナ　病棟薬剤業務実施加算

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,447点 ２　10対１入院基本料　1,192点 ３　13対１入院基本料　949点 ４　15対１入院基本料　886点 ５　18対１入院基本料　757点 ６　20対１入院基本料　713点	→ 1,566点 1,311点 1,103点 945点 809点 763点
【注の見直し】	注３　注１及び注２の規定にかかわらず、７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、特別入院基本料を算定する。	→ 注３　注１及び注２の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ　（略） ハ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ニ～タ　（略） レ　栄養管理実施加算	→ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ　（略） ハ　救急医療管理加算 ニ～タ　（略）

	ソ （略）			レ （略） ソ 感染防止対策加算 ツ 患者サポート体制充実加算
	ツ 褥瘡患者管理加算 ネ・ナ （略） ラ 慢性期病棟等退院調整加算 ム・ウ （略）			ネ・ナ （略） ラ 退院調整加算 ム・ウ （略） ヰ 病棟薬剤業務実施加算
Ａ１０３ 精神病棟入院基本料（１日につき）				
【点数の見直し】	1 10対１入院基本料 2 13対１入院基本料 3 15対１入院基本料 4 18対１入院基本料 5 20対１入院基本料	1,240点 920点 800点 712点 658点	→	1,251点 931点 811点 723点 669点
【注の追加】		（追加）	→	注５ 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号Ａ２３８－５に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号Ａ２３８－７に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ　（略） ハ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ニ～ラ　（略） ム　児童・思春期精神科入院医療管理加算 ウ～ノ　（略） オ　栄養管理実施加算 ク　（略） ヤ　褥瘡患者管理加算 マ・ケ　（略） フ　（略）	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ　（略） ハ　救急医療管理加算 ニ～ラ　（略） ム～ヰ　（略） ノ　（略） オ　感染防止対策加算 ク　患者サポート体制充実加算 ヤ・マ　（略） ケ　救急搬送患者地域連携受入加算 フ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算 コ　（略） ヱ　病棟薬剤業務実施加算 テ　データ提出加算
Ａ１０４　特定機能病院入院基本料 （１日につき）		
【点数の見直し】	１　一般病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,555点	1,566点

	ロ　10対１入院基本料	1,300点	1,311点
	２　結核病棟の場合		
	イ　７対１入院基本料	1,447点	1,566点
	ロ　10対１入院基本料	1,192点	1,311点
	ハ　13対１入院基本料	949点	1,103点
	ニ　15対１入院基本料	886点	945点
	３　精神病棟の場合		
	イ　７対１入院基本料	1,311点	1,322点
	ロ　10対１入院基本料	1,240点	1,251点
	ハ　13対１入院基本料	920点	931点
	ニ　15対１入院基本料	839点	850点
【注の見直し】	注２　注１の規定にかかわらず、結核病棟の７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号Ａ１０２に掲げる結核病棟入院基本料の注３に規定する特別入院基本料の例により算定する。	→	注２　注１の規定にかかわらず別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号Ａ１０２に掲げる結核病棟入院基本料の注３に規定する特別入院基本料の例により算定する。
【注の削除】	注５　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厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。	→	（削除）

【注の追加】		（追加）	注５　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき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、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　看護必要度加算１　30点 ロ　看護必要度加算２　15点
【注の追加】		（追加）	注７　注１及び注６の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
【注の追加】		（追加）	注８　注１及び注６の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加		注９　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

	算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　（略） ロ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ハ～オ　（略） ク　児童・思春期精神科入院医療管理加算（精神病棟に限る。） ヤ～フ　（略） コ　栄養管理実施加算 エ・テ　（略） ア　褥瘡患者管理加算 サ～ユ　（略） メ　慢性期病棟等退院調整加算（結核病棟及び一般病棟（特定入院基本料を算定するものに限る。）に限る。） ミ　急性期病棟等退院調整加算（一般病棟（特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。） シ～セ　（略）	算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　（略） ロ　救急医療管理加算 ハ～オ　（略） ク　精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。） ヤ～フ　（略） コ・エ　（略） テ　感染防止対策加算 ア　患者サポート体制充実加算 サ～ユ　（略） メ　退院調整加算（精神病棟を除く。） ミ～モ　（略） セ　病棟薬剤業務実施加算 ス　データ提出加算（結核病棟を除く。）
Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日		

につき）			
【点数の見直し】	1　7対1入院基本料 2　10対1入院基本料 3　13対1入院基本料	1,555点 1,300点 1,092点	→ 1,566点 1,311点 1,103点
【注の追加】		（追加）	→ 注３　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき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、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　看護必要度加算１　30点 ロ　看護必要度加算２　15点
【注の追加】		（追加）	→ 注６　注１及び注５の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
【注の追加】		（追加）	→ 注７　注１及び注５の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当

		する点数により算定する。
【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　（略） ロ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ハ～ラ　（略） ム～ノ　（略） オ　栄養管理実施加算 ク　栄養サポートチーム加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ヤ　（略） マ　褥瘡患者管理加算 ケ・フ　（略） コ　慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。） エ　急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） テ～ユ　（略）	注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　（略） ロ　救急医療管理加算 ハ～ラ　（略） ム　精神科リエゾンチーム加算 ウ～オ　（略） ク　栄養サポートチーム加算 ヤ　（略） マ　感染防止対策加算 ケ　患者サポート体制充実加算 フ・コ　（略） エ　退院調整加算 テ～ユ　（略） メ　病棟薬剤業務実施加算 ミ　データ提出加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。

		）
Ａ１０６　障害者施設等入院基本料 （１日につき）		
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,555点 ２　10対１入院基本料　1,300点 ３　13対１入院基本料　1,092点 ４　15対１入院基本料　954点	→ 1,566点 1,311点 1,103点 965点
【注の見直し】	注３　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。	→ 注３　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） ソ　栄養管理実施加算 ツ　（略）	→ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ　（略） ソ　（略） ツ　感染防止対策加算

	ネ　褥瘡患者管理加算 ナ　（略） ラ　慢性期病棟等退院調整加算 ム・ウ　（略）			ネ　患者サポート体制充実加算 ナ　（略） ラ　退院調整加算 ム・ウ　（略）
Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）				
【点数の見直し】	１　有床診療所入院基本料１		→	
	イ　14日以内の期間	760点		771点
	ロ　15日以上30日以内の期間	590点		601点
	ハ　31日以上の期間	500点		511点
	２　有床診療所入院基本料２			
	イ　14日以内の期間	680点		691点
	ロ　15日以上30日以内の期間	510点		521点
	ハ　31日以上の期間	460点		471点
	３　有床診療所入院基本料３			
	イ　14日以内の期間	500点		511点
	ロ　15日以上30日以内の期間	370点		381点
	ハ　31日以上の期間	340点		351点
【注の追加】		（追加）	→	注２　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と

			して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の追加】		（追加） →	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診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注６　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ロ～レ　（略） ソ　栄養管理実施加算 ツ　（略） ネ　褥瘡患者管理加算 ナ　（略） ラ　急性期病棟等退院調整加算 ム・ウ　（略）	→	注８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　救急医療管理加算 ロ～レ　（略） ソ　有床診療所緩和ケア診療加算 ツ　（略） ネ　感染防止対策加算 ナ　患者サポート体制充実加算 ラ　（略） ム　退院調整加算 ウ・ヰ　（略）

【注の追加】	（追加）	→	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診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。
Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）			
【点数の見直し】	１　入院基本料Ａ　975点 （生活療養を受ける場合にあっては、961点） ２　入院基本料Ｂ　871点 （生活療養を受ける場合にあっては、857点） ３　入院基本料Ｃ　764点 （生活療養を受ける場合にあっては、750点） ４　入院基本料Ｄ　602点 （生活療養を受ける場合にあっては、588点） ５　入院基本料Ｅ　520点 （生活療養を受ける場合にあっては、506点）	→	986点 972点 882点 868点 775点 761点 613点 599点 531点 517点
【注の追加】	（追加）	→	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したもので

			ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の追加】		（追加） →	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診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注６　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ　（略） ニ～ト　（略） チ　（略） リ　栄養管理実施加算 ヌ　（略） ル　褥瘡患者管理加算	→	注８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ　（略） ニ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ホ～チ　（略） リ　診療所療養病床療養環境改善加算 ヌ　（略） ル　有床診療所緩和ケア診療加算 ヲ　（略） ワ　感染防止対策加算 カ　患者サポート体制充実加算

	ヲ　慢性期病棟等退院調整加算		ヨ　退院調整加算 タ　地域連携認知症支援加算 レ　総合評価加算
【注の追加】		（追加） →	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診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。
第２節　入院基本料等加算 Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき）			
【注の見直し】	注　急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対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。）のうち、総合入院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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。	→	注　急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対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、総合入院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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２０５　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算（１日につき）			
【名称の見直し】	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算（１日につき）	→	救急医療管理加算（１日につき）
【項目の見直し】	１　救急医療管理加算　800点 ２　乳幼児救急医療管理加算　200点	→	800点
【注の見直し】	注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療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、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。	→	注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（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、救急医療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、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。

【注の見直し】	注２　乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合に、入院した日から起算して７日を限度として更に所定点数に加算する。	注２　救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注３　救急医療管理加算を算定する患者が６歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。
Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）		
【項目の見直し】	１　連携医療機関である場合　1,300点 ２　１以外の場合　650点	１　別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合　2,500点 ２　連携医療機関である場合（１の場合を除く。）　2,000点 ３　１及び２以外の場合　1,000点
【注の見直し】	注　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる特定施設	注　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる特定施設

	入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、在宅患者緊急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。	入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急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。
Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日） 【注の見直し】	注　診療録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含む。）のうち、診療録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、入院初日に限り所定点数に加算する。	注　診療録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含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録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、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）		
【項目の追加】		
	４　50対１補助体制加算　255点 ５　75対１補助体制加算　180点 ６　100対１補助体制加算　138点	→ ４　30対１補助体制加算　410点 ５　40対１補助体制加算　330点 ６　50対１補助体制加算　255点 ７　75対１補助体制加算　180点 ８　100対１補助体制加算　138点
Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）		
【項目の追加】	１　急性期看護補助体制加算１　120点 ２　急性期看護補助体制加算２　80点	→ １　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　160点 ２　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　140点 ３　50対１急性期看護補助体制加算　120点 ４　75対１急性期看護補助体制加算　80点
【注の追加】	（追加）	→ 注２　夜間における看護業務の補助の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、当該施設基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間50対１急性期看護補助体制加算

			10点 ロ　夜間100対１急性期看護補助体制加算 ５点
【注の追加】		（追加）	注３　１及び２については、夜間における看護職員の配置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、看護職員夜間配置加算として、１日につき50点を更に所定点数に加算する。
Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算（１日につき）			
【注の見直し】	注１　乳幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳未満の乳幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児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、所定点数に加算する。	→	注１　乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している３歳未満の乳幼児（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、乳幼児加算・幼児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、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注２　幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳以上６歳未満の幼児（第１節の入院基本	→	注２　幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している３

	料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児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、所定点数に加算する。	歳以上６歳未満の幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児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、所定点数に加算する。
Ａ２１０　難病等特別入院診療加算 （１日につき）		
【注の見直し】	注１　難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別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、所定点数に加算する。	注１　難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（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、難病等特別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、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注２　二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第６条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第３項に規定する二類感染症の患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定で	注２　二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第６条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第３項に規定する二類感染症の患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（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、難病等特

	きるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	別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、所定点数に加算する。
Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）		
【注の見直し】	注１　超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。	→ 注１　超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注２　準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）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、所定	→ 注２　準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定

	点数に加算する。		している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注３　当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して５日を限度として、在宅重症児（者）受入加算として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。	→	注３　当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注２に規定する小児加算、区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して５日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。
Ａ２１３　看護配置加算（１日につき）			
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による看護を行う病棟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、看護配置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、所定点数に加算する。	→	注　別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による看護を行う病棟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、看護配置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

		に加算する。
Ａ２１４　看護補助加算（１日につき　）		
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による看護を行う病棟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、看護補助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、所定点数に加算する。	注　別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による看護を行う病棟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、看護補助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、所定点数に加算する。
Ａ２１９　療養環境加算（１日につき　）		
【注の見直し】	注　１床当たりの平均床面積が８平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第２項第４号及び高齢者医療確保法第64条第２項第４号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、療養環境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	注　１床当たりの平均床面積が８平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第２項第４号及び高齢者医療確保法第64条第２項第４号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）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（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、療養環境加算を算定できるものを現に算定している

	、所定点数に加算する。	患者に限る。）について、所定点数に加算する。
Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算（１日につき） 【注の見直し】	注　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	注　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（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、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。
Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算（１日につき） 【注の見直し】	注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に	注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（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、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを

	限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。	現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。
Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算（１日につき） 【注の見直し】	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重症者等（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	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重症者等（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、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、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） 【注の見直し】	注　治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（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、小児療養環境特別	注　治療上の必要があって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（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

	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無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	の特定入院料のうち、小児療養環境特別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無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。
Ａ２２２　療養病棟療養環境加算（１日につき）		
【項目の見直し】	1　療養病棟療養環境加算１　132点 2　療養病棟療養環境加算２　115点 3　療養病棟療養環境加算３　90点 4　療養病棟療養環境加算４　30点	1　療養病棟療養環境加算１　132点 2　療養病棟療養環境加算２　115点
【新設】	（新設）	Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算（１日につき） 1　療養病棟療養環境改善加算１　80点 2　療養病棟療養環境改善加算２　20点 注　療養病棟であって、療養環境の改善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保険医療機関が地方生局長等に届け出た病棟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、療養病棟療養環境改善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、所定点数に加算する。
Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算（１日につき）				
【項目の見直し】	１　診療所療養病床療養環境加算１ ２　診療所療養病床療養環境加算２	100点 40点	→	100点
【新設】		（新設）	→	Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算（１日につき）　35点 注　診療所の療養病床であって、療養環境の改善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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。
Ａ２２４　無菌治療室管理加算（１日につき）				
【項目の見直し】		3,000点	→	１　無菌治療室管理加算１　3,000点 ２　無菌治療室管理加算２　2,000点

【注の見直し】	注　治療上の必要があって、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（特別入院基本料等を除く。）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。	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、治療上の必要があっ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（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、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、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。
Ａ２２５　放射線治療病室管理加算（１日につき）		
【注の見直し】	注　治療上の必要があって、保険医療機関において、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。）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に限る。）について、所定点数に加算する。	注　治療上の必要があって、保険医療機関において、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に限る。）について、所定点数に加算する。
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算（１日につき）		

【注の見直し】	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、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、緩和ケア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、所定点数に加算する。	→	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、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、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、緩和ケア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、所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	→	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する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ものにおいては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。
【注の追加】	（追加）	→	注３　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、100点を更に所定点数に加算する。
【新設】	（新設）	→	Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）　150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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算（１日につき）

【点数の見直し】

350点 → 450点

【新設】

（新設） → Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算（週１回）　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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、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、精神科リエゾン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、所定点数に加算する。

Ａ２３１　児童・思春期精神科入院医療管理加算（１日につき） 【削除】	800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厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（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、児童・思春期精神科入院医療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、所定点数に加算する。	→	（削除）
Ａ２３３　栄養管理実施加算（１日につき） 【削除】	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、所定点数に加算する。	→	（削除）

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回）			
【注の見直し】	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理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、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、栄養サポート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、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	→	注１　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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理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、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、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、栄養サポート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、週１回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して30日以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して31日以上180日以内の期間にあっては月１回に限る。）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。
【注の追加】	（追加）	→	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する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ものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100 点を所定点数に加算することができる。
Ａ２３４　医療安全対策加算（入院初日）			
【注の削除】	注２　組織的な感染防止対策に係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入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。	→	（削除）
【新設】		（新設） →	Ａ２３４－２　感染防止対策加算（入院初日） １　感染防止対策加算１　400点 ２　感染防止対策加算２　100点 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節の短期滞在手術基本料の

		うち、感染防止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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。 ２　感染防止対策加算１を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関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ものに入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、更に所定点数に100点を加算する。
【新設】	（新設） →	Ａ２３４－３　患者サポート体制充実加算（入院初日）　70点 注　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節の短期滞在手術基本料のうち、患者サポート体制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、入院初日に限り所定点数に加算する。
Ａ２３５　褥瘡患者管理加算（入院中１回）	20点 →	（削除）

【削除】	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、必要があっ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。	
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回） 【注の見直し】	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、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。	→ 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、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。
Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加		

算（１日につき）		
【点数の見直し】	1,000点	1,200点
【注の見直し】	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、ハイリスク妊娠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、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。	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。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠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、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。
Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算（１日につき）		
【点数の見直し】	3,000点	3,200点
【注の見直し】	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、ハイリスク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ハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限	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。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク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ハイリスク分娩管理を行った場合に

	度として所定点数に加算する。	、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。
Ａ２３８　慢性期病棟等退院調整加算		
【名称の見直し】	慢性期病棟等退院調整加算	→ 退院調整加算（退院時１回）
【項目の見直し】	１　慢性期病棟等退院調整加算１ イ　退院支援計画作成加算（入院中１回）　100点 ロ　退院加算（退院時１回） ⑴　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合　140点 ⑵　障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合　340点 ２　慢性期病棟等退院調整加算２ イ　退院支援計画作成加算（入院中１回）　100点 ロ　退院加算（退院時１回） ⑴　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合　100点	→ １　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又は有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合 イ　14日以内の期間　340点 ロ　15日以上30日以内の期間　150点 ハ　31日以上の期間　50点 ２　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ　30日以内の期間　800点 ロ　31日以上90日以内の期間　600点 ハ　91日以上120日以内の期間　400点 ニ　121日以上の期間　200点

	⑵　障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合　300点	
【注の見直し】	注１　退院支援計画作成加算は、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、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（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、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、所定点数に加算する。	→ 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が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（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、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注２　退院加算は、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、注１に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。	→ 注２　保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として、更に所定点数に300点を加算する。

Ａ２３８－２　急性期病棟等退院調整加算（退院時１回） 【削除】	１　急性期病棟等退院調整加算１　140点 ２　急性期病棟等退院調整加算２　100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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）であって、在宅での療養を希望するもの（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、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。	→ （削除）
Ａ２３８－３　新生児特定集中治療室退院調整加算（退院時１回） 【項目の見直し】	300点	→ １　新生児特定集中治療室退院調整加算１（退院時１回）　600点 ２　新生児特定集中治療室退院調整加算２ イ　退院支援計画作成加算（入院中１回）600点

			ロ　退院加算（退院時１回）　600点
【注の見直し】	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が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（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、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。	→	注１　新生児特定集中治療室退院調整加算１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、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定するものを除く。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（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、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	→	注２　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院支援計画作成加算は、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、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（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、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中に１回に限り、所定点数に加算する。
【注の追加】		（追加） →	注３　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院加算は、退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に１回に限り、更に所定点数に加算する。
Ａ２３８－４　救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）			
【点数の見直し】		500点 →	1,000点
【注の見直し】	注　急性期医療を担う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が、緊急に入院した患者（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、救急搬送患者地域連携紹介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、当該入院した日から起算して５日以内に、当該患者に係る診療情報	→	注　急性期医療を担う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が、緊急に入院した患者（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、救急搬送患者地域連携紹介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、当該入院した日から起算して７日以内に、当該患者に係る診療情報

	を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２３８－２に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)は、別に算定できない。	を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算、区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)は、別に算定できない。
Ａ２３８－５　救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）		
【点数の見直し】	1,000点	→ 2,000点
【新設】	（新設）	→ Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）　1,000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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介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、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）　2,000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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－６に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、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、精神科救急搬送患者地域連携受入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。

【新設】

（新設）

Ａ２３８－８　地域連携認知症支援加算　1,500点

注　認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関の病棟（区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟（以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。）に限る。）に転院させた場合であって、当該転院の日から60日以内に、当該認知症治療

病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症支援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、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

Ａ２３８－９　地域連携認知症集中治療加算（退院時１回）　1,500点

注　認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第３節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治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、退院時に所定点数に加算する。

Ａ２４０　総合評価加算（入院中１回）

【点数の見直し】	50点	100点
Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算（週１回）		
【注の見直し】	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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケア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、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。	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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、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、呼吸ケア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、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。
Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算（入院初日）		
【項目の見直し】	30点	１　後発医薬品使用体制加算１　35点 ２　後発医薬品使用体制加算２　28点

【注の見直し】	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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用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、入院初日に限り所定点数に加算する。	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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、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、後発医薬品使用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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。
【新設】	（新設）	Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算（週１回）　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、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務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、週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して４週間を限度とする。

【新設】	（新設） →	Ａ２４５　データ提出加算（入院中１回） １　データ提出加算１ イ　200床以上の病院の場合　100点 ロ　200床未満の病院の場合　150点 ２　データ提出加算２ イ　200床以上の病院の場合　110点 ロ　200床未満の病院の場合　160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、手術の実施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に、当該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、データ提出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、入院中１回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。
第３節　特定入院料		
Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　救命救急入院料１ →	

イ　３日以内の期間	9,700点	9,711点
ロ　４日以上７日以内の期間	8,775点	8,786点
ハ　８日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
２　救命救急入院料２		
イ　３日以内の期間	11,200点	11,211点
ロ　４日以上７日以内の期間	10,140点	10,151点
ハ　８日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
３　救命救急入院料３		
イ　救命救急入院料		
⑴　３日以内の期間	9,700点	9,711点
⑵　４日以上７日以内の期間	8,775点	8,786点
⑶　８日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
⑴　３日以内の期間	9,700点	9,711点
⑵　４日以上７日以内の期間	8,775点	8,786点
⑶　８日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点
４　救命救急入院料４		
イ　救命救急入院料		
⑴　３日以内の期間	11,200点	11,211点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,140点	10,151点
⑶　８日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
⑴　３日以内の期間	11,200点	11,211点
⑵　４日以上７日以内の期間	10,140点	10,151点
⑶　８日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
⑷　15日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

【注の見直し】

注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも	注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも

	の又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第１項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。	の又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第１項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。
【注の見直し】	注８　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～チ　（略）	注８　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）

Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　特定集中治療室管理料１	
	イ　７日以内の期間　9,200点	9,211点
	ロ　８日以上14日以内の期間　7,700点	7,711点
	２　特定集中治療室管理料２	
	イ　特定集中治療室管理料	
	⑴　７日以内の期間　9,200点	9,211点
	⑵　８日以上14日以内の期間　7,700点	7,711点
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	⑴　７日以内の期間　9,200点	9,211点
	⑵　８日以上60日以内の期間　7,890点	7,901点
【注の見直し】	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、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	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、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
	イ　７日以内の期間　1,500点	イ　７日以内の期間　2,000点
	ロ　８日以上14日以内の期間　1,000点	ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点
【注の見直し】	注３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室	注３　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室

	管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。） ハ～チ　（略）	管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	4,500点 →	4,511点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診 →	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診

	療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。） ハ～チ　（略）	療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき） 【点数の見直し】	5,700点	→ 5,711点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、	→ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対

	褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。） ハ～チ　（略）		策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）
【新設】	（新設）	→	Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき） １　７日以内の期間　15,500点 ２　８日以上14日以内の期間　13,500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、15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。 ２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加

		算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料
Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　新生児特定集中治療室管理料１ 10,000点 ２　新生児特定集中治療室管理料２ 6,000点	→ 10,011点 6,011点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作	→ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作

	業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～チ　（略）	業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　母体・胎児集中治療室管理料　7,000点 ２　新生児集中治療室管理料　10,000点	→ 7,011点 10,011点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算	→ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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

	、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～リ　（略）	、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～リ　（略）
Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき） 【点数の見直し】	5,400点	→ 5,411点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。） ハ～チ　（略）	→ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７日以内の期間　8,890点 ２　８日以上14日以内の期間　7,690点	→ 8,901点 7,701点
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～チ　（略）	→ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） ハ～チ　（略）
Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）		

【点数の見直し】		1,943点	1,954点
【注の見直し】	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。		注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。		注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。
Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき）			
【点数の見直し】	１　小児入院医療管理料１	4,500点	4,511点

2　小児入院医療管理料２	4,000点	4,011点
3　小児入院医療管理料３	3,600点	3,611点
4　小児入院医療管理料４	3,000点	3,011点
5　小児入院医療管理料５	2,100点	2,111点

【注の見直し】

注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。	→ 注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

【注の見直し】

注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院	→ 注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定す

	診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。	る臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。
【注の見直し】	注６　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡（じょくそう）患者管理加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、	注６　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及

	小児入院医療管理料５に含まれるものとする。		びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。
Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）			
【項目の見直し】	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１ 1,720点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,706点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 1,600点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,586点）	→	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１ 1,911点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,897点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 1,761点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,747点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３ 1,611点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,597点）
【注の削除】	注２　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する患者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、重症患者回復病棟加算として、患者１人につき１日につき所定点数に50点を加算する。	→	（削除）
【注の見直し】	注５　診療に係る費用（注２、注３及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章	→	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部

	第７部リハビリテーションの費用、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（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	在宅医療及び第７部リハビリテーションの費用、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（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３０８－２　亜急性期入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　亜急性期入院医療管理料１　2,050点 ２　亜急性期入院医療管理料２　2,050点	→ 2,061点 1,911点
【注の見直し】	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病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料２については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があって亜急性期入院医療	→ 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病室を有する保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料１については、当該届出に係る病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料２を算定する患者を除く。）に対して、亜急性期入院医療管理料２について

	管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料１については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料２については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、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算定する。		は、当該届出に係る病室に入院している患者であって、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、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算定する。
【注の追加】		（追加） →	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する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病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、亜急性期入院医療管理料１又は亜急性期入院医療管理料２について、所定点数に代えて、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ1,761点又は1,661点を算定することができる。
【注の見直し】	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 →		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

	た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、１日につき所定点数に50点を加算する。		た病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料２を算定する患者に限る。）については、リハビリテーション提供体制加算として、１日につき所定点数に50点を加算する。
【注の見直し】	注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第２章第１部医学管理等、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置（所定点数（第１節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとす	→	注４　診療に係る費用（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、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第２章第１部医学管理等、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置（所定点数（第１節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料１に含まれるものとする。
【注の追加】	（追加）	→	注５　診療に係る費用（注３に規定する加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテー

				ション、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料２に含まれるものとする。
Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）				
【点数の見直し】	１　特殊疾患病棟入院料１ ２　特殊疾患病棟入院料２	1,943点 1,570点	→	1,954点 1,581点
【注の見直し】	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。		→	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整		→	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算

	加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。		並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）			
【項目の見直し】	3,780点	→	1　30日以内の期間　4,791点 2　31日以上60日以内の期間　4,291点 3　61日以上の期間　3,291点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	→	注２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１１　精神科救急入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　精神科救急入院料１	
	イ　30日以内の期間　3,451点	3,462点
	ロ　31日以上の期間　3,031点	3,042点
	２　精神科救急入院料２	
	イ　30日以内の期間　3,251点	3,262点
	ロ　31日以上の期間　2,831点	2,842点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、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、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

Ａ３１１―２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,920点 ロ　31日以上の期間　1,600点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,820点 ロ　31日以上の期間　1,500点	→ 1,931点 1,611点 1,831点 1,511点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。	→ 注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　30日以内の期間　3,451点 ２　31日以上の期間　3,031点	→ 3,462点 3,042点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	→ 注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
【新設】	（新設）	→ Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）　2,911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病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を

			算定する。ただし、当該病棟又は治療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、区分番号Ａ１０３に掲げる精神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。 ２　診療に要する費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院料に含まれるものとする。
Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）			
	1,050点	→	1,061点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患	→	注２　診療に係る費用（注３、注４及び注５に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患

	者管理加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。		者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注４　別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、１日につき40点を所定点数に加算する。	→	注４　別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、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、重症者加算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入院している患者についてのみ加算する。 イ　重症者加算１　60点 ロ　重症者加算２　30点
【注の追加】	（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、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に500点を加算する。
Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１			

日につき）		
【項目の見直し】	1　認知症治療病棟入院料１ イ　60日以内の期間　1,450点 ロ　61日以上の期間　1,180点 2　認知症治療病棟入院料２ イ　60日以内の期間　1,070点 ロ　61日以上の期間　970点	→ 1　認知症治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,761点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,461点 ハ　61日以上の期間　1,171点 2　認知症治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,281点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,081点 ハ　61日以上の期間　961点
【注の見直し】	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病院である保険医療機関において、当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。	→ 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病院である保険医療機関において、当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に300点を加算する。
【注の追加】	（追加）	→ 注３　当該病棟が、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である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、１日につき84点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第	→ 注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する

	２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。		加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
【新設】		（新設） →	Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき） １　特定一般病棟入院料１　1,103点 ２　特定一般病棟入院料２　945点 注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 ２　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、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　14日以内の期間　450点

ロ　15日以上30日以内の期間　192点

3　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4　当該病棟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介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

5　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厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。

6　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、

診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算及び後発医薬品使用体制加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7　当該病棟の病室のうち、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ものに入院する患者（注９に規定する患者を除く。）に対し、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して

60日を限度として、1,761点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、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算定する。

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（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、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第２章第１部医学管理等、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置（所定点数（第１節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

９　当該病棟の病室のうち、注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する患者であって区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,661点を算定する。ただし、当該病室に入

院した患者が算定要件に該当しない場合は区分番号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算定する。

10　注９本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（注11に規定する加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、第２章第２部在宅医療及び第７部リハビリテーションの費用、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

11　注９本文の規定により所定点数を算定する場合においては、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病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、１日につき所定点数に50点を加算する。

12　注１から注６までの規定にかかわらず、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（注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定

		する。
第４節　短期滞在手術基本料		
Ａ４００　短期滞在手術基本料		
【点数の見直し】	２　短期滞在手術基本料２（１泊２日の場合） 4,800点 （生活療養を受ける場合にあっては、4,772点） ３　短期滞在手術基本料３（４泊５日までの場合） 5,670点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,600点）	→ 4,822点 4,794点 5,703点 5,633点
【注の見直し】	注３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料１に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　血液形態・機能検査 末梢血液像及び末梢血液一般検査 ハ　出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間 ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（ＢＵＮ）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グ	→ 注３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料１に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査 ハ　出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（PT）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ） ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素

窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カルシウム

ホ　感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・

ルタミールトランスペプチダーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（ＬＤ）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチン・ホスホキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、Ｐ及びＨＰＯ$_4$、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カルシウム

ホ　感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンＯ価（ＡＳＯ価）、抗ストレプトキナーゼ価（ＡＳＫ価）、ＴＰＨＡ試験（定性）、ＨＩＶ－１抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザｂ型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、ＲＳウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原（定性、半定量）及びＨＣＶ抗体価（定性、定量）

	ト～ヲ　（略）	髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性 ヘ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量 ト～ヲ　（略）
【注の見直し】	注４　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料２に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及び栄養管理実施加算を除く。） ハ　（略）	注４　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料２に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く。） ハ　（略）
【注の見直し】	注５　第１章基本診療料、第２章第１部医学管理等、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料３に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号Ａ２１８に掲げる地域加算、区分番	注５　第１章基本診療料、第２章第１部医学管理等、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料３に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号Ａ２１８に掲げる地域加算、区分番

	号Ａ２１８－２に掲げる離島加算、区分番号Ａ２３３に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号Ａ２３４に掲げる医療安全対策加算を除く。） ハ～ル　（略）	号Ａ２１８－２に掲げる離島加算、区分番号Ａ２３４に掲げる医療安全対策加算、区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染防止対策加算、区分番号Ａ２３４－３に掲げる患者サポート体制充実加算及び区分番号Ａ２４５に掲げるデータ提出加算を除く。） ハ～ル　（略）

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第１部　医学管理等 Ｂ００１　特定疾患治療管理料 ３　悪性腫瘍特異物質治療管理料		
【注の見直し】	注１　イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
【注の見直し】	注２　ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

4　小児特定疾患カウンセリング料		
【注の見直し】	注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２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。	注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２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。
5　小児科療養指導料		
【注の見直し】	注１　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月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又は区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月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又は区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

7　難病外来指導管理料 【点数の見直し】	250点	270点
9　外来栄養食事指導料 【注の見直し】	注　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特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって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。	注　別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって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。
10　入院栄養食事指導料 【注の見直し】	注　入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。

11　集団栄養食事指導料		
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。	→ 注　別に厚生労働大臣が定める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特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。
12　心臓ペースメーカー指導管理料		
【点数の見直し】	イ　遠隔モニタリングによる場合　460点 ロ　イ以外の場合　320点	→ 550点 360点
14　高度難聴指導管理料		
【点数の見直し】	イ　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳埋込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　480点 ロ　イ以外の場合　400点	→ 500点 420点
15　慢性維持透析患者外来医学管理料		

【注の見直し】

注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、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)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ　（略）

ロ　尿沈渣顕微鏡検査

ハ　糞便検査

潜血反応検査、糞便中ヘモグロビン定性

ニ　血液形態・機能検査

赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ　出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

ヘ　血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素（ＢＵＮ）、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ－グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチン・ホスホキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、Ｐ及びHPO_4、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、遊離脂

→

注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、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)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ　（略）

ロ　尿沈渣（鏡検法）

ハ　糞便検査

糞便中ヘモグロビン定性

ニ　血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）

ホ　出血・凝固検査

出血時間、全血凝固時間

ヘ　血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Ｆｅ）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニ

肪酸、グリコアルブミン、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、1，25ジヒドロキシビタミンD_3（1，25（OH）$_2D_3$）、HDL－コレステロール、LDL－コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン	ンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、1，25－ジヒドロキシビタミンD3、HDL－コレステロール、LDL－コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン
ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T_3）、サイロキシン（T_4）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、C－ペプタイド（CPR）、遊離サイロキシン（FT_4）、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）	ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T_3）、サイロキシン（T_4）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、C－ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（FT_4）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、脳性Na利尿ペプチド（BNP）
チ　感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査	チ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）
リ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価（定性、定量）	リ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量
ヌ　血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン、補体蛋白（C_3）、補体蛋白（C_4）、トランスフェリン、β_2－マイクログロブリン（β_2－m）	ヌ　血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン、C3、C4、トランスフェリン（Tf）、β_2－マイクログロブリン
ル～ワ　（略）	ル～ワ　（略）

16　喘息治療管理料		
【注の見直し】	注１　入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて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。	注１　別に厚生労働大臣が定める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喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて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。
18　小児悪性腫瘍患者指導管理料		
【点数の見直し】	500点	550点
【注の見直し】	注１　小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科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　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。
19　埋込型補助人工心臓指導管理料		

【削除】	6,000点	→	（削除）
	注　第10部手術の通則第４号に規定する区分番号Ｋ６０４に掲げる埋込型補助人工心臓に係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、体内埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。		
22　がん性疼痛緩和指導管理料			
【項目の見直し】	100点	→	１　緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合　200点 ２　１以外の場合　100点
【注の追加】	（追加）	→	注２　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50点を加算する。
23　がん患者カウンセリング料			
【注の見直し】	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	→	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

	保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。		険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの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。
【新設】	（新設）	→	24　外来緩和ケア管理料　300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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　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150点を加算する。

		3　区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。
【新設】	（新設）	25　移植後患者指導管理料 1　臓器移植後の場合　300点 2　造血幹細胞移植後の場合　300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、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　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。
【新設】	（新設）	26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点 注１　植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

		2　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
【新設】	（新設）	27　糖尿病透析予防指導管理料　350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、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。 ３　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。
Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）		

【注の見直し】	注３　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注３及び注４に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料(同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注４及び注５に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注３及び注４に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注４及び注５に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。	注３　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注６及び注７に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料(同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５及び注６に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注４及び注５に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注６及び注７に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。
Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料		
【点数の見直し】	１　地域連携小児夜間・休日診療料１　400点	450点

	２　地域連携小児夜間・休日診療料２　550点	600点
【注の削除】	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小児科を標榜する保険医療機関において、患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合には、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。	（削除）
Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料		
【注の見直し】	注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。
Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料		
【点数の見直し】	100点	200点
【新設】	（新設）	Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料

			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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
【新設】		（新設） →	Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料 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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。
【新設】		（新設） →	Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料１　　69点
２　外来リハビリテーション診療料２　　104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、リハビリテーション（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、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号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及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係

る区分番号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及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

【新設】

（新設）

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料

280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、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。

２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料は、算定しない。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

【注の見直し】	注１　許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる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。	注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる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。
【注の見直し】	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を除く。）、第３部検査、第５部投薬、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。	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５部投薬、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。
Ｂ００１－４　手術前医学管理料		
【注の見直し】	注５　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の	注５　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の

検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ　（略）

ロ　血液形態・機能検査

末梢血液像及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（ＢＵＮ）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ－グルタミールトランスペプチダーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（ＬＤ）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチン・ホスホキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、Ｐ及びHPO_4、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カ

検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ　（略）

ロ　血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間（ＰＴ）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラ

	ルシウム ホ　感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ＡＳＯ価）、抗ストレプトキナーゼ価（ＡＳＫ価）、ＴＰＨＡ試験（定性）、ＨＩＶ－１抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザｂ型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、ＲＳウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査 へ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢs抗原（定性、半定量）及びＨＣＶ抗体価（定性、定量） ト～ヌ　（略）	ギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カルシウム ホ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンO（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンO（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンO（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性 へ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢs抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量 ト～ヌ　（略）
Ｂ００１－５　手術後医学管理料（１日につき） 【注の見直し】	注３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ・ロ　（略）	注３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ・ロ　（略）

	ハ　血液形態・機能検査 　赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査 ニ　血液化学検査 　総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（ＢＵＮ）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ－グルタミールトランスペプチダーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（ＬＤ）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチン・ホスホキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、Ｐ及びHPO_4、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析 ホ～ヌ　（略）	ハ　血液形態・機能検査 　赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査 ニ　血液化学検査 　総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析 ホ～ヌ　（略）

Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料		
【注の見直し】	注２　注１に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、１回に限り算定する。	注２　注１に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号Ｂ００５－６の注１に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、１回に限り算定する。
Ｂ００４　退院時共同指導料１		
【注の追加】	（追加）	注２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。
Ｂ００５　退院時共同指導料２		
【注の見直し】	注１　入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を	注１　入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

	得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。		得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。
【注の追加】		（追加） →	注４　注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
Ｂ００５－２　地域連携診療計画管理料			

【注の見直し】	注４　区分番号Ａ２３８に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号Ａ２３８－２に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号Ａ２３８－４に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。	→ 注４　区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算、区分番号Ａ２３８－４に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。
Ｂ００５－３　地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)		
【注の見直し】	注５　区分番号Ａ２３８に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号Ａ２３８－２に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号Ａ２３８－５に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。	→ 注５　区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算、区分番号Ａ２３８－５に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。
Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)		
【点数の見直し】	500点	→ 800点

Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)		
【点数の見直し】	350点	500点
Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料		
【項目の見直し】	750点	１　がん治療連携計画策定料１　750点 ２　がん治療連携計画策定料２　300点
【注の見直し】	注１　入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、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院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に１回に限り所定点数を算定する。	注１　がん治療連携計画策定料１については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、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院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（が

			んと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に１回に限り所定点数を算定する。
【注の追加】		（追加）	注２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。
【注の見直し】	注２　注１の規定に基づく当該別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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注３　注１及び注２の規定に基づく当該別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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料			
【注の見直し】	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（計画策定病院を除く。）が、区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連	→	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（計画策定病院を除く。）が、区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連

	携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。		携計画策定料１又はがん治療連携計画策定料２を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。
【新設】		（新設） →	Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料　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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。
Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料			
【項目の見直し】	500点	→	１　認知症専門診断管理料１　700点 ２　認知症専門診断管理料２　300点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	→	注１　認知症専門診断管理料１については、別に

	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、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のものに対して、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。		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、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。
【注の追加】		（追加） →	注２　認知症専門診断管理料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が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】	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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】	（新設）	Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料　　350点 注１　当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。 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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 ３　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料		
【点数の見直し】	410点	555点
【注の見直し】	注１　入院期間が１月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中１回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、２回）に限り算定する。	注１　入院期間が１月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中１回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、２回）に限り算定する。
Ｂ００８　薬剤管理指導料		
【注の削除】	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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中１回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第２部　在宅医療 第１節　在宅患者診療・指導料 Ｃ０００　往診料 【注の見直し】	注１　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往診については325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。	注１　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往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　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保険医が行う場合 (1)　病床を有する場合 ①　緊急に行う往診　850点

			② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,700点 ③ 深夜の往診 2,700点 (2) 病床を有しない場合 ① 緊急に行う往診 750点 ② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,500点 ③ 深夜の往診 2,500点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1) 緊急に行う往診 650点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 1,300点 (3) 深夜の往診 2,300点 ニ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1) 緊急に行う往診 325点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 650点 (3) 深夜の往診 1,300点
Ｃ００１ 在宅患者訪問診療料（１日につき） 【項目の見直し】	1 同一建物居住者以外の場合 830点 2 同一建物居住者の場合 200点	→	1 同一建物居住者以外の場合 830点 2 同一建物居住者の場合 イ 特定施設等に入居する者の場合 400点 ロ イ以外の場合 200点

【注の見直し】	注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、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又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。	→	注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、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又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。
【注の追加】	（追加）	→	注２　２のイについては、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、２のロについては、在宅で療養を

		行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（２のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、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又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。
【注の見直し】	注３　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。	注４　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に400点を加算する。
【注の見直し】	注５　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関	注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

	又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）には、所定点数に10,000点を加算する。		イ　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 (1)　病床を有する場合　6,000点 (2)　病床を有しない場合　5,000点 ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合　4,000点 ハ　イ及びロに掲げるもの以外の場合　3,000点
【注の追加】		（追加）	注７　往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注６　患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注５のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。	→	注８　患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注７の加算を算定する場合は、算定できない。
【注の見直し】	注８　往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。	→	注10　往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。
Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月			

１回）		
【項目の見直し】	１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　4,500点 ２　１以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　2,500点	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 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　5,000点 (2)　処方せんを交付しない場合　5,300点 ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　4,600点 (2)　処方せんを交付しない場合　4,900点 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 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　4,500点 ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合　2,500点
Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料（月１回）		
【項目の見直し】	１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合	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　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点 2　1以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,500点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点	イ　病床を有する場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,600点 (2)　処方せんを交付しない場合　3,900点 ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,300点 (2)　処方せんを交付しない場合　3,600点 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 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,000点 ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点 3　1及び2に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,500点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点
Ｃ００３　在宅末期医療総合診療料（１日につき）		
【名称の見直し】	在宅末期医療総合診療料（１日につき）	→ 在宅がん医療総合診療料（１日につき）
【項目の見直し】	1　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,495点 2　1以外の場合　1,685点	→ 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 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,800点

			(2)　処方せんを交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,650点 (2)　処方せんを交付しない場合　1,850点 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 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,495点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,685点
Ｃ００４　救急搬送診療料			
【注の追加】		（追加） →	注３　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。
Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）			
【項目の追加】		（追加） →	３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点
【注の見直し】	注１　保険医療機関が、在宅で療養を行っている	→	注１　１及び２については、保険医療機関が、在

	患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。以下注７及び注８において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については１月に２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。		宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。
【注の追加】	（追加）	→	注２　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が、在宅で療養を行っている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又は真皮を越える

		褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。
【注の見直し】	注２　注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。	注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。
【注の見直し】	注３　患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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、１日につき所定点数に265点を加算する。	注４　１及び２については、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、１日につき所定点数に265点を加算する。

【注の見直し】	注４　別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回に限り、所定点数に520点を加算する。	注５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り、所定点数に520点を加算する。
【注の見直し】	注５　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。	注６　１及び２については、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。
【注の見直し】	注６　同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週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。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　430点	注７　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週１日に限り算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と

	ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　380点	同時に訪問看護・指導を行う場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　300点
【注の見直し】	注７　訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り所定点数に300点を加算する。	→ 注８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り所定点数に300点を加算する。
【注の見直し】	注８　保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、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	→ 注９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医で

	薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り所定点数に200点を加算する。	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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り所定点数に200点を加算する。
【注の見直し】	注９　在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。	注10　１及び２については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。
【注の見直し】	注10　訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して１月以内の期間に４回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。	注11　１及び２については、訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要

	0点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。		とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。
【注の追加】		（追加） →	注12　１及び２については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。区分番号Ｃ００５－１－２において同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。区分番号Ｃ００５－１－２において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。
【注の追加】		（追加） →	注13　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。
Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）			

【項目の追加】		（追加） →	３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点
【注の見直し】	注１　保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。以下注７及び注８において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については１月に２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。	→	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。
【注の追加】		（追加） →	注２　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が、在宅で療

		養を行っている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又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。
【注の見直し】	注２　注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。	→ 注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。
【注の見直し】	注３　患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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、１日につき所定点数に265点を加算する。	→ 注４　１及び２については、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、１日につき所定点数に265点を加算する。

【注の見直し】	注４　別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回に限り、所定点数に520点を加算する。	注５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り、所定点数に520点を加算する。
【注の見直し】	注５　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。	注６　１及び２については、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。
【注の見直し】	注６　同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週１日に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師	注７　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週１日に限り算定する。

	と同時に訪問看護・指導を行った場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合　380点	イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　300点
【注の見直し】	注７　訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月１回に限り所定点数に300点を加算する。	注８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月１回に限り所定点数に300点を加算する。
【注の見直し】	注８　保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の	注９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当

	保険医等、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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り所定点数に200点を加算する。	該他の保険医療機関の保険医等、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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り所定点数に200点を加算する。
【注の見直し】	注９　在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。	注10　１及び２については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。
【注の見直し】	注10　訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して１月以内の期間に４回以上の訪問看護・指導を行	注11　１及び２については、訪問看護・指導に関して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者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管

	い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。		理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、所定点数に500点を加算する。
【注の追加】		（追加） →	注12　１及び２については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。
【注の追加】		（追加） →	注13　同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。
Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（１単位）			

【注の追加】		（追加）	注２　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注１の規定にかかわらず、６月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、１と２を合わせて１日４単位に限り、算定する。
Ｃ００７　訪問看護指示料			
【注の見直し】	注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、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に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。		注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は複合型サービス事業を行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも

			訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、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に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　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、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、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に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者１人につき月１回（別に厚生労働大臣が定める者については月２回）に限り、所定点数に100点を加算する。	→	注２　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、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、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に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回に限り、所定点数に100点を加算する。
【注の追加】	（追加）	→	注３　訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。
【新設】	（新設）	→	Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料　240点 注　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第３項に

		規定する訪問入浴介護、同条第７項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第８条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。
第２節　在宅療養指導管理料 第１款　在宅療養指導管理料 通則 【通則の見直し】	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（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又は	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（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又は

	Ｃ１０７－２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、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２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、紹介が行われた月に限り、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。		Ｃ１０７－２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、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２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、紹介が行われた月に限り、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。
Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料			
【項目の見直し】	820点	→	１　複雑な場合　1,230点 ２　１以外の場合　820点
【新設】	（新設）	→	Ｃ１０１－３　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料　150点 注　妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の

		患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。
Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料 【点数の見直し】	3,800点 →	4,000点
【新設】	（新設） →	Ｃ１０５―２　在宅小児経管栄養法指導管理料　1,050点 注　在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
【新設】	（新設） →	Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍（しゅよう）の鎮痛療法又は化学療法

		に関する指導管理を行った場合に算定する。
【新設】	（新設） →	Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料　810点 注１　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 ２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
【新設】	（新設） →	Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料　810点 注１　てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においてでんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 ２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指		

導管理料 【点数の見直し】	500点 →	1,000点
【新設】	（新設） →	Ｃ１１５　在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料　6,000点 注　第10部手術の通則第４号に規定する区分番号Ｋ６０４に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流型）に係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、体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
【新設】	（新設） →	Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　45,000点 注　第10部手術の通則第４号に規定する区分番号Ｋ６０４－２に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係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、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行っ

		た場合に、月１回に限り算定する。
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		
【注の見直し】	注１　１から３までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己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。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者	注１　１から３までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己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。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ニ　妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）
【注の見直し】	注２　４から６までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限	注２　４から６までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己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。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限

	る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者		る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ　妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）
Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算 【項目の見直し】		1,500点 →	1　プログラム付きシリンジポンプ　2,500点 2　１以外のシリンジポンプ　1,500点
Ｃ１５７　酸素ボンベ加算 【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	→	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算 【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合	→	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合

	に、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５７に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。	に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５７に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。
Ｃ１５９　液化酸素装置加算		
【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算		
【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１６１　注入ポンプ加算		
【注の見直し】	注　在宅中心静脈栄養法若しくは在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは	注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性

	化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１６２　在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算		
【名称の見直し】	在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算	→ 在宅経管栄養法用栄養管セット加算
【注の見直し】	注　在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	→ 注　在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１６４　人工呼吸器加算		
【点数の見直し】	１　陽圧式人工呼吸器　7,000点 ２　人工呼吸器　6,000点 ３　陰圧式人工呼吸器　7,000点	→ 7,480点 6,480点 7,480点
Ｃ１６５　経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算		
【注の見直し】	注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の	→ 注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の

	患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。		患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１６７　疼痛管理用送信器加算			
【名称の見直し】	疼痛管理用送信器加算	→	疼痛等管理用送信器加算
【注の見直し】	注　疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	→	注　　疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ１７０　排痰補助装置加算			
【注の見直し】	注　人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	→	注　人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第３部　検査		
第１節　検体検査料		
第１款　検体検査実施料		
Ｄ００６　出血・凝固時間		
【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から24までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目又は４項目　530点 ロ　５項目以上　750点	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目又は４項目　530点 ロ　５項目以上　744点
Ｄ００８　内分泌学的検査		
【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の10から21までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目以上５項目以下　410点 ロ　６項目又は７項目　630点	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の11から29までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目以上５項目以下　410点 ロ　６項目又は７項目　630点

	ハ　８項目以上　900点	ハ　８項目以上　900点
Ｄ００９　腫瘍マーカー		
【注の見直し】	注２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から14までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　230点 ロ　３項目　290点 ハ　４項目以上　420点	注２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から15までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　230点 ロ　３項目　290点 ハ　４項目以上　420点
Ｄ０１２　感染症免疫学的検査		
【注の見直し】	11 注　同一検体についてウイルス抗体価（半定量）の測定を行った場合は、８項目を限度として算定する。	11 注　同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、８項目を限度として算定する。
Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査		
【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から11までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目　290点	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から12までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目　290点

	ロ　４項目　360点 ハ　５項目以上　494点	ロ　４項目　360点 ハ　５項目以上　484点
Ｄ０１４　自己抗体検査		
【注の見直し】	注　本区分の９及び10に掲げる検査を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320点又は490点を算定する。	注　本区分の９から11までに掲げる検査を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320点又は490点を算定する。
Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査		
【注の見直し】	11 注　特異的ＩgＥ検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から１回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	11 注　特異的ＩｇＥ半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から１回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査		
【注の見直し】	6 注　ＨＰＶ核酸同定検査については、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、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者に対して行っ	6 注　ＨＰＶ核酸検出については、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、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者に対して行った場

	た場合に限り算定する。	合に限り算定する。
Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき）		
【注の見直し】	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ロ　（略） ハ　尿沈渣顕微鏡検査 ニ～ト（略） チ　血液細胞核酸増幅同定検査（造血器腫瘍核酸増幅同定検査） リ～ヌ　（略） ル　感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ＡＳＯ価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、ＴＰＨＡ試験、ＴＰＨＡ試験（定性）及びＨＩＶ－１抗体価 ヲ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原（定性、半定量）、ＨＢｓ抗体価（半定量）、ＨＢs抗原、ＨＢs抗体価、ＨＣＶ抗体価（定性、定量）及びＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ロ　（略） ハ　尿沈渣（鏡検法） ニ～ト　（略） チ　造血器腫瘍遺伝子検査 リ～ヌ　（略） ル　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量、梅毒トレポネーマ抗体定性及びＨＩＶ－１抗体 ヲ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、ＨＢs抗原、ＨＢs抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

	ワ　自己抗体検査 寒冷凝集反応及びリウマトイド因子 カ　（略） ヨ　（略）		ワ　自己抗体検査 寒冷凝集反応、リウマトイド因子（ＲＦ）半定量及びリウマトイド因子（ＲＦ）定量 カ　（略） ヨ　（略）
第２款　検体検査判断料 Ｄ０２６　検体検査判断料			
【注の追加】		（追加） →	注５　区分番号Ｄ００５の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、所定点数に240点を加算する。
第３節　生体検査料 Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）			
【注の見直し】	注３　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。	→	注３　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。
【注の見直し】	注４　厚生労働大臣の定める施設基準を満たす保	→	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

	険医療機関において血管内視鏡検査を実施した場合は所定点数に300点を加算する。		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、血管内視鏡検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。
【注の追加】		（追加） →	注８　心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。
【新設】		（新設） →	Ｄ２１１－３　時間内歩行試験　560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行われる場合に限り算定する。 ２　区分番号Ｄ００７の30に掲げる血液ガス分析、Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査及びＤ２２０からＤ２２３－２に掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】		（新設） →	Ｄ２２１－２　筋肉コンパートメント内圧測定　620点 注　筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、

			感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず１回のみ算定する。
【新設】		（新設） →	Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験 980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。
Ｄ２３９　筋電図検査			
【注の見直し】	注１　２について、２神経以上に対して行う場合には、１神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。 →		注１　２について、２神経以上に対して行う場合には、１神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。
Ｄ２５６　眼底カメラ撮影			
【注の追加】		（追加） →	注２　広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、所定点数に100点を加算する。

【新設】	（新設）	Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料　250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１月に１回に限り算定する。
Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験 【注の見直し】	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、年２回に限り算定する。	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、２月に１回に限り算定する。
第４節　診断穿刺・検体採取料 Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検 【注の見直し】	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｄ４１５ 経気管肺生検法 【注の新設】	（新設） →	注１　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、所定点数に500点を加算する。 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、ＣＴ透視下に当該検査を行った場合は、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に1,000点を加算する。

別表1

第3部　検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節　検体検査料					
第1款　検体検査実施料					
（尿・糞便等検査）					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	7	D001 1	
D001 2	VMA定性（尿）	9	9	D001 2	（名称の変更）
D001 2	Bence Jones蛋白定性（尿）	9	9	D001 2	（名称の変更）
D001 2	尿グルコース	9	9	D001 2	
D001 3	ポルフィリン定性	10	－	－ －	（削除）
D001 3	アミラーゼ（定性、半定量）	10	－	－ －	（削除）
D001 4	ビリルビン	12	－	－ －	（削除）
D001 5	ウロビリン	16	－	－ －	（削除）
D001 5	ウロビリノゲン（尿）	16	16	D001 3	（名称の変更）
D001 5	先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）	16	16	D001 3	（名称の変更）
D001 5	尿浸透圧	16	16	D001 3	
D001 6	ポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）	17	17	D001 4	（名称の変更）
D001 7	Ｎ－アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿）	41	41	D001 5	（名称の変更）
D001 8	アルブミン定性（尿）	49	49	D001 6	（名称の変更）
D001 9	黄体形成ホルモン（LH）定性（尿）	72	72	D001 7	（名称の変更）
D001 9	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿）	72	72	D001 7	（名称の変更）
D001 10	アルブミン定量（尿）	115	113	D001 8	（名称の変更）
D001 10	トランスフェリン（尿）	115	115	D001 9	（名称の変更）
D001 10	ウロポルフィリン（尿）	115	115	D001 9	（名称の変更）
D001 10	δアミノレブリン酸（δ－ALA）（尿）	115	115	D001 9	（名称の変更）
D001 10	ポリアミン（尿）	115	115	D001 9	（名称の変更）

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D001 11	ミオイノシトール(尿)	120	→	120	D001 10	(名称の変更)
D001 12	コプロポルフィリン(尿)	150	→	149	D001 11	(名称の変更)
D001 13	ポルフォビリノゲン(尿)	200	→	200	D001 12	(名称の変更)
－ －	総ヨウ素(尿)	－	→	200	D001 12	(新設)
D001 14	Ⅳ型コラーゲン(尿)	210	→	210	D001 13	(名称の変更)
－ －	L型脂肪酸結合蛋白(L－FABP)(尿)	－	→	210	D001 13	(新設)
D002	尿沈渣(鏡検法)	25	→	27	D002	(名称の変更)
D002 注	尿沈渣染色標本加算	9	→	9	D002 注	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	30	→	24	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査				D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→	－	－ －	(削除)
D003 2	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→	15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	ウロビリン(糞便)	15	→	15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→	－	－ －	(削除)
D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→	20	D003 2	
D003 4	虫体検出(糞便)	23	→	23	D003 3	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	→	25	D003 4	
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	→	37	D003 5	
D003 7	虫卵培養(糞便)	40	→	40	D003 6	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	→	41	D003 7	
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	57	→	56	D003 8	(名称の変更)
D003 10	キモトリプシン(糞便)	80	→	80	D003 9	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査				D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→	15	D004 1	(名称の変更)
D004 2	ヒューナー検査	20	→	20	D004 2	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→	55	D004 3	
D004 4	髄液一般検査	62	→	62	D004 4	
D004 5	精液一般検査	70	→	70	D004 5	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→	75	D004 6	(名称の変更)
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→	100	D004 7	(名称の変更)
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→	100	D004 7	(名称の変更)
D004 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	135	→	133	D004 8	(名称の変更)
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腟分泌液)	170	→	170	D004 9	(名称の変更)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→	200	D004 10	
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲンーCープロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→	300	D004 11	(名称の変更)
D004 12	肺サーファクタント蛋白ーA(SPーA)(羊水)	380	→	380	D004 12	(名称の変更)
D004 13	IgGインデックス	460	→	459	D004 13	
D004 14	オリゴクローナルバンド	560	→	560	D004 14	(名称の変更)
D004 15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	620	→	620	D004 15	(名称の変更)
ー ー	リン酸化タウ蛋白(髄液)	ー	→	680	D004 16	(新設)
ー ー	タウ蛋白(髄液)	ー	→	680	D004 16	(新設)
D004-2	悪性腫瘍組織検査				D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	→	ー	D004-2	
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ロ Kーras遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ハ EWSーFli1遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ニ TLSーCHOP遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ホ SYTーSSX遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ヘ cーkit遺伝子検査	2,000	→	2,500	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ト マイクロサテライト不安定性検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,000	→	2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,000	→	2,500	D004-2 2	(名称の変更)
	(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査				D005	
D005 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→	9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12	→	12	D005 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D005 3	血液浸透圧	15	→	15	D005 3	
D005 3	好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→	15	D005 3	(名称の変更)
D005 5	末梢血液像(自動機械法)	18	→	15	D005 3	(項目の分割)
D005 4	好酸球数	17	→	17	D005 4	
D005 6	末梢血液一般検査	21	→	21	D005 5	
D005 5	末梢血液像(鏡検法)	18	→	25	D005 6	(項目の分割)
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→	27	D005 7	
D005 7	血中微生物検査	40	→	40	D005 8	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→	45	D005 9	
D005 9	ヘモグロビンA_{1C}(HbA_{1C})	50	→	49	D005 10	
D005 9	自己溶血試験	50	→	50	D005 11	
D005 9	血液粘稠度	50	→	50	D005 11	
D005 10	ヘモグロビンF(HbF)	60	→	60	D005 12	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130	→	―	― ―	(削除)
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	240	→	240	D005 13	
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→	250	D005 14	
D005 14	骨髄像	880	→	880	D005 15	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→	40	D005 15	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	1,000	→	1,000	D005 16	(名称の変更)
D006	出血・凝固検査				D006	
D006 1	出血時間	15	→	15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間(PT)	18	→	18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	全血凝固時間	18	→	18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	トロンボテスト	18	→	18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→	19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→	19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→	23	D006 4	(項目の分割)
D006 4	フィブリノゲン定量	23	→	23	D006 4	(項目の分割)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 4	クリオフィブリノゲン	23	23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25	25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28	28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29	29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	29	D006 7	
D006 8	血小板凝集能	50	50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	64	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン活性	70	70	D006 10	(項目の分割)
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	70	D006 10	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性	80	80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量	80	80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量	80	80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	プラスミン	80	80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)	80	－	－ －	(削除)
D006 11	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)	80	－	－ －	(削除)
D006 11	プラスミン活性	80	80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	α_1－アンチトリプシン	80	80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	95	93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100	100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100	100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)	120	120	D006 14	(名称の変更)
D006 15	Dダイマー定性	140	137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	Dダイマー半定量	140	137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	α_2－マクログロブリン	140	140	D006 16	
D006 15	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	140	140	D006 16	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 15	von Willebrand因子(VWF)活性	140	140	D006 16	(名称の変更)
D006 16	PIVKA－Ⅱ	150	147	D006 17	(名称の変更)
D006 16	Dダイマー	150	147	D006 17	(名称の変更)
D006 17	凝固因子インヒビター	160	160	D006 18	
D006 17	von Willebrand因子(VWF)抗原	160	160	D006 18	(名称の変更)
D006 18	プロテインS活性	170	170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プロテインS抗原	170	170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	170	170	D006 19	(名称の変更)
D006 19	血小板第4因子(PF_4)	180	180	D006 20	
D006 19	β－トロンボグロブリン(β－TG)	180	180	D006 20	(名称の変更)
D006 20	プロトロンビンフラグメントF1＋2	200	196	D006 21	
D006 20	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	200	200	D006 22	(名称の変更)
D006 21	トロンボモジュリン	215	215	D006 23	
D006 22	フィブリンモノマー複合体	240	240	D006 24	
D006 22	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)	240	240	D006 24	(名称の変更)
D006 23	プロテインC活性	260	260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	プロテインC抗原	260	260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	tPA・PAI－1複合体	260	260	D006 25	
D006 24	フィブリノペプチド	300	300	D006 26	(名称の変更)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	750	744	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,000	2,100	D006-2	(名称の変更)
D006-3	Major BCR－ABL1 mRNA	1,200	1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	4,000	4,000	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,600	2,730	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400	2,520	D006-6	
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,000	2,100	D006-7	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006-7	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,000	→ 2,400	D006-8	(名称の変更)
D006-7	WT1 mRNA	2,000	→ 2,520	D006-9	(名称の変更)
	(生化学的検査(Ⅰ))				
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ－グルタミルトランスフェラーゼ(γ－GT)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11	→ －	－ －	(削除)
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D007 1	アルドラーゼ	11	→	11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→	11	D007 1	
D007 1	鉄(Fe)	11	→	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→	11	D007 1	(名称の変更)
D007 2	リン脂質	15	→	15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	→	16	D007 3	
D007 4	HDL－コレステロール	17	→	17	D007 4	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→	17	D007 4	
D007 4	無機リン及びリン酸	17	→	17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	総コレステロール	17	→	17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→	17	D007 4	
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→	17	D007 4	
D007 5	LDL－コレステロール	18	→	18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	→	18	D007 5	
D007 6	銅(Cu)	23	→	23	D007 6	(名称の変更)
D007 7	リパーゼ	24	→	24	D007 7	
D007 8	イオン化カルシウム	26	→	26	D007 8	
D007 9	マンガン(Mn)	27	→	27	D007 9	(名称の変更)
D007 10	ムコ蛋白	29	→	29	D007 10	
D007 11	ケトン体	31	→	30	D007 11	
D007 11	不飽和鉄結合能(UIBC)	31	→	31	D007 12	
D007 11	総鉄結合能(TIBC)	31	→	31	D007 12	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→	32	D007 13	(名称の変更)
D007 13	グアナーゼ	35	→	35	D007 14	
D007 14	リポプロテイン	45	→	－	－ －	(削除)
D007 15	有機モノカルボン酸	48	→	47	D007 15	
D007 15	胆汁酸	48	→	47	D007 15	
D007 15	ALPアイソザイム	48	→	48	D007 16	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48 →	48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	γ－GTアイソザイム	48 →	48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	LDアイソザイム	48 →	48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	重炭酸塩	48 →	48	D007 16	
D007 16	ASTアイソザイム	49 →	49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	リポ蛋白分画	50 →	49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	アンモニア	50 →	50	D007 18	
D007 18	CKアイソザイム	55 →	55	D007 19	(名称の変更)
D007 18	グリコアルブミン	55 →	55	D007 19	
D007 19	コレステロール分画	57 →	57	D007 20	
D007 20	ケトン体分画	60 →	59	D007 21	
D007 20	カタラーゼ	60 →	60	D007 22	
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L－CAT)	70 →	70	D007 23	
D007 22	グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ(G－6－PD)	80 →	80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80 →	80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	1，5－アンヒドロ－D－グルシトール(1，5AG)	80 →	80	D007 24	
D007 22	グリココール酸	80 →	80	D007 24	
D007 23	CK－MB	90 →	90	D007 25	
D007 24	アポリポ蛋白	95 →	94	D007 26	
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95 →	95	D007 27	
D007 24	LDアイソザイム1型	95 →	95	D007 27	(名称の変更)
－ －	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	－ →	96	D007 28	(新設)
D007 25	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100 →	100	D007 29	
D007 26	ヘパリン	110 →	110	D007 30	
D007 26	リポ蛋白(a)	110 →	110	D007 30	
D007 27	心筋トロポニンI	120 →	120	D007 31	
D007 27	KL－6	120 →	120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	フェリチン半定量	120 →	120	D007 31	(項目の分割)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 27	フェリチン定量	120	120	D007 31	(項目の分割)
D007 27	エタノール	120	120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	ペントシジン	120	120	D007 31	
D007 27	イヌリン	120	120	D007 31	
D007 28	アルミニウム(Al)	130	127	D007 32	(名称の変更)
D007 28	肺サーファクタント蛋白－A(SP－A)	130	130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	130	130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	ガラクトース	130	130	D007 33	
D007 28	シスタチンC	130	130	D007 33	
D007 29	肺サーファクタント蛋白－D(SP－D)	140	140	D007 34	(名称の変更)
D007 30	血液ガス分析	150	150	D007 35	
D007 30	亜鉛(Zn)	150	150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	ミオグロビン定性	150	150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	ミオグロビン定量	150	150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H－FABP)定性	150	150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H－FABP)定量	150	150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド(P－Ⅲ－P)	150	150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	Ⅳ型コラーゲン	150	150	D007 35	
D007 30	アルブミン非結合型ビリルビン	150	150	D007 35	
D007 30	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	150	D007 35	
D007 31	アンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE)	160	160	D007 36	
D007 31	Ⅳ型コラーゲン・7S	160	160	D007 36	
D007 31	ビタミンB_{12}	160	160	D007 36	
D007 32	葉酸	170	170	D007 37	
D007 33	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	180	D007 38	(名称の変更)
D007 34	アセトアミノフェン	190	190	D007 39	
D007 34	膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP－1)定性	190	190	D007 39	(名称の変更)
D007 34	ヒアルロン酸	190	190	D007 39	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D007 34	心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ	190	→	190	D007 39	
D007 35	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP－C)	200	→	200	D007 40	(名称の変更)
D007 35	トリプシン	200	→	200	D007 40	
D007 35	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA－LDL)	200	→	200	D007 40	(名称の変更)
D007 36	赤血球コプロポルフィリン	210	→	210	D007 41	
D007 36	ホスフォリパーゼA_2(PLA_2)	210	→	210	D007 41	(名称の変更)
D007 37	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	230	→	230	D007 42	(名称の変更)
D007 37	肝細胞増殖因子(HGF)	230	→	230	D007 42	
D007 37	CKアイソフォーム	230	→	230	D007 42	
D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→	230	D007 42	
D007 38	2，5－オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→	250	D007 43	
D007 38	α－フェトプロテイン(AFP)定性(腟分泌液)	250	→	250	D007 43	(名称の変更)
D007 39	ビタミンB_1	270	→	270	D007 44	
D007 40	ビタミンB_2	280	→	276	D007 45	
D007 40	赤血球プロトポルフィリン	280	→	280	D007 46	
D007 41	プロカルシトニン(PCT)半定量	320	→	320	D007 47	(項目の分割)
D007 41	プロカルシトニン(PCT)定量	320	→	320	D007 47	(項目の分割)
D007 42	ビタミンC	330	→	330	D007 48	
D007 43	1，25－ジヒドロキシビタミンD3	400	→	400	D007 49	(名称の変更)
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	95	→	93	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	104	→	102	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	123	→	121	D007 注	
	(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査				D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→	55	D008 1	
D008 2	11－ハイドロキシコルチコステロイド(11－OHCS)	60	→	60	D008 2	
D008 2	17－ハイドロキシコルチコステロイド(17－OHCS)	60	→	－	－ －	(削除)
D008 3	17－ケトステロイド(17－KS)	70	→	－	－ －	(削除)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D008 3	ホモバニリン酸（HVA）	70	→	69	D008 3	（名称の変更）
D008 4	バニールマンデル酸（VMA）	90	→	90	D008 4	
D008 5	5－ハイドロキシインドール酢酸（5－HIAA）	95	→	95	D008 5	
D008 6	プロラクチン（PRL）	100	→	98	D008 6	
D008 7	レニン活性	110	→	108	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン（T_3）	115	→	113	D008 8	
D008 8	レニン定量	115	→	113	D008 8	
D008 8	甲状腺刺激ホルモン（TSH）	115	→	115	D008 9	
D008 8	ガストリン	115	→	115	D008 9	
D008 9	サイロキシン（T_4）	120	→	118	D008 10	
D008 9	インスリン（IRI）	120	→	118	D008 10	
D008 10	成長ホルモン（GH）	125	→	123	D008 11	
D008 10	卵胞刺激ホルモン（FSH）	125	→	123	D008 11	
D008 10	C－ペプチド（CPR）	125	→	123	D008 11	（名称の変更）
D008 10	黄体形成ホルモン（LH）	125	→	123	D008 11	
D008 11	アルドステロン	140	→	137	D008 12	
D008 11	テストステロン	140	→	137	D008 12	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	140	→	140	D008 13	（名称の変更）
D008 11	サイロキシン結合能（TBC）	140	→	140	D008 13	
D008 11	遊離サイロキシン（FT_4）	140	→	140	D008 13	
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）	140	→	140	D008 13	（名称の変更）
D008 11	遊離トリヨードサイロニン（FT_3）	140	→	140	D008 13	
D008 11	コルチゾール	140	→	140	D008 13	
D008 11	サイロキシン結合グロブリン（TBG）	140	→	140	D008 13	（名称の変更）
D008 11	サイログロブリン	140	→	140	D008 13	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）	140	→	140	D008 13	（名称の変更）
D008 12	カルシトニン	150	→	147	D008 14	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトーゲン（HPL）	150	→	150	D008 15	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	150	→	150	D008 15	（項目の分割）
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量	150	→	150	D008 15	（項目の分割）
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンーβサブユニット（HCG－β）	150	→	150	D008 15	（名称の変更）
D008 12	グルカゴン	150	→	150	D008 15	
D008 13	Ⅰ型コラーゲン架橋N－テロペプチド（NTx）	160	→	160	D008 16	
D008 13	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	160	→	160	D008 16	
D008 14	プロゲステロン	170	→	167	D008 17	（名称の変更）
D008 14	オステオカルシン（OC）	170	→	170	D008 18	（名称の変更）
D008 14	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	170	→	170	D008 18	
－ －	インタクトⅠ型プロコラーゲンーNープロペプチド（Intact ＰＩNP）	－	→	170	D008 18	（新設）
D008 14	Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）（尿）	170	→	170	D008 18	（名称の変更）
D008 14	セクレチン	170	→	170	D008 18	
D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	170	→	170	D008 18	（名称の変更）
D008 14	遊離テストステロン	170	→	170	D008 18	
D008 14	Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体（β－CTX）	170	→	170	D008 18	（名称の変更）
D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	170	→	170	D008 18	
D008 15	サイクリックAMP（cAMP）	180	→	180	D008 19	（名称の変更）
D008 15	エストリオール（E_3）	180	→	180	D008 19	
D008 15	エストロゲン半定量	180	→	180	D008 19	（項目の分割）
D008 15	エストロゲン定量	180	→	180	D008 19	（項目の分割）
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C－PTHrP）	180	→	180	D008 19	
D008 16	副甲状腺ホルモン（PTH）	190	→	186	D008 20	
D008 16	カテコールアミン分画	190	→	186	D008 20	
D008 16	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA－S）	190	→	190	D008 21	（名称の変更）
D008 17	エストラジオール（E_2）	200	→	196	D008 22	
D008 17	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）	200	→	200	D008 23	（名称の変更）
D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）	200	→	200	D008 23	
D008 17	17－ケトジェニックステロイド（17－KGS）	200	→	200	D008 23	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D008 18	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	220	→	216	D008 24	
D008 18	カテコールアミン	220	→	216	D008 24	
D008 18	17－ケトジェニックステロイド分画(17－KGS分画)	220	→	220	D008 25	
D008 18	17－ケトステロイド分画(17－KS分画)	220	→	220	D008 25	
D008 18	エリスロポエチン	220	→	220	D008 25	
D008 18	17α－ヒドロキシプロゲステロン(17α－OHP)	220	→	220	D008 25	(名称の変更)
D008 18	抗IA－2抗体	220	→	220	D008 25	
D008 18	プレグナンジオール	220	→	220	D008 25	
D008 19	ソマトメジンC	240	→	235	D008 26	
D008 19	抗利尿ホルモン(ADH)	240	→	235	D008 26	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン	240	→	240	D008 27	
D008 19	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	240	→	240	D008 27	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→	240	D008 27	
D008 20	プレグナントリオール	250	→	250	D008 28	
D008 20	ノルメタネフリン	250	→	250	D008 28	
D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP－3)	280	→	280	D008 29	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→	410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	630	→	630	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→	900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー				D009	
D009 1	尿中BTA定性	80	→	80	D009 1	(名称の変更)
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115	→	113	D009 2	
D009 2	α－フェトプロテイン(AFP)	115	→	115	D009 3	
D009 2	組織ポリペプタイド抗原(TPA)	115	→	115	D009 3	
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC)	115	→	115	D009 3	(名称の変更)
D009 3	DUPAN－2	130	→	130	D009 4	
D009 3	NCC－ST－439	130	→	130	D009 4	
D009 3	CA15－3	130	→	130	D009 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	130	→	130	D009 4	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135	→	135	D009 5	
D009 5	前立腺特異抗原(PSA)	140	→	140	D009 6	(名称の変更)
D009 5	CA19－9	140	→	140	D009 6	
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→	150	D009 7	
D009 6	CA72－4	150	→	150	D009 7	
D009 6	CA50	150	→	150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	SPan－1	150	→	150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	シアリルTn抗原(STN)	150	→	150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)	150	→	150	D009 7	
D009 6	PIVKA－Ⅱ半定量	150	→	150	D009 7	(項目の分割)
D009 6	PIVKA－Ⅱ定量	150	→	150	D009 7	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	160	→	160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	160	→	160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	シアリルLe^x－i抗原(SLX)	160	→	160	D009 8	(名称の変更)
D009 7	CA125	160	→	160	D009 8	
D009 7	サイトケラチン8・18(尿)	160	→	160	D009 8	(名称の変更)
D009 8	シアリルLe^x抗原(CSLEX)	170	→	170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	遊離型PSA比(PSA　F／T比)	170	→	170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170	→	170	D009 9	
D009 8	Ⅰ型プロコラーゲン－C－プロペプチド(ＰＩCP)	170	→	170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	Ⅰ型コラーゲン－C－テロペプチド(ＩCTP)	170	→	170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	SP1	170	→	170	D009 9	
D009 8	抗p53抗体	170	→	170	D009 9	(名称の変更)
D009 9	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	180	→	180	D009 10	(名称の変更)
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180	→	180	D009 10	
D009 10	遊離型フコース(尿)	190	→	190	D009 11	(名称の変更)
D009 10	CA602	190	→	190	D009 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D009 10	α－フェトプロテインレクチン分画（AFP－L3％）	190	→	190	D009 11	（名称の変更）
D009 10	CA54／61	190	→	190	D009 11	
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素（GAT）	190	→	190	D009 11	
D009 11	γ－セミノプロテイン（γ－Sm）	200	→	200	D009 12	（名称の変更）
D009 11	CA130	200	→	200	D009 12	
D009 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（HCGβ－CF）（尿）	200	→	200	D009 12	（名称の変更）
D009 12	膵癌胎児性抗原（POA）	220	→	220	D009 13	
D009 13	癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液）	320	→	320	D009 14	（項目の分割）
D009 13	癌胎児性抗原（CEA）半定量（乳頭分泌液）	320	→	320	D009 14	（項目の分割）
D009 13	HER2蛋白（乳頭分泌液）	320	→	320	D009 14	（名称の変更）
D009 13	HER2蛋白	320	→	320	D009 14	（名称の変更）
D009 14	可溶性インターロイキン－2レセプター（Sil－2R）	460	→	460	D009 15	（名称の変更）
D009 注	包括項目：2項目	230	→	230	D009 注	
D009 注	包括項目：3項目	290	→	290	D009 注	
D009 注	包括項目：4項目以上	420	→	420	D009 注	
D010	特殊分析				D010	
D010 1	糖分析（尿）	38	→	38	D010 1	（名称の変更）
D010 2	結石分析	120	→	120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→	200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（BTR）	300	→	300	D010 4	（名称の変更）
D010 5	アミノ酸				D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	320	→	320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	→	1,274	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→	350	D010 6	（名称の変更）
D010 7	脂肪酸分画	450	→	450	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→	1,200	D010 8	
	（免疫学的検査）					
D011	免疫血液学的検査				D011	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D011 1	ABO血液型	21	→	21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→	21	D011 1	
D011 2	Coombs試験				D011 2	(名称の変更)
D011 2	イ 直接	30	→	30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→	34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→	160	D011 3	
D011 4	不規則抗体	170	→	167	D011 4	(名称の変更)
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→	200	D011 5	(名称の変更)
D011 6	血小板関連IgG(PA－IgG)	210	→	210	D011 6	(名称の変更)
D011 7	ABO血液型亜型	260	→	260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	270	→	270	D011 8	(名称の変更)
D012	感染症免疫学的検査				D012	
D012 1	梅毒血清反応(STS)定性	15	→	15	D012 1	(名称の変更)
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)定性	15	→	15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)半定量	15	→	15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)定量	15	→	15	D012 1	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	27	→	26	D012 2	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	27	→	26	D012 2	(項目の分割)
D012 3	抗ストレプトキナーゼ(ASK)定性	29	→	29	D012 3	(項目の分割)
D012 3	抗ストレプトキナーゼ(ASK)半定量	29	→	29	D012 3	(項目の分割)
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→	32	D012 4	(名称の変更)
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→	32	D012 4	(項目の分割)
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→	32	D012 4	(項目の分割)
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	→	34	D012 5	(名称の変更)
D012 5	梅毒血清反応(STS)	34	→	34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→	53	D012 6	(項目の分割)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→	53	D012 6	(項目の分割)
D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	60	→	60	D012 7	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60 →	60	D012 7	(名称の変更)
D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便)	65 →	65	D012 8	(項目の分割)
D012 8	ロタウイルス抗原定量(糞便)	65 →	65	D012 8	(項目の分割)
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70 →	70	D012 9	(名称の変更)
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70 →	70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75 →	75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	80 →	79	D012 11	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80 →	80	D012 12	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80 →	80	D012 12	
D012 11	百日咳菌抗体定性	80 →	80	D012 12	(項目の分割)
D012 11	百日咳菌抗体半定量	80 →	80	D012 12	(項目の分割)
D012 12	HTLV－Ⅰ抗体定性	85 →	85	D012 13	(項目の分割)
D012 12	HTLV－Ⅰ抗体半定量	85 →	85	D012 13	(項目の分割)
D012 13	トキソプラズマ抗体	95 →	93	D012 14	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体	95 →	95	D012 15	(名称の変更)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)	100 →	100	D012 16	(名称の変更)
D012 14	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100 →	100	D012 16	(名称の変更)
D012 15	抗酸菌抗体定性	120 →	120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	抗酸菌抗体定量	120 →	120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	HIV－1抗体	120 →	120	D012 17	(名称の変更)
D012 16	HIV－1，2抗体定性	130 →	127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV－1，2抗体半定量	130 →	127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV－1，2抗体定量	130 →	127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性	130 →	127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量	130 →	127	D012 18	(項目の分割)
D012 17	A群β溶連菌迅速試験定性	140 →	140	D012 19	(名称の変更)
D012 17	ノイラミニダーゼ	140 →	140	D012 19	
D012 18	カンジダ抗原定性	150 →	148	D012 20	(項目の分割)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D012 18	カンジダ抗原半定量	150	→	148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	カンジダ抗原定量	150	→	148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	インフルエンザウイルス抗原定性	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	RSウイルス抗原定性	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	梅毒トレポネーマ抗体(FTA－ABS試験)	150	→	150	D012 21	(名称の変更)
－ －	ノロウイルス抗原定性	－	→	150	D012 21	(新設)
D012 19	D－アラビニトール	160	→	160	D012 22	
D012 19	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→	160	D012 22	(名称の変更)
D012 20	大腸菌O157抗原定性	170	→	170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	クラミジア・トラコマチス抗原定性	170	→	170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170	→	170	D012 23	
D012 20	マイコプラズマ抗原	170	→	170	D012 23	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原定性	180	→	180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌O157抗体定性	180	→	180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→	180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌血清型別	180	→	180	D012 24	(名称の変更)
D012 22	HTLV－Ⅰ抗体	190	→	186	D012 25	(名称の変更)
D012 22	クリプトコックス抗原定性	190	→	190	D012 26	(項目の分割)
D012 22	クリプトコックス抗原半定量	190	→	190	D012 26	(項目の分割)
D012 23	ブルセラ抗体	210	→	210	D012 27	(名称の変更)
D012 23	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	210	→	210	D012 27	(名称の変更)
－ －	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	－	→	210	D012 27	(新設)
D012 23	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿)	210	→	210	D012 27	(名称の変更)
－ －	肺炎球菌細胞壁抗原定性	－	→	210	D012 27	(新設)
D012 23	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→	210	D012 27	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D012 23	レプトスピラ抗体	210	→	210	D012 27	(名称の変更)
D012 24	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	220	→	216	D012 28	(名称の変更)
D012 24	ツツガムシ抗体定性	220	→	220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	ツツガムシ抗体半定量	220	→	220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	(1→3)－β－D－グルカン	220	→	220	D012 29	
D012 24	サイトメガロウイルス抗体	220	→	220	D012 29	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体半定量	230	→	230	D012 30	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	230	→	230	D012 30	
D012 26	レジオネラ抗原定性(尿)	240	→	240	D012 31	(名称の変更)
D012 26	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→	240	D012 31	(名称の変更)
D012 27	エンドトキシン	270	→	270	D012 32	(名称の変更)
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→	270	D012 32	(名称の変更)
D012 28	HIV－1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→	280	D012 33	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体	300	→	294	D012 34	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原定性	300	→	300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異IgG抗体	300	→	300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	Weil－Felix反応	300	→	300	D012 35	(名称の変更)
D012 30	HIV－2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→	380	D012 36	(名称の変更)
D012 31	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	410	→	410	D012 37	(名称の変更)
D012 32	HTLV－Ⅰ抗体(ウエスタンブロット法)	450	→	441	D012 38	(名称の変更)
D012 33	HIV抗原	600	→	600	D012 39	
D013	肝炎ウイルス関連検査				D013	
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	→	29	D013 1	(名称の変更)
D013 2	HBs抗体定性	32	→	32	D013 2	(項目の分割)
D013 2	HBs抗体半定量	32	→	32	D013 2	(項目の分割)
D013 3	HBs抗原	90	→	88	D013 3	
D013 3	HBs抗体	90	→	88	D013 3	(名称の変更)
D013 4	HBe抗原	110	→	110	D013 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D013 4	HBe抗体	110	→	110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	HCV抗体定性・定量	120	→	120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	HCVコア蛋白	120	→	120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150	→	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA－IgM抗体	150	→	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA抗体	150	→	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HBc－IgM抗体	150	→	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HCVコア抗体	150	→	150	D013 6	(名称の変更)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→	160	D013 7	(項目の分割)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→	160	D013 7	(項目の分割)
－ －	HE－IgA抗体定性	－	→	210	D013 8	(新設)
D013 8	HCV血清群別判定	240	→	240	D013 9	(名称の変更)
D013 9	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	290	→	290	D013 10	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→	330	D013 11	(名称の変更)
D013 11	HCV特異抗体価	340	→	340	D013 12	
－ －	HBVジェノタイプ判定	－	→	340	D013 12	(新設)
D013 注	包括項目:3項目	290	→	290	D013 注	
D013 注	包括項目:4項目	360	→	360	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	494	→	484	D013 注	
D014	自己抗体検査				D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→	11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量	30	→	30	D014 2	(項目の分割)
D014 2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→	30	D014 2	(項目の分割)
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→	37	D014 3	(名称の変更)
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→	37	D014 3	(名称の変更)
D014 4	Donath－Landsteiner試験	55	→	55	D014 4	(名称の変更)
D014 5	LEテスト定性	68	→	68	D014 5	(名称の変更)
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→	110	D014 6	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D014 6	抗インスリン抗体	110	→	110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	115	→	113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	115	→	113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	115	→	113	D014 7	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→	120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→	120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	マトリックスメタロプロテイナーゼ－3(MMP－3)	120	→	120	D014 8	
D014 9	抗Jo－1抗体定性	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo－1抗体半定量	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo－1抗体定量	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗サイログロブリン抗体	150	→	150	D014 9	
D014 9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→	150	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体半定量	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体定量	150	→	150	D014 9	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定性	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体半定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS－B／La抗体定性	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS－B／La抗体半定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS－B／La抗体定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl－70抗体定性	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl－70抗体半定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl－70抗体定量	170	→	167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS－A／Ro抗体定性	170	→	170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS－A／Ro抗体半定量	170	→	170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS－A／Ro抗体定量	170	→	170	D014 11	(項目の分割)
－ －	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	－	→	170	D014 11	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 10	C_1q結合免疫複合体	170	170	D014 11	
D014 11	抗DNA抗体定性	180	178	D014 12	(項目の分割)
D014 11	抗DNA抗体定量	180	178	D014 12	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定性	190	190	D014 13	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定量	190	190	D014 13	(項目の分割)
D014 13	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	200	D014 14	
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定性	210	206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定量	210	206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	C_3d結合免疫複合体	210	210	D014 16	
D014 14	IgG型リウマトイド因子	210	210	D014 16	(名称の変更)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	210	D014 16	(項目の分割)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	210	D014 16	(項目の分割)
D014 15	抗カルジオリピンβ_2グリコプロテインⅠ複合体抗体	230	230	D014 17	(名称の変更)
D014 15	抗LKM－1抗体	230	230	D014 17	
D014 16	抗カルジオリピン抗体	250	250	D014 18	
D014 16	抗TSHレセプター抗体(TRAb)	250	250	D014 18	(名称の変更)
D014 17	抗デスモグレイン3抗体	270	270	D014 19	(名称の変更)
D014 17	抗BP180－NC16a抗体	270	270	D014 19	(名称の変更)
D014 18	ループスアンチコアグラント定性	290	290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	ループスアンチコアグラント定量	290	290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3－ANCA)	290	290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO－ANCA)	290	290	D014 20	
D014 18	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	290	290	D014 20	(名称の変更)
D014 19	抗デスモグレイン1抗体	300	300	D014 21	(名称の変更)
D014 20	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	350	D014 22	(名称の変更)
D014 21	IgG_4	400	400	D014 23	
D014 22	抗GM1IgG抗体	460	460	D014 24	