

平成30年度 診療報酬改定項目一覧

以下に掲載する項目については、2月7日現在の中医協資料等をもとに作成しているため、今後示される通知等により取り扱いが変更されることがあり得ることに留意されたい。

また、基本的に変更された点を中心に掲載している。

なお、施設基準の届出などについても別途示される告示、通知を参照の上で、届出もれ等には充分留意されたい。

区分コード	項目	現 行	改 正 内 容
初・再診料			
	紹介状なしの大病院受診時の定額負担	対象医療機関 ・特定機能病院 ・500床以上の地域医療支援病院	◇要件の見直し 対象医療機関 ・特定機能病院 ・400床以上の地域医療支援病院 [経過措置] 自治体による条例制定が必要な公的病院は、6月の経過措置を設ける。
A000	初診料 紹介率の低い病院 が紹介の無い患者 に初診を行った場合の減算	対象医療機関： (1)特定機能病院、500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 (2)500床以上の病院 ((1)及び一般病床が200床未満の病院を除く) のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	◇要件の見直し 対象医療機関： (1)特定機能病院、400床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 (2)400床以上の病院 ((1)及び一般病床が200床未満の病院を除く) のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院
	特定妥結率初診料 [施設基準]	対象医療機関：医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の200床以上の病院	◇要件の見直し [施設基準] 対象医療機関：下記のいずれかに該当する200床以上の病院 (1)医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下。 (2)医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない。
	妊婦加算 時間外等加算 時間外等加算の特例		◇(加算の)新設 妊婦加算 75点 (妊婦の)時間外等加算 時間外：200点、休日：365点、深夜：695点 産婦人科・産科の(妊婦の)時間外等加算の特例 (標準時間内)夜間：200点、休日：365点、深夜：695点 専ら夜間における救急医療の確保のための医療機関 345点
	機能強化加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 機能強化加算 80点 [算定要件] (算定医療機関) 下記の施設基準を届け出ている医療機関 (診療所又は200床未満の病院に限る) (1)地域包括診療加算 (認知症地域包括診療加算) (2)地域包括診療料 (認知症地域包括診療料) (3)小児かかりつけ診療料

			(4)在宅時医学総合管理料（在支診又は在支病のみ）、施設入居時等医学総合管理料（在支診又は在支病のみ）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。
A001	電話再診	[算定要件] 自院で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときは、再診料を算定できる。	◇要件の見直し [算定要件] 自院で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときは、再診料を算定できる。 ただし、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。 [経過措置] 平成30年3月31日以前に、電話、テレビ電話等を用いて医学的な管理を行い、当該再診料を算定していた患者については、一連の医学的な管理が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定可。
	特定妥結率再診料（施設基準）	[施設基準] 対象医療機関：医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の200床以上の病院	◇要件の見直し [施設基準] 対象医療機関：下記のいずれかに該当する200床以上の病院 (1)医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下。 (2)医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない。
	妊娠加算 時間外等加算 時間外等加算の特例		◇（加算の）新設 妊娠加算 38点 (妊娠の) 時間外等加算 時間外：135点、休日：260点、深夜：590点 産婦人科・産科の（妊娠の）時間外等加算の特例（標準時間内）夜間：135点、休日：260点、深夜：590点 専ら夜間における救急医療の確保のための医療機関 250点
	地域包括診療加算（施設基準）	地域包括診療加算 20点 [施設基準]（抜粋） (1)在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示。 (2)以下のいずれかである。 ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師2名以上配置 ③在支診	◇要件・項目の見直し イ 地域包括診療加算1 25点 [施設基準]（抜粋） (1)在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保（在支診以外の診療所は、連携医療機関の協力を得て行って也可）。 (2)以下のいずれかを満たしていること。 ① 時間外対応加算1又は2の届出 ② 常勤換算2名以上の医師配置、うち1名以上が常勤医師 ③ 在支診 (3)以下の全てを満たしている。 ①訪問診療をした患者のうち、自院での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が、在支診については10人以上、在支診以外の診療所について3人以上。 ②直近1月に初診、再診、往診又は訪問診療をした患者のうち、往診又は訪問診療をした患者の割合が70%未満。 ロ 地域包括診療加算2 18点 [施設基準]（抜粋） (1)在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連

			絡体制を確保。 (2)「1」の(2)と同じ
	<p>[算定要件]</p> <p>(1)他院と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、カルテに記載する。</p> <p>(2)院外処方する場合、患者に薬局または自院が発行するお薬手帳を持参させる。また、カルテにお薬手帳のコピーを貼付するか又は投薬内容をカルテに記載する。</p> <p>(3)患者の同意について、初回算定期間に、当該患者の署名付の同意書を作成、カルテに添付。</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件] (抜粋)</p> <p>(1)他院と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、カルテに記載する。必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行ふことも可。</p> <p>(2)院外処方する場合、患者に薬局または自院が発行するお薬手帳を持参させるか、又は当該患者の院外処方を担当する薬局から文書で情報提供を受ける。また、カルテにお薬手帳又は薬局からの文書のコピーを貼付するか又は投薬内容をカルテに記載する。なお、薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。</p> <p>(3)患者の同意について、初回算定期間に、当該患者の署名付の同意書を作成、カルテに添付。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、省略することも可。この場合でも、他院受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知する。</p> <p>[算定要件] (追加)</p> <p>抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努め、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行う。</p>	
認知症地域包括診療加算 (施設基準)	認知症地域包括診療加算	30点	<p>◇項目・要件の見直し</p> <p>認知症地域包括診療加算1 35点</p> <p>認知症地域包括診療加算2 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>地域包括診療加算と同じ。</p>
薬剤適正使用連携加算			<p>◇ (加算の) 新設</p> <p>薬剤適正使用連携加算 30点</p> <p>[算定要件]</p> <p>以下の全ての要件を満たした場合に、退院月又は退所月の翌月までに1回算定可。</p> <p>(1)地域包括診療加算(認知症地域包括診療加算)算定患者の入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院先又は入所した介護老人保健施設に対し、処方内容、薬歴等について情報提供（情報提供手段は不問）。</p> <p>(2)入院・入所先の医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応した上でその照会内容及び対応についてカルテに記録。</p> <p>(3)入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1月以内に当該医療機関等から情報提供を受ける（情報提供手段は不問）。</p>
A002	外来診療料 紹介率の低い病院 が紹介の無い患者 に再診を行った場 合の減算		<p>◇要件の見直し</p> <p>対象医療機関：初診料を参照。</p>
	特定妥結率外来診 療料		<p>◇要件の見直し</p> <p>再診料を参照。</p>
	妊娠加算		◇ (加算の) 新設

	時間外等加算 時間外等加算の特例		妊娠加算 (妊娠の) 時間外等加算 時間外：135点、休日：260点、深夜：590点 産婦人科・産科の(妊娠の)時間外等加算の特例 (標準時間内) 夜間：135点、休日：260点、深夜：590点 専ら夜間における救急医療の確保のための医療機関 250点	38点
A003	オンライン診療料 (月1回) (施設基準)		<p>◇新設 オンライン診療料（月1回）</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)対象患者：特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6ヶ月以上を経過した患者（初診から6ヶ月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る） (2)連続する3月は算定できない。 (3)患者の同意を得た上で、対面診療（対面診療の間隔は3ヶ月以内に限る）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行い、その内容をカルテに添付。 (4)自院に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。 (5)オンラインを用いて診察する医師は、対面診療を行う医師と同一の医師であること。 (6)オンライン診療料を算定する場合の処方箋料の取扱い等については、有効性や安全性等に配慮し、別に定める。 (7)初診料、再診料、外来診療料、在宅患者訪問診療料（I）（II）を算定する月は別に算定できない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)厚労省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制。 (2)緊急時に概ね30分以内に自院において診察可能な体制（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者は除く）。 (3)自院において、1ヶ月あたりの再診料等（電話再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下。</p>	70点

入院基本料

※基本的に施設基準の届出が必要

全般	他医療機関受診時の減算規定	<p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者が他院を受診する日の入院先における診療報酬の算定については、基本点数から下記の割合を控除した点数により算定する。</p> <p>出来高入院料：10%控除 特定入院料等（他院で、入院に包括される項目を算定する場合）：40%控除（ただし、「有床診療所療養病床入院基本料」「精神療養病棟入院料」「認知症治療病棟入院料」「地域移行機能強化病棟入</p>	<p>◇要件の見直し 高度な放射線治療機器等を有する他院受診時の減算を緩和する。</p> <p>[算定要件] 入院中の患者が（中略）控除した点数により算定する。ただし、他院が強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療、粒子線治療の費用を算定する場合の控除の割合は以下の通りとする。</p> <p>出来高入院料：5%控除 特定入院料等（他院で、入院に包括される項目を算定する場合）：35%控除（ただし、「有床診療所療養病床入院基本料」「精神療養病棟入院料」「認知症治療病棟入院料」「地域移行機能強化病棟入</p>
----	---------------	---	--

	<p>「認知症治療病棟入院料」「地域移行機能強化病棟入院料」は20%控除) 特定入院料等（他院で、入院に包括される項目を算定しない場合）：10%控除</p>	<p>院料」は15%控除) 特定入院料等（他院で、入院に包括される項目を算定しない場合）：5%控除 ※高度な放射線治療機器を有する他院受診時以外の減算割合に変更なし。</p>
夜間看護体制 特定日減算		<p>◇新設 病床規模の小さい病院の夜勤帯において、一時に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合、一定の条件に限り入院基本料の95/100に相当する点数により算定できる（年6回まで） [算定要件] (1)対象：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、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料 (2)年6回まで。また当該日が属する月が連続する2月以内であること。 [施設基準] (1)許可病床数が100床未満である。 (2)当該日の夜勤時間帯において、病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、看護職員1を含む2以上であること。ただし、病棟の入院患者数が30人以下の場合は、当該時間において、夜勤を行う看護職員の数は、1以上である。</p>
褥瘡対策	<p>褥瘡対策に関する診療計画書 ・浮腫（局所以外の部位）</p>	<p>◇要件の見直し 入院時に進行褥瘡に関する危険因子の評価に「スキン-テア」を追加する。 褥瘡対策に関する診療計画書 ・皮膚の脆弱性（浮腫） ・皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）</p>
ADL維持向上等 体制加算	<p>[施設基準]（院内褥瘡発生率） 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上）を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。</p>	<p>◇要件の見直し アウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準の見直し [施設基準]（院内褥瘡発生率） 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。</p>
在宅復帰率	<p>在宅復帰率</p> <p>[施設基準] 7対1入院基本料 自宅等に退院するものの割合が8割以上。</p>	<p>◇名称・要件の見直し 在宅復帰・病床機能連携率 急性期一般入院料1、7対1特定機能病院入院基本料（一般）、7対1専門病院入院基本料に係る指標 その他の入院料に係る指標は在宅復帰率。 [施設基準] 急性期一般入院料1、7対1入院基本料 自宅等に退院するものの割合が8割以上。</p> <p>自宅等に退院するものの定義の見直し 他院（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者以外の患者。</p>

	<p>回復期リハビリ病棟入院料1 退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上。</p> <p>回復期リハビリ病棟入院料2 退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が6割以上。</p> <p>[割合算出要件] 他院へ転院した者等とは、同一の医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他院へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者。(以下略)</p> <p>イ 直近6月間に退院～(中略)～等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他院(自院と特別の関係にあるものを除く。)での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。</p> <p>地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1 在宅等に退院するものの割合が7割以上 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。 ア 他院(療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る)～(中略)～転院した患者) イ 介護老人保健施設(介護保健施設サービス費(I)の(ii)もしくは(iv)～(中略)～に入所した患者) ウ 自院の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料～(中略)～への転棟患者)</p>	<p>回復期リハビリ病棟入院料1、2 退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上。</p> <p>回復期リハビリ病棟入院料3、4 退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上。</p> <p>[割合算出要件] 他院へ転院した者等とは、同一の医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他院(有床診療所入院基本料(介護サービスを提供している医療機関に限る。)を算定する病床を除く。)へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者(以下略)</p> <p>イ 直近6月間に退院～(中略)～等を含む。ただし、自院の当該入院料に係る病棟以外の病棟(「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」算定病棟に限る)へ転棟した患者及び他院に転院した患者(「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」算定医療機関に限る)及び死亡退院した患者を除く。地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2 在宅等に退院するものの割合が7割以上 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。</p> <p>ア 他院(有床診療所入院基本料(介護サービスを提供している医療機関に限る。)を算定する病床を除く)に転院した患者 イ 介護老人保健施設に入所した患者 ウ 自院の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者</p>
重症度、医療・看護必要度	<p>[評価項目] C項目(手術等の医学的状況) 開腹手術(5日間) [基準] 次のいずれかの基準を満たすこと ①モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上 ②モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上 ③手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上 重症度、医療・看護必要度</p>	<p>◇項目・要件の見直し [評価項目] C項目(手術等の医学的状況) 開腹手術(4日間) [基準](追加) ④モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上で、かつ「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」のいずれかに該当。</p> <p>[評価方法] 現行基準を「重症度、医療・看護必要度I」とし、これと診療実績データを用いた「重症度、医療・介護必要度II」のいずれかを医療・機関が選択するものとする。</p>

			<p>IIは、現行の「重症度、医療・看護必要度」のA・C項目に対応する診療報酬区分につき診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を判定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)重症度、医療・看護必要度I、IIの基準を満たす患者の割合は、届出前3月間の平均値を基本とすること（ただし、届出受理後の措置である「暦月で3月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」は適用とならないため、3月の平均値が該当基準を下回る場合は直ちに変更の届け出が必要となる）。</p> <p>(2)IIを用いる場合は届出をすること。IとIIの判定方法の変更の届出頻度は6月おきとするが、入院料の変更に伴う判定方法の変更はこの限りでない。</p> <p>(3)IIの届出を行う場合は、届出前3月間において、Iの基準を満たす患者の割合とIIの基準を満たす患者の割合の差が、別に定める割合の範囲内であること。</p>																																																																
A100	一般病棟入院基本料（1日につき）	<table> <tr> <td>1</td><td>7対1入院基本料</td><td>1,591点</td></tr> <tr> <td>2</td><td>10対1入院基本料</td><td>1,332点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>13対1入院基本料</td><td>1,121点</td></tr> <tr> <td>4</td><td>15対1入院基本料</td><td>960点</td></tr> </table>	1	7対1入院基本料	1,591点	2	10対1入院基本料	1,332点	3	13対1入院基本料	1,121点	4	15対1入院基本料	960点	<p>◇名称・項目の見直し</p> <table> <tr> <td>1 急性期一般入院基本料</td><td></td></tr> <tr> <td>イ 急性期一般入院料1（7対1）</td><td>1,591点</td></tr> <tr> <td>ロ 急性期一般入院料2（10対1）</td><td>1,561点</td></tr> <tr> <td>ハ 急性期一般入院料3（10対1）</td><td>1,491点</td></tr> <tr> <td>ニ 急性期一般入院料4（10対1）</td><td>1,387点</td></tr> <tr> <td>ホ 急性期一般入院料5（10対1）</td><td>1,377点</td></tr> <tr> <td>ヘ 急性期一般入院料6（10対1）</td><td>1,357点</td></tr> <tr> <td>ト 急性期一般入院料7（10対1）</td><td>1,332点</td></tr> <tr> <td>2 地域一般入院基本料</td><td></td></tr> <tr> <td>イ 地域一般入院料1（13対1）</td><td>1,126点</td></tr> <tr> <td>ロ 地域一般入院料2（13対1）</td><td>1,121点</td></tr> <tr> <td>ハ 地域一般入院料3（15対1）</td><td>960点</td></tr> </table>	1 急性期一般入院基本料		イ 急性期一般入院料1（7対1）	1,591点	ロ 急性期一般入院料2（10対1）	1,561点	ハ 急性期一般入院料3（10対1）	1,491点	ニ 急性期一般入院料4（10対1）	1,387点	ホ 急性期一般入院料5（10対1）	1,377点	ヘ 急性期一般入院料6（10対1）	1,357点	ト 急性期一般入院料7（10対1）	1,332点	2 地域一般入院基本料		イ 地域一般入院料1（13対1）	1,126点	ロ 地域一般入院料2（13対1）	1,121点	ハ 地域一般入院料3（15対1）	960点																												
1	7対1入院基本料	1,591点																																																																	
2	10対1入院基本料	1,332点																																																																	
3	13対1入院基本料	1,121点																																																																	
4	15対1入院基本料	960点																																																																	
1 急性期一般入院基本料																																																																			
イ 急性期一般入院料1（7対1）	1,591点																																																																		
ロ 急性期一般入院料2（10対1）	1,561点																																																																		
ハ 急性期一般入院料3（10対1）	1,491点																																																																		
ニ 急性期一般入院料4（10対1）	1,387点																																																																		
ホ 急性期一般入院料5（10対1）	1,377点																																																																		
ヘ 急性期一般入院料6（10対1）	1,357点																																																																		
ト 急性期一般入院料7（10対1）	1,332点																																																																		
2 地域一般入院基本料																																																																			
イ 地域一般入院料1（13対1）	1,126点																																																																		
ロ 地域一般入院料2（13対1）	1,121点																																																																		
ハ 地域一般入院料3（15対1）	960点																																																																		
	急性期一般入院基本料	<p>[施設基準]</p> <p>(1)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、10対1以上であること（入院料1は7対1以上）</p> <p>(2)看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。</p> <p>(3)平均在院日数が21日以内であること（入院料1は18日以内）。</p> <p>(4)データ提出加算の届出を行った医療機関であること。</p> <p>[経過措置]</p> <p>データ提出加算の届出については、平成30年3月31日において、一般病棟入院基本料（10対1）の届出を行っている医療機関は、平成31年3月31日までの間（許可病床50床未満又は1病棟のみを有する医療機関においては、平成32年3月31日までの間）に限り、基準を満たしているものとみなす。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>入院料7</th><th>入院料6</th><th>入院料5</th><th>入院料4</th><th>入院料3</th><th>入院料2</th><th>入院料1</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護職員</td><td colspan="6">10対1以上 (7割以上が看護師)</td><td>7対1以上 (7割以上が看護師)</td></tr> <tr> <td rowspan="2">患者割合</td><td>重症度、医療・看護必要度I</td><td>測定していること</td><td>15%以上</td><td>21%以上</td><td>27%以上</td><td>(28%以上) ※</td><td>(29%以上) ※</td><td>30%以上</td></tr> <tr> <td>重症度、医療・看護必要度II</td><td>測定していること</td><td>12%以上</td><td>17%以上</td><td>22%以上</td><td>23%以上 ※</td><td>24%以上 ※</td><td>25%以上</td></tr> <tr> <td>平均在院日数</td><td colspan="6">21日以内</td><td>18日以内</td></tr> <tr> <td>在宅復帰・病床機能連携率</td><td colspan="6">—</td><td>8割以上</td></tr> <tr> <td>医師の員数</td><td colspan="6">—</td><td>入院患者数の100分の10以上</td></tr> <tr> <td>データ提出加算</td><td colspan="6">○</td><td></td></tr> </tbody> </table>		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1	看護職員	10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)	患者割合	重症度、医療・看護必要度I	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上	重症度、医療・看護必要度II	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%以上 ※	25%以上	平均在院日数	21日以内						18日以内	在宅復帰・病床機能連携率	—						8割以上	医師の員数	—						入院患者数の100分の10以上	データ提出加算	○						
	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1																																																												
看護職員	10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)																																																												
患者割合	重症度、医療・看護必要度I	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上																																																											
	重症度、医療・看護必要度II	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%以上 ※	25%以上																																																											
平均在院日数	21日以内						18日以内																																																												
在宅復帰・病床機能連携率	—						8割以上																																																												
医師の員数	—						入院患者数の100分の10以上																																																												
データ提出加算	○																																																																		

	<p>[経過措置]</p> <p>(1)平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の病院で7対1入院基本料の届出を行っている病棟</p> <p>①急性期一般入院料2、3を届け出る場合は、平成32年3月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いても差し支えない。</p> <p>②患者割合について、平成32年3月31日までの間、入院料2はIIの基準で22%以上(Iを用いる場合は27%)、入院料3はIIの基準で21%以上(Iを用いる場合は26%)とする。</p> <p>(2)平成30年3月31日時点で7対1入院基本料と病棟群単位の届出を行っている病棟は、平成32年3月31日までの間に限り、急性期一般入院料2、3の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。</p> <p>(3)平成30年3月31日に10対1入院基本料の届出を行っている病棟のうち、平成30年4月1日以降、急性期一般入院料7を算定する病棟については、名称変更となるが、新たな届出は不要。</p> <p>(4)現行の病棟群単位の届出および許可病床数200床未満の7対1病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については廃止し、平成30年9月30日までの間、急性期一般入院料2の要件を満たしているものとする。</p>																
地域一般入院基本料	<p>[施設基準]</p> <p>(1)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、15対1以上であること(入院料1、2は13対1以上)。</p> <p>(2)看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること(入院料1、2は7割以上)。</p> <p>(3)当該病棟の入院患者の平均在院日数60日以内であること(入院料1及び2は24日以内)。</p>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>入院料3</th><th>入院料2</th><th>入院料1</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護職員</td><td>15対1以上 (4割以上が看護師)</td><td>13対1以上 (7割以上が看護師)</td><td></td></tr> <tr> <td>平均在院日数</td><td>60日以内</td><td>24日以内</td><td></td></tr> <tr> <td>重症度、医療・看護必要度の測定</td><td>—</td><td></td><td>○</td></tr> </tbody> </table>		入院料3	入院料2	入院料1	看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)		平均在院日数	60日以内	24日以内		重症度、医療・看護必要度の測定	—		○
	入院料3	入院料2	入院料1														
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)															
平均在院日数	60日以内	24日以内															
重症度、医療・看護必要度の測定	—		○														
	<p>[経過措置]</p> <p>平成30年3月31日に下記の届出を行っている病棟は、名称変更されるが、新たな届出は不要。</p> <p>13対1入院基本料かつ一般病棟看護必要度評価加算⇒地域一般入院料1</p> <p>13対1入院基本料⇒地域一般入院料2</p> <p>15対1入院基本料⇒地域一般入院料3</p>																
救急・在宅等支援病床初期加算	<p>[算定要件]</p> <p>対象病棟：13対1入院基本料、15対1入院基本料</p>																
看護必要度加算 一般病棟看護必要度評価加算	◇要件の見直し [算定要件] 対象病棟：地域一般入院基本料 入院前の施設：介護医療院を追加																
A101 療養病棟入院基本料(1日につき)	<p>◇名称・要件の見直し 1 療養病棟入院基本料1 2 療養病棟入院基本料2</p>																
	<p>[施設基準]</p> <p>(1)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、20対1以上であること。</p> <p>(2)当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること。</p> <p>(3)当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、20対1に相当する数以上であることとする。</p> <p>(4)医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。</p> <p>(5)許可病床200床以上の病院にあっては、データ提出加算の届出を行っていること。</p> <p>[経過措置]</p> <p>データ提出加算の届出については、平成30年3月31において、療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関は、平成31年3月31日までの間(許可病床50床未満又は1病棟のみを有する医療機関においては、平成32年3月31日までの間)に限り、基準を満たしているものとみなす</p>																

		<p>【実績部分】 ・医療区分2・3該当患者割合</p> <p>区分 A～I 1,810～800点</p> <p>区分 A～I 1,745～735点</p> <p>80%</p> <p>50%</p> <p>【基本部分】 看護職員配置 20対1</p> <p>疗養病棟入院料2 療養病棟入院料1</p>
		<p>[経過措置 1] (平成32年3月31日まで) 療養病棟入院料2の施設基準のうち、20対1又は医療区分2・3の患者が5割以上を満たせないものの、平成30年3月31日時点において療養病棟入院基本料を算定していた病棟で、25対1以上である場合は、療養病棟入院料2の90/100に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置 2] (平成32年3月31日まで) 平成30年3月31日時点において療養病棟入院基本料2の95/100に相当する点数を算定していた病棟で、30対1以上である場合は、療養病棟入院料2の80/100に相当する点数を算定する。</p>
医療区分の評価項目		<p>◇要件の見直し 医療区分3 「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。</p>
月平均夜勤時間超過減算		◇廃止
夜勤時間特別入院基本料		◇廃止
褥瘡評価実施加算	褥瘡評価実施加算 15点	<p>◇名称・項目の見直し イ 褥瘡対策加算 1 15点 ロ 褥瘡対策加算 2 5点 [算定要件] 患者の褥瘡の状態を定期的に評価し、下記の要件に該当する場合に算定する。 (1)DESIGN-Rの合計点が直近3月連続して前月の合計点に比べ上回っていない場合は、褥瘡対策加算1を当該月から算定する。 (2)DESIGN-Rの合計点が直近3月連続して前月の合計点に比べ上回った場合は、褥瘡対策加算2を当該月から算定する。なお、入院後暦月で3月を超えない間は、褥瘡対策加算1を算定する。</p>
救急・在宅等支援療養病床初期加算(1日につき)	救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点 (療養病棟入院基本料1の場合は300点)	<p>◇名称・項目の見直し 急性期患者支援療養病床初期加算 300点 [算定要件] 下記の患者が転院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定する。 (1)急性期医療を担う他院の一般病棟から転院した患者 (2)当該医療機関(急性期医療を担う医療機関に限る)の一般病棟から転棟した患者</p>

		<p>在宅患者支援療養病床初期加算 350点</p> <p>[算定要件] 下記の患者が入院した日から起算して14日を限度に算定する。 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等、自宅から入院した患者に、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合</p>
	在宅復帰機能強化加算	<p>在宅復帰機能強化加算 10点 (「1」の加算)</p> <p>[施設基準] 在宅に退院した患者の割合：10/100以上</p> <p>◇点数の引き上げ 在宅復帰機能強化加算 50点 (「1」の加算)</p> <p>[施設基準] 在宅に退院した患者の割合：15/100以上</p>
	夜勤看護加算	<p>◇ (加算の) 新設 夜勤看護加算 35点 (1日につき)</p> <p>[施設基準] (1)夜勤を行う看護要員の数が、常時16対1以上。 (2)ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟。 (3)看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備。</p> <p>[算定要件] (1)16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護要員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む3人以上でなければ算定できない。 (2)算定する病棟は、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。また、身体的拘束を実施するかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。</p>
A102	結核病棟入院基本料 (1日につき)	<p>7対1入院基本料 重症度、医療・看護必要度：10%以上</p> <p>◇施設基準の見直し 7対1入院基本料 重症度、医療・看護必要度I：11%以上、又は重症度、医療・看護必要度II：9%以上</p>
	重症患者割合特別入院基本料	<p>◇新設 重症患者割合特別入院基本料 所定点数の95/100</p> <p>[算定要件] 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一緒に運営する7対1病棟において、重症度、医療・看護必要度の基準のみを満たさない場合に算定する。</p>
A104	特定機能病院入院基本料 (1日につき)	<p>7対1入院基本料 重症度、医療・看護必要度：25%以上（許可病床数200床未満は23%以上）</p> <p>◇施設基準の見直し 7対1入院基本料 重症度、医療・看護必要度I：28%以上、又は重症度、医療・看護必要度II：23%以上</p> <p>[施設基準] (一般病棟は) データ提出加算の届出を行った医療機関であること</p> <p>[経過措置] データ提出加算の届出については、平成30年3月31日において、特定機能病院入院基本料(一般病棟10対1)の届出を行っている医療機関は、平成31年3月31日までの間(許可病床50床未満又は1病棟のみを有する医療機関においては、平成32年3月31日までの間)に限り、基準を満たしているものとみなす。</p>

A106	障害者施設等入院基本料 (1日につき) 看護補助加算 (1日につき)		◇ (加算の) 新設 看護補助加算 イ 14日以内 ロ 15日以上30日以内 [施設基準] (1)看護補助者の数は、常時30対1以上。 (2)夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上 (みなし看護補助者を除く)。 (3)障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料又 は10対1入院基本料に限る)算定病棟。 (4)看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制 を整備。	129点 104点
	夜間看護体制加算 (入院初日)		◇ (加算の) 新設 夜間看護体制加算 [施設基準] (1)夜間における看護業務の負担の軽減に資する十 分な業務管理等の体制を整備。 (2)看護補助加算算定病棟。	150点
A108	有床診療所入院基 本料(1日につき)		◇要件の見直し 入院基本料1~3の施設基準の要件の緩和 ・介護サービスを提供している場合はそれのみで 機能としての要件を満たすものとする。 ・介護サービスの提供に、介護保険法に規定する 複合型サービスの提供実績、介護医療院の併設 を追加。	
	有床診療所一般病 床初期加算		◇要件の見直し 入院前の施設：介護医療院を追加	
	有床診療所在宅復 帰機能強化加算	有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点(「1」~「3」の加算) [施設基準] 平均在院日数が60日以内	◇点数の引き上げ、施設基準の見直し 有床診療所在宅復帰機能強化加算 20点(「1」~「3」の加算) [施設基準] 平均在院日数が90日以内	
	介護連携加算		◇ (加算の) 新設 イ 介護連携加算1 ロ 介護連携加算2 [算定要件] (1)対象患者：介護保険被保険者 (2)入院日から起算して15日以降30日までの期間に 限り算定する。 [施設基準](「1」について) (1)有床診療所入院基本料1、2の届出診療所。 (2)入院基本料の施設基準にある介護サービスの提 供の要件を満たす。 [施設基準](「2」について) (1)有床診療所入院基本料3の届出診療所。 (2)「1」の(2)と同じ。	192点 38点
A109	有床診療所療養病 床入院基本料 (1日につき) 褥瘡評価実施加算	褥瘡評価実施加算 15点	◇名称・項目の見直し イ 褥瘡対策加算1 ロ 褥瘡対策加算2 [算定要件] 療養病棟入院基本料の項を参照	15点 5点
	救急・在宅等支援 療養病床初期加算		◇要件の見直し 入院前の施設：介護医療院を追加	
入院基本料等加算 <small>※基本的に施設基準の届出が必要</small>				
A200	総合入院体制加算 (1日につき)	[施設基準] (1)病院勤務医の負担の軽減及び処遇	◇要件の見直し [施設基準] (1)対象を病院勤務医から医療従事者全体に拡大。	

		<p>の改善に資する体制が整備されていること。</p> <p>(2)療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）の届出を行っていない医療機関であること。</p> <p>(3)「1」「2」 重症度、医療・看護必要度：30%以上。 「3」 重症度、医療・看護必要度：27%以上。</p>	<p>改善に資する計画には、下記の項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。</p> <p>①外来診療時間の短縮、地域の他院との連携などの外来縮小の取組み（許可病床400床以上の病院は、必ず計画に含むこと）②院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）③医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減④病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善⑤看護補助者の配置による看護職員の負担軽減。</p> <p>(2)左記に当該医療機関と同一建物内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないことを追加。ただし、平成30年3月31日以前に施設を設置している場合には、従前の例による。</p> <p>(3)「1」「2」 重症度、医療・看護必要度I：35%以上、又は重症度、医療・看護必要度II：30%以上。 「3」 重症度、医療・看護必要度I：32%以上、又は重症度、医療・看護必要度II：27%以上。</p> <p>[経過措置] 平成30年3月31日に届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、それぞれ改正後の重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。</p>
A206	在宅患者緊急入院 診療加算 (入院初日)	[算定要件] 「1」の在宅療養後方支援病院 (許可病床数が500床以上に限る)	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件] 「1」の在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上に限る）</p> <p>[経過措置] 平成31年3月31日までの間は、500床とする。</p>
A207-2	医師事務作業補助 体制加算 (入院初日)	<p>1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1補助体制加算 870点 ロ 20対1補助体制加算 658点 ハ 25対1補助体制加算 530点 ニ 30対1補助体制加算 445点 ホ 40対1補助体制加算 355点 ヘ 50対1補助体制加算 275点 ト 75対1補助体制加算 195点 チ 100対1補助体制加算 148点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対1補助体制加算 810点 ロ 20対1補助体制加算 610点 ハ 25対1補助体制加算 490点 ニ 30対1補助体制加算 410点 ホ 40対1補助体制加算 330点 ヘ 50対1補助体制加算 255点 ト 75対1補助体制加算 180点 チ 100対1補助体制加算 138点</p>	<p>◇点数の引き上げ、要件の見直し</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1補助体制加算 920点 ロ 20対1補助体制加算 708点 ハ 25対1補助体制加算 580点 ニ 30対1補助体制加算 495点 ホ 40対1補助体制加算 405点 ヘ 50対1補助体制加算 325点 ト 75対1補助体制加算 245点 チ 100対1補助体制加算 198点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対1補助体制加算 860点 ロ 20対1補助体制加算 660点 ハ 25対1補助体制加算 540点 ニ 30対1補助体制加算 460点 ホ 40対1補助体制加算 380点 ヘ 50対1補助体制加算 305点 ト 75対1補助体制加算 230点 チ 100対1補助体制加算 188点</p> <p>[施設基準] 病院勤務医の負担軽減と処遇の改善に資する体制の見直し。下記に一部抜粋。</p> <p>(1)当該医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。なお、当該委員会又は会議は、</p>

		<p>当該医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>(2)(1)の計画には、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の具体的な内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、(1)に規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。</p> <p>(3)計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。 ①勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施 ②前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル） ③予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ④当直翌日の業務内容に対する配慮 ⑤交替勤務制・複数主治医制の実施 ⑥育児・介護休業法の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用。</p> <p>(4)病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。</p> <p>※手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1についても同様。</p>												
A207-3	急性期看護補助体制加算 (1日につき)	<p>◇点数の引き上げ、要件の見直し</p> <table> <tbody> <tr> <td>1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上)</td> <td>160点</td> <td>210点</td> </tr> <tr> <td>2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満)</td> <td>140点</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>3 50対1急性期看護補助体制加算</td> <td>120点</td> <td>170点</td> </tr> <tr> <td>4 75対1急性期看護補助体制加算</td> <td>80点</td> <td>130点</td> </tr> </tbody> </table> <p>イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 40点 90点</p> <p>ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 35点 85点</p> <p>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 20点 70点</p> <p>夜間看護体制加算 10点 60点</p> <p>[算定要件] (追加) 定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組みを実施すること。</p> <p>[施設基準] (追加等)</p> <p>(1)急性期一般入院料7を算定する病棟、10対1特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料は、重症度、医療・看護必要度I:7%以上又は重症度、医療・看護必要度II:6%以上。</p> <p>(2)当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>[経過措置] 平成30年3月31日に10対1入院基本料で加算の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、改正後の重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。</p>	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	210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	190点	3 50対1急性期看護補助体制加算	120点	170点	4 75対1急性期看護補助体制加算	80点	130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	210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	190点												
3 50対1急性期看護補助体制加算	120点	170点												
4 75対1急性期看護補助体制加算	80点	130点												

A207-4	看護職員夜間配置加算(1日につき)	<p>1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 配置加算1 80点 ロ 配置加算2 60点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 40点</p> <p>[施設基準] 10対1入院基本料を算定する病棟は、重症度、医療・看護必要度：6%以上。</p>	<p>◇点数の引き上げ、項目の見直し</p> <p>1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 配置加算1 95点 ロ 配置加算2 75点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 配置加算1 55点 ロ 配置加算2 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)急性期一般入院料7を算定する病棟、10対1特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料は、重症度、医療・看護必要度I：7%以上又は重症度、医療・看護必要度II：6%以上。</p> <p>(2)夜間16対1配置加算2 ①急性期一般入院料2、3、4、5、6を算定する病棟であること。 ②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。</p> <p>[経過措置] 平成30年3月31日に10対1入院基本料で加算の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、改正後の重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。</p>
A213	看護配置加算(1日につき)	12点	◇点数の引き上げ 25点
A214	看護補助加算(1日につき)	<p>1 看護補助加算1 109点 2 看護補助加算2 84点 3 看護補助加算3 56点 夜間75対1看護補助加算 30点 (入院起算日から20日に限る) 夜間看護体制加算 150点 (入院初日)</p> <p>[施設基準] 「1」 13対1入院基本料(重症度、医療・看護必要度：5%以上)、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。</p> <p>「夜間75対1」 対象病棟：13対1入院基本料(専門病院含む)</p>	<p>◇点数の引き上げ</p> <p>1 看護補助加算1 129点 2 看護補助加算2 104点 3 看護補助加算3 76点 夜間75対1看護補助加算 40点 (入院起算日から20日に限る) 夜間看護体制加算 165点 (入院初日)</p> <p>[算定要件] (追加) 定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組みを実施すること。</p> <p>[施設基準] (追加等) (1)「1」 地域一般入院料1及び2、13対1入院基本料(重症度、医療・看護必要度I：6%以上又は重症度、医療・看護必要度II：5%以上)、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。</p> <p>(2)当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>[経過措置] 平成30年3月31日に13対1入院基本料で「1」の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、改正後の重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。 「夜間75対1」 対象病棟：地域一般入院料1、地域一般入院料2、13対1入院基本料</p>
A226-2	緩和ケア診療加算(1日につき)	400点	◇点数の引き下げ、要件の見直し 390点 [算定要件] (対象患者) 末期心不全の患者を追加。 以下の(1)～(3)の基準に該当し、(4)から(6)までのいずれかの基準に該当するもの。

			<p>(1)心不全に対して適切な治療が実施されていること (2)器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること (3)過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること (4)左室駆出率20%以下である場合 (5)医学的に終末期であると判断される場合 (6)(4)又は(5)に掲げる場合に準ずる場合</p> <p>[施設基準] 4名から構成される緩和ケアに係るチームの設置 4名から構成される緩和ケアに係るチームの設置（いずれか1名が専従であればよい）。ただし、チームが診察する患者数は1日に15人以内である場合はいずれも専任で差し支えない。</p>
	個別栄養食事管理加算（1日につき）		<p>◇（加算の）新設 個別栄養食事管理加算 70点（1日につき）</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、悪性腫瘍の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。 (2)緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容をカルテに記載する、又は当該内容を記録したものをカルテに添付する。</p> <p>[施設基準] 緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において3年以上栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に従事した経験を有する管理栄養士が参加していること。なお、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。</p>
A227-2	精神科措置入院退院支援加算（退院時1回）		<p>◇新設 精神科措置入院退院支援加算 600点（退院時1回）</p> <p>[算定要件]</p> <p>措置入院者に対して、入院中から自治体と連携して退院に向けた支援を行った場合に加算する。 (1)入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。 (2)多職種で協働し退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。 (3)退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、それを踏まえた計画に係る意見書を自治体へ提出すること。</p>
A232	がん拠点病院加算（入院初日） ゲノム医療提供加算		<p>◇（加算の）新設 ゲノム医療提供加算 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>ゲノム情報を用いたがん医療を提供する医療機関に入院している患者に加算する。</p> <p>[施設基準] がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。</p>

A234	医療安全対策加算 (入院初日)	1 医療安全対策加算 1 2 医療安全対策加算 2	85点 35点	◇点数の見直し 1 医療安全対策加算 1 2 医療安全対策加算 2	85点 30点
	医療安全対策地域連携加算 (入院初日)			◇ (加算の) 新設 イ 医療安全対策地域連携加算 1 ロ 医療安全対策地域連携加算 2 [算定要件] 医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。 [施設基準] 「1」 (1)特定機能病院以外の医療機関であること。 (2)医療安全対策加算 1 の届出を行っていること。 (3)医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。 (4)医療安全対策加算 1、2 の届出を行っている他の医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、連携しているいざれかの医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、連携しているいざれかの医療機関から評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している医療機関については、併せて評価を実施しても差し支えない。 「2」 (1)「1」(1)と同じ (2)医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。 (3)医療安全対策加算 1 の届出を行っている他の医療機関と連携し、「1」の(4)を行うこと。	50点 20点
A234-2	感染防止対策加算 (入院初日)	1 感染防止対策加算 1 2 感染防止対策加算 2	400点 100点	◇点数の見直し 1 感染防止対策加算 1 2 感染防止対策加算 2	390点 90点
	抗菌薬適正使用支援加算 (入院初日)			◇ (加算の) 新設 抗菌薬適正使用支援加算 [算定要件] 抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること。 [施設基準] (1)感染防止対策地域連携加算を算定していること。 (2)以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織すること。 ①感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師 ②5 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 ③3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかる専任の薬剤師 ④3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかる専任の臨床検査技師 ①～④のうち 1 名は専従であること。なお、専従の職員については、感染制御チームの専	100点

			<p>従者と異なることが望ましい。</p> <p>(3)支援チームは定められた業務を行うこと。</p> <p>(4)支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。</p>								
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算		<p>◇要件の見直し（対象患者の追加）</p> <p>対象患者に「皮膚に密着させる医療関連機器の長期間持続的な使用が必要であるもの」を追加する。</p>								
A243	後発医薬品使用体制加算（入院初日）	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 42点 2 後発医薬品使用体制加算 2 35点 3 後発医薬品使用体制加算 3 28点</p> <p>[算定要件]（対象患者） DPC 対象病棟入院患者は、加算の対象から除外する。</p> <p>[施設基準] 後発医薬品の規格単位数量の割合 「1」70%以上 「2」60%以上70%未満 「3」50%以上60%未満</p>	<p>◇点数・項目の見直し</p> <table> <tr> <td>1 後発医薬品使用体制加算 1</td> <td>45点</td> </tr> <tr> <td>2 後発医薬品使用体制加算 2</td> <td>40点</td> </tr> <tr> <td>3 後発医薬品使用体制加算 3</td> <td>35点</td> </tr> <tr> <td>4 後発医薬品使用体制加算 4</td> <td>22点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]（対象患者） DPC 対象病棟入院患者は、加算の対象とする。</p> <p>[施設基準] 後発医薬品の規格単位数量の割合 「1」85%以上 「2」80%以上85%未満 「3」70%以上80%未満 「4」60%以上70%未満</p>	1 後発医薬品使用体制加算 1	45点	2 後発医薬品使用体制加算 2	40点	3 後発医薬品使用体制加算 3	35点	4 後発医薬品使用体制加算 4	22点
1 後発医薬品使用体制加算 1	45点										
2 後発医薬品使用体制加算 2	40点										
3 後発医薬品使用体制加算 3	35点										
4 後発医薬品使用体制加算 4	22点										
A245	データ提出加算（入院中1回）	<p>1 データ提出加算 1 イ 200床以上の病院 120点 ロ 200床未満の病院 170点 2 データ提出加算 2 イ 200床以上の病院 130点 ロ 200床未満の病院 180点</p>	<p>◇項目の見直し・点数引き上げ</p> <table> <tr> <td>1 データ提出加算 1 イ 許可病床数200床以上の病院</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>ロ 許可病床数200床未満の病院</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>2 データ提出加算 2 イ 許可病床数200床以上の病院</td> <td>160点</td> </tr> <tr> <td>ロ 許可病床数200床未満の病院</td> <td>210点</td> </tr> </table> <p>[経過措置] 平成30年3月31において現行の「ロ」の届出を行っている医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る）については、平成31年3月31までの間に限り、改正後「ロ」の点数を算定できる。</p>	1 データ提出加算 1 イ 許可病床数200床以上の病院	150点	ロ 許可病床数200床未満の病院	200点	2 データ提出加算 2 イ 許可病床数200床以上の病院	160点	ロ 許可病床数200床未満の病院	210点
1 データ提出加算 1 イ 許可病床数200床以上の病院	150点										
ロ 許可病床数200床未満の病院	200点										
2 データ提出加算 2 イ 許可病床数200床以上の病院	160点										
ロ 許可病床数200床未満の病院	210点										
	提出データ評価加算（退院時）		<p>◇（加算の）新設 提出データ評価加算 20点（退院時）</p> <p>[算定要件] 未コード化傷病名の使用割合が10%未満の場合に加算する。</p>								
A246	退院支援加算（退院時1回）	<p>退院支援加算</p> <p>[算定要件]</p> <p>ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。 イ シ （略） オ</p> <p>カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと (以下略)</p> <p>[施設基準] 連携する医療機関又は介護保険法</p>	<p>◇名称・要件の見直し 入退院支援加算（退院時1回）</p> <p>[算定要件] 退院困難な要因の追加 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。 イ （略） ウ エ 虐待を受けている又はその疑いがあること オ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること カ （略） キ ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にないこと (以下略)</p> <p>[施設基準]「1」 (1)連携機関の追加</p>								

	<p>に定める居宅サービス事業者（中略）等の数が20以上であること。</p> <p>(2)過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る）に0.15を乗じた数と「ロ療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。</p>	<p>連携する医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者（中略）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者もしくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等の数が20以上であること。</p> <p>(2)小児専門病棟等の要件の緩和 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数が、「イ一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。ただし、A307小児入院医療管理料を算定する病床を除く）に0.15を乗じた数と算定対象病床数（A307小児入院医療管理料を算定する病床に限る）に0.05を乗じた数と「ロ療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。</p>
地域連携診療計画加算	<p>[施設基準] 退院支援加算1又は3の届出を行っていること。</p>	<p>◇要件の見直し [施設基準] 入退院支援加算の届出を行っていること。</p>
小児加算		<p>◇（加算の）新設 小児加算 200点 [算定要件] 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満の場合に加算する。</p>
入院時支援加算		<p>◇（加算の）新設 入院時支援加算 200点（退院時1回） [算定要件] 下記の患者で入院前に支援を行った場合に加算する。 (1)自宅等（他医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。 (2)入退院支援加算を算定する患者であること。 [施設基準] (1)入退院支援加算1、2、3の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。 (2)地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。 [留意事項] 入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。 ①身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握②褥瘡に関する危険因子の評価③栄養状態の評価④持参薬の確認⑤入院中に行われる治療・検査の説明⑥入院生活の説明⑦退院困難な要因の有無の評価</p>
入退院時の連携強化		<p>◇要件の見直し 特別の関係にある医療機関の要件の緩和 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能とする。 [対象点数] 在宅患者緊急入院診療加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、入退院支援加算1、精神疾</p>

			患診療体制加算、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、施設入所者共同指導料
特 定 入 院 料			※基本的に施設基準の届出が必要
A300	救命救急入院料 (1日につき) 充実段階評価	救命救急センター 充実段階評価A 充実段階評価B	<p>◇名称・項目の見直し イ 救急体制充実加算1 1,500点 ロ 救急体制充実加算2 1,000点 ハ 救急体制充実加算3 500点</p> <p>[施設基準] 「イ」：新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階S。 「ロ」： 同 A。 「ハ」： 同 B。</p> <p>[経過措置] 平成31年4月から適用とし、平成30年3月31日において届出を行っている医療機関は、平成31年3月31日までの間は現行の点数により算定する。</p>
	治療室に従事する医師の勤務場所		<p>◇要件の見直し 治療室に入退出する患者に対して継続的な診療が行えるよう、治療室に従事する医師の勤務場所の要件を見直す。</p> <p>[施設基準] (略)ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとて治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れてても差し支えない。</p> <p>※特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様</p>
A301	特定集中治療室管理料 (1日につき)		<p>◇要件の見直し [算定要件] (追加) 入退室時の生理学的スコアの測定を要件とする。</p> <p>[施設基準] (1) (略)ただし、下記については、自院に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。 ①ペースメーカー ②心電計 ③ポータブルエックス線撮影装置 ④呼吸循環監視装置 ※他の治療室における装置・器具の規定についても同様 (2)管理料1、2については集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていることを追加。</p>
	早期離床・リハビリテーション加算		<p>◇(加算の)新設 早期離床・リハビリテーション加算 500点</p> <p>[算定要件] (1)入室した日から起算して14日を限度 (2)同一日算定不可：疾患別リハビリ料、障害児(者)リハビリ料、がん患者リハビリ料</p> <p>[施設基準] (1)特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置。 ①集中治療の経験を5年以上有する医師 ②集中治療に関する適切な研修を修了した看護師</p>

			<p>③十分な経験を有する理学療法士 (2)特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直す。 (3)心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出医療機関</p>
A301-4	小児特定集中治療室管理料 (1日につき)	[算定要件] (対象患者) 15歳未満の小児	<p>◇要件の見直し [算定要件] (対象患者) 15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療費の対象者である場合は20歳未満の者）</p>
A307	小児入院医療管理料 (1日につき)		<p>◇要件の見直し [算定要件] (包括外点数) 緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算を追加</p>
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)	<p>1 入院料 1 2,025点 (生活療養を受ける場合は、2,011点) 2 入院料 2 1,811点 (1,796点) 3 入院料 3 1,657点 (1,642点)</p>	<p>◇項目・要件の見直し 1 入院料 1 2,085点 (2,071点) 2 入院料 2 2,025点 (2,011点) 3 入院料 3 1,861点 (1,846点) 4 入院料 4 1,806点 (1,791点) 5 入院料 5 1,702点 (1,687点) 6 入院料 6 1,647点 (1,632点)</p> <p>[施設基準] (1)通則 ①回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行う。 ②回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われている。 ③当該病棟に専任の常勤医師を1名以上配置。 ④当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、15対1以上（入院料1及び2にあっては13対1以上）。 ⑤看護職員の最小必要数の4割以上が看護師（入院料1及び2にあっては7割以上が看護師）。 ⑥当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、30対1以上。 ⑦当該病棟に専従の常勤理学療法士を2名以上、常勤作業療法士を1名以上配置（入院料1及び2にあっては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置） ⑧データ提出加算届出病院（入院料5及び6にあっては許可病床数200床以上の病院に限る） [経過措置] データ提出加算の届出については、平成30年3月31日において、回復期リハビリ病棟入院基本料の届出を行っている医療機関は、平成31年3月31日までの間（許可病床50床未満又は1病棟のみを有する医療機関においては、平成32年3月31日までの間）に限り、基準を満たしているものとみなす。</p> <p>(2)入院料 1 ①当該病棟に専任の常勤社会福祉士等を1名以上配置。 ②休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制。 ③当該病棟において、新規入院患者のうち3割以上が重症患者。</p>

	<p>④重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している。</p> <p>⑤当該病棟において、退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上。</p> <p>⑥リハビリテーション実績指数が37以上。</p> <p>(3)入院料2 (2)の①～⑤を満たす病院</p> <p>(4)入院料3 ①当該病棟において、新規入院患者のうち2割以上が重症患者。 ②重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している。 ③当該病棟において、退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上。 ④リハビリテーション実績指数が30以上。</p> <p>(5)入院料4 (4)の①～③を満たす病院</p> <p>(6)入院料5 リハビリテーション実績指数が30以上。</p> <p>(7)入院料6 (1)通則のみ満たしていればよい。</p> <p>[算定要件] (包括外点数) B001:10 入院栄養食事指導料（入院料1に限る）、J042 腹膜灌流、J400 特定保険医療材料（J038 人工腎臓、腹膜灌流に係るものに限る）を追加。</p>
専従要件の緩和	<p>◇要件の見直し 一定程度以上の水準のリハビリの提供や外来リハビリ等を実施している医療機関について、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和する。</p> <p>[施設基準] 以下のア及びイを満たす場合に限り、専従の規定（上記⑦参照）にかかわらず、病棟専従とされる理学療法士等が自院入院中の患者に対する退院前の訪問指導、当該病棟から退院して3月以内の患者に対する訪問リハビリ指導、外来におけるリハビリの提供をすることを可能とする。</p> <p>ア リハビリテーション実績指数が37以上。</p> <p>イ 自院において、前月に、外来患者に対するリハビリ又は訪問リハビリ指導を実施。</p>
管理栄養士の配置	<p>◇要件の見直し 入院料1について、当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい。</p> <p>[算定要件] (入院料1、管理栄養士関連)</p> <p>(1)リハビリ実施計画又はリハビリ総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成する。なおその際、リハビリ実施計画書等における栄養関連項目について、必ず記載する。 ※リハビリ実施計画書等に、栄養状態等の記入欄を追加。</p> <p>(2)管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同して行う。</p> <p>(3)栄養障害の状態にある患者、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上行う。</p>

	リハビリテーション充実加算	40点	◇廃止																
A308-3	地域包括ケア病棟 入院料 (1日につき)	<p>1 入院料 1 2,558点 (生活療養を受ける場合は、2,544点) 2 入院医療管理料 1 2,558点 (2,544点) 3 入院料 2 2,058点 (2,044点) 4 入院医療管理料 2 2,058点 (2,044点)</p>	<p>◇項目・要件の見直し</p> <table> <tr><td>1 入院料 1</td><td>2,738点 (2,724点)</td></tr> <tr><td>2 入院医療管理料 1</td><td>2,738点 (2,724点)</td></tr> <tr><td>3 入院料 2</td><td>2,558点 (2,544点)</td></tr> <tr><td>4 入院医療管理料 2</td><td>2,558点 (2,544点)</td></tr> <tr><td>5 入院料 3</td><td>2,238点 (2,224点)</td></tr> <tr><td>6 入院医療管理料 3</td><td>2,238点 (2,224点)</td></tr> <tr><td>7 入院料 4</td><td>2,038点 (2,024点)</td></tr> <tr><td>8 入院医療管理料 4</td><td>2,038点 (2,024点)</td></tr> </table> <p>【施設基準】</p> <p>(1)通則</p> <ul style="list-style-type: none"> ①当該病棟（入院医療管理料は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、13対1以上である。 ②当該病棟（入院医療管理料は、当該病室を有する病棟）において看護職員の最小必要数の7割以上が看護師である。 ③一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を10%以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を8%以上入院させる病棟又は病室である。 ④自院内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されている。 ⑤当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置。 ⑥データ提出加算届出病院。 ⑦特定機能病院以外の病院。 ⑧疾患別リハビリ料又はがん患者リハビリ料の届出病院。 ⑨地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有している。 ⑩病院の一般病棟又は療養病棟の病棟（入院医療管理料は病室）単位で行う。 <p>(2)入院料 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ①当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上。 ②当病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4m²以上。 ③許可病床数が200床未満の病院。 ④当該病棟に入棲した患者のうち、自宅等から入棲した患者の占める割合が1割以上。 ⑤当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受け入れが3月で3人以上。 ⑥以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしている。 <ul style="list-style-type: none"> a. 自院において在宅患者訪問診療料の算定期回数が3月で20回以上。 b. 自院において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定期回数が3月で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定期回数が3月で500回以上。 c. 自院において、開放型病院共同指導料(I)又は(II)の算定期回数が3月で10回以上。 	1 入院料 1	2,738点 (2,724点)	2 入院医療管理料 1	2,738点 (2,724点)	3 入院料 2	2,558点 (2,544点)	4 入院医療管理料 2	2,558点 (2,544点)	5 入院料 3	2,238点 (2,224点)	6 入院医療管理料 3	2,238点 (2,224点)	7 入院料 4	2,038点 (2,024点)	8 入院医療管理料 4	2,038点 (2,024点)
1 入院料 1	2,738点 (2,724点)																		
2 入院医療管理料 1	2,738点 (2,724点)																		
3 入院料 2	2,558点 (2,544点)																		
4 入院医療管理料 2	2,558点 (2,544点)																		
5 入院料 3	2,238点 (2,224点)																		
6 入院医療管理料 3	2,238点 (2,224点)																		
7 入院料 4	2,038点 (2,024点)																		
8 入院医療管理料 4	2,038点 (2,024点)																		

		<p>d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリ等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施。</p> <p>⑦自院において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めている。</p> <p>(3)管理料 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ①当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上。 ②当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割以上（当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前1月において1人以上受け入れている）。 ③当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上。 ④(2)の②③⑥⑦を満たす病院。 <p>(4)入院料 2</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)の①②を満たす病院。 <p>(5)管理料 2</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)の②、(3)の①を満たす病院。 <p>(6)入院料 3</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)の③～⑦を満たす病院。 <p>(7)管理料 3</p> <ul style="list-style-type: none"> (2)の③⑥⑦、(3)の②③を満たす病院。 <p>(8)入院料 4、管理料 4</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)通則の施設基準を満たす病院。 <p>[算定要件] (包括外点数) 薬剤総合評価調整加算、J042 腹膜灌流、J400 特定保険医療材料 (J038 人工腎臓、腹膜灌流に係るものに限る) を追加。</p>
救急・在宅等支援病床初期加算	救急・在宅等支援病床初期加算 150点	<p>◇名称・項目の見直し 急性期患者支援病床初期加算 150点</p> <p>[算定要件] 下記の患者につき転院日又は転棟日から起算して14日を限度に加算する。</p> <p>(1)急性期医療を担う他院の一般病棟から転院した患者 (2)自院（急性期医療を担う医療機関に限る）の一般病棟から転棟した患者</p> <p>在宅患者支援病床初期加算 300点</p> <p>[算定要件] 下記から入院する患者につき、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院日から起算して14日を限度に加算する。 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等、自宅</p>
看護職員夜間配置加算		<p>◇（加算の）新設 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)当該病棟又は病室を含む病棟において、夜勤を行う看護職員の数が、常時16対1以上。 (2)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準（B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」）を満たす患者を、3割以上入院させる病棟である。</p>

			<p>(3)看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備。</p> <p>[算定要件]</p> <p>看護職員の16対1配置を満たしても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。</p>																									
	訪問看護ステーション併設		<p>◇要件の見直し</p> <p>地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問看護サービスを併設している医療機関も、要件の一つとして認める。</p> <p>[施設基準]</p> <p>下記の追加</p> <p>オ 訪問看護ステーションが自院と同一の敷地内にあること。</p>																									
A310	緩和ケア病棟入院料(1日につき)	<table> <tr> <td>1</td><td>30日以内</td><td>4,926点</td></tr> <tr> <td>2</td><td>31日以上60日以内</td><td>4,400点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>61日以上</td><td>3,300点</td></tr> </table>	1	30日以内	4,926点	2	31日以上60日以内	4,400点	3	61日以上	3,300点	<p>◇点数・項目の見直し</p> <table> <tr> <td>1 緩和ケア病棟入院料 1</td><td>5,051点</td></tr> <tr> <td>イ 30日以内</td><td>4,514点</td></tr> <tr> <td>ロ 31日以上60日以内</td><td>3,350点</td></tr> <tr> <td>ハ 61日以上</td><td></td></tr> <tr> <td>2 緩和ケア病棟入院料 2</td><td>4,826点</td></tr> <tr> <td>イ 30日以内</td><td>4,370点</td></tr> <tr> <td>ロ 31日以上60日以内</td><td>3,300点</td></tr> <tr> <td>ハ 61日以上</td><td></td></tr> </table> <p>[施設基準](入院料1)</p> <p>入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしている。</p> <p>ア 直近1年間の平均在棟日数が30日未満かつ平均待機期間が14日未満である。</p> <p>イ 直近1年間において、在宅に移行した患者が退院患者全体の15%以上である。</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成30年3月末時点で緩和ケア病棟入院料を算定している病棟については、平成30年9月末まで、緩和ケア病棟入院料1を算定できる。</p>	1 緩和ケア病棟入院料 1	5,051点	イ 30日以内	4,514点	ロ 31日以上60日以内	3,350点	ハ 61日以上		2 緩和ケア病棟入院料 2	4,826点	イ 30日以内	4,370点	ロ 31日以上60日以内	3,300点	ハ 61日以上	
1	30日以内	4,926点																										
2	31日以上60日以内	4,400点																										
3	61日以上	3,300点																										
1 緩和ケア病棟入院料 1	5,051点																											
イ 30日以内	4,514点																											
ロ 31日以上60日以内	3,350点																											
ハ 61日以上																												
2 緩和ケア病棟入院料 2	4,826点																											
イ 30日以内	4,370点																											
ロ 31日以上60日以内	3,300点																											
ハ 61日以上																												
A311 A311-2	精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料		<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)包括外点数：クロザピン(I013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る)の薬剤料を追加。</p> <p>(2)非定型抗精神病薬加算の対象からクロザピンによる治療を行っているものを除外する。</p>																									
A311-3	精神科救急・合併症入院料																											
A312	精神療養病棟入院料																											
A318	地域移行機能強化病棟入院料																											
A311	精神科救急入院料(1日につき)		<p>◇要件の見直し</p> <p>初診患者や自治体等からの依頼を受け入れる機能をより明確化するよう要件を見直すとともに、届出可能な病床数に上限を設ける。</p> <p>[経過措置](初診患者、自治体等からの受入数増)</p> <p>平成30年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成31年3月31日までの間、改正後の基準を満たしているものとする。</p> <p>[施設基準](病床の上限)</p> <p>当該病棟の病床数は、精神病床数が300床以下の場合には60床以下、精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する病院は、現に届け出ている病床数を維持できる。</p>																									

	看護職員夜間配置加算		<p>◇ (加算の) 新設 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき) 入院日から起算して30日を限度</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)夜勤を行う看護職員の数は、常時16対1以上。 (2)患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置。 (3)夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制を整備。 (4)看護職員の負担軽減及び待遇改善に資する体制を整備。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。 (2)行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行う。 (3)入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。</p>
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)		<p>◇要件の見直し 退院後に一定割合が移行する「自宅等」に介護老人保健施設、介護医療院を追加する。 ※精神病棟入院基本料精神保健福祉士配置加算、精神科急性期医師配置加算、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様</p>
A311-3	精神科救急・合併症入院料 (1日につき)		<p>◇ (加算の) 新設 看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき) 入院日から起算して30日を限度 精神科救急入院料の項を参照</p>
A312	精神療養病棟入院料 (1日につき) 精神保健福祉士配置加算	[施設基準] 在宅への移行率: 70%以上	<p>◇要件の見直し [施設基準] 自宅等への移行率: 75%以上</p>
A314	認知症治療病棟入院料 (1日につき)	<p>[算定要件]</p> <p>(1)生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。</p>	<p>◇要件の見直し [算定要件]</p> <p>(1) (略) ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。</p> <p>(2)包括外点数: 精神科措置入院退院支援加算、H004摂食機能療法、J400特定保険医療材料(入院日から起算して60日以内の期間のJ038人工腎臓に係るものに限る)を追加。H003-2リハビリテーション総合計画評価料は評価料1のみに変更。</p>
	認知症夜間対応加算	認知症夜間対応加算 84点	<p>◇項目の見直し 認知症夜間対応加算 イ 30日以内の期間 84点 ロ 31日以上の期間 40点</p> <p>[施設基準]</p> <p>患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置。</p>

A317	特定一般病棟入院料（1日につき） 救急・在宅等支援 病床初期加算		◇要件の見直し [算定要件] (1)対象患者：介護医療院から入院した患者を追加 (2)包括外点数：地域包括ケア病棟入院料の看護職員夜間配置加算、薬剤総合評価調整加算、J042腹膜灌流、J400特定保険医療材料（J038人工腎臓、腹膜灌流に係るものに限る）を追加
	地域包括ケア入院 医療管理を行った 場合	特定一般病棟入院料（地域包括ケア1） 2,191点 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2） 1,763点	◇項目の見直し 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1） 2,371点 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2） 2,191点 特定一般病棟入院料（地域包括ケア3） 1,943点 特定一般病棟入院料（地域包括ケア4） 1,743点

短期滞在手術等基本料

A400	短期滞在手術等基 本料		◇要件の見直し DPC対象病院については、DPC／PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。ただし、平均在院日数と重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。
	短期滞在手術等基本料3（日帰りの場合） ※（）内は生活療養を受ける場合の点数 イ D237終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合 17,300点（17,229点） ロ D237終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点（7,420点） ハ D237終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,349点（9,278点） ニ D291-2小児食物アレルギー負荷検査 6,000点（5,929点） ホ D413前立腺針生検法 11,380点（11,309点） ヘ K008腋臭症手術 2 皮膚有部位切除術 19,993点（19,922点） ト K093-2関節鏡下手根管開放手術 19,313点（19,242点） チ K196-2胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 40,666点（40,595点） リ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） 22,096点（22,025点） ヌ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側） 37,054点（36,983点） ル K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側） 20,065点（19,994点） ヲ K282水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側） 30,938点（30,867点） ワ K474乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満 19,806点（19,735点）	◇項目・点数の見直し 短期滞在手術等基本料3（日帰りの場合） ※（）内は生活療養を受ける場合の点数 削除 削除 イ D237終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,265点（9,194点） ロ D291-2小児食物アレルギー負荷検査 6,090点（6,019点） ハ D413前立腺針生検法 11,334点（11,263点） 削除 ニ K093-2関節鏡下手根管開放手術 19,394点（19,323点） ホ K196-2胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 41,072点（41,001点） ヘ K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） 22,010点（21,939点） ト K282水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側） 37,272点（37,201点） 削除 削除 チ K474乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満 19,967点（19,896点）	

	<p>カ K616-4 経皮的シャント拡張術・ 血栓除去術 37,588点 (37,517点) ヨ K617 下肢静脈瘤手術 1 拔去 切除術 24,013点 (23,942点) タ K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化 療法 (一連として) 12,669点 (12,598点) レ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位 結紉術 11,749点 (11,678点) ソ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 ヘルニア (3歳未満に限る) 35,052点 (34,981点) ツ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る) 28,140点 (28,069点) ネ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る) 25,498点 (25,427点) ナ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 ヘルニア (15歳以上に限る) 24,466点 (24,395点) ラ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手 術 (両側) (3歳未満に限る) 68,729点 (68,658点) ム K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手 術 (両側) (3歳以上6歳未満に 限る) 55,102点 (55,031点) ウ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手 術 (両側) (6歳以上15歳未満に 限る) 43,921点 (43,850点) ヰ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手 術 (両側) (15歳以上に限る) 50,212点 (50,141点) ノ K721 内視鏡的大腸ポリープ・ 粘膜切除術 1 長径 2 cm未満 14,314点 (14,243点) オ K721 内視鏡的大腸ポリープ・ 粘膜切除術 2 長径 2 cm以上 17,847点 (17,776点) ク K743 痘核手術 (脱肛を含む) 2 硬化療法 (四段階注射法によ るもの) 12,291点 (12,220点) ヤ K768 体外衝撃波腎・尿管結石 破碎術 (一連につき) 28,010点 (27,939点) マ K867 子宮頸部 (腔部) 切除術 17,344点 (17,273点) ケ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,438点 (34,367点) フ M001-2 ガンマナイフによる定 位放射線治療 59,855点 (59,784点) </p>	<p>リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,350点 (37,279点) ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 拔去切除術 23,655点 (23,584点) ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 12,082点 (12,011点) ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紉術 11,390点 (11,319点) ワ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 (3歳未満に限る) 34,388点 (34,317点) カ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 (3歳以上6歳未満に限る) 27,515点 (27,444点) ヨ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 (6歳以上15歳未満に限る) 24,715点 (24,644点) タ K633 ヘルニア手術 5 腹腔鏡下 (15歳以上に限る) 24,540点 (24,469点) レ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る) 68,168点 (68,097点) ソ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る) 54,494点 (54,423点) ツ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る) 43,122点 (43,051点) ネ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る) 50,397点 (50,326点) ナ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2 cm未満 14,163点 (14,092点) ラ K721 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2 cm以上 17,699点 (17,628点) ム K743 痘核手術 (脱肛を含む) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) 12,079点 (12,008点) ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 27,934点 (27,863点) ヰ K867 子宮頸部 (腔部) 切除術 17,552点 (17,481点) ノ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,354点 (34,283点) オ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,998点 (59,927点) </p>
--	---	--

入院時食事療養

入院時食事療養(II)	<p>入院時食事療養(II) (1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)流動食のみを提供する場合 455円</p>	<p>◇給付の見直し 入院時食事療養(II) (1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)流動食のみを提供する場合 460円</p>
-------------	---	---

医学管理等

通則	オンライン医学管理料 (1月につき) (施設基準)		<p>◇新設 オンライン医学管理料 (1月につき) 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)対象患者：特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料(以下、特定管理料等)を算定する患者かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る)。</p> <p>(2)特定管理料等を算定する患者に対して、対面診療とオンライン診療を組み合わせた管理を行った場合に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、所定の管理料に合わせて算定できる(ただし、対面診療で特定管理料等を算定する月においては、当該医学管理料は算定できない。)</p> <p>(3)その他の算定用件や施設基準については A003 オンライン診療料の項参照。</p>
B001:2	特定薬剤治療管理料	特定薬剤治療管理料 470点	<p>◇項目の見直し イ 特定薬剤治療管理料 1 470点 ロ 特定薬剤治療管理料 2 100点</p> <p>[算定要件] (特定薬剤治療管理料 2) サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り算定する。</p>
B001-2-11	小児かかりつけ診療料 (施設基準)	<p>[算定要件] 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として自院において、常時対応を行う。</p>	<p>[算定要件] 一当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として自院において、常時対応を行う。 ただし、以下のいずれかの要件を満たす医師が配置された医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する輪番医療機関又はいわゆる「#8000事業」における電話相談を案内することも可能である。 (1)在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医である。 (2)いわゆる「#8000事業」に定期的に協力する常勤小児科医である。</p>
B001:3	生活習慣病管理料 (施設基準)	<p>[算定要件] (1)療養計画書は必要な項目のみを記載することで差し支えない。</p>	<p>◇要件の見直し [算定要件] (1)療養計画書は必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については、検査欄の血糖値及びHbA1cの欄、高血圧症の患者については、血圧の欄は必ず記載する。 (2)糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針等を変更した場合に、その理由及び内容等をカルテに記載し、当該患者数を定期的に記録する。 (3)学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。</p>

B001:4	小児特定疾患カウンセリング料 (施設基準)	[算定要件] (1)小児科を標榜。 (2)小児科を担当する医師が行う。 (3)15歳未満の気分障害等の患者を対象とする。 (4)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。	◇要件の見直し [算定要件] (1)小児科又は心療内科を標榜。 (2)小児科又は心療内科を担当する医師が行う。 (3)18歳未満の気分障害等の患者を対象とする。 (4)特定疾患療養管理料、I002通院・在宅精神療法、I004心身医学療法を算定している患者については算定しない。
B001:5	小児科療養指導料 (施設基準)	[算定要件] (1)小児科を標榜。 (2)小児科を担当する医師が指導を行う。 [対象疾患] (15歳未満の患者) 脳性麻痺など	◇要件の見直し [算定要件] (1)小児科を標榜。 (2)小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能とする。 (3)必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行う。 [対象疾患] (15歳未満の患者) 医療的ケア児に該当する状態の患者を追加。
B001:5	小児科療養指導料 難病外来指導管理料		◇(加算の)新設 人工呼吸器導入時相談支援加算 500点
B001:7	人工呼吸器導入時 相談支援加算		[算定要件] 人工呼吸器管理の適応となる患者に対して、その治療方針等を文書により提供した場合に、文書を提供した月から起算して1月を限度として加算する。
B001:12	心臓ペースメーカー 指導管理料 遠隔モニタリング 加算	遠隔モニタリング加算 60点	◇点数の引き上げ 遠隔モニタリング加算 320点
B001:15	慢性維持透析患者 外来医学管理料 腎代替療法実績加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 腎代替療法実績加算 100点
			[施設基準] 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること。
B001:24	外来緩和ケア管理料 (施設基準)	外来緩和ケア管理料 300点	◇点数の見直し 外来緩和ケア管理料 290点
			[施設基準] A226-2緩和ケア診療加算の項参照
B001:27	糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導 加算 (施設基準)	腎不全期患者指導加算 100点 [算定要件] (対象患者) eGFR が 30mL/min/1.73 m ² 未満の患者	◇名称・要件の見直し 高度腎機能障害患者指導加算 100点 [算定要件] (対象患者) eGFR が 45mL/min/1.73 m ² 未満の患者
B001:28	小児運動器疾患指導管理料 (施設基準)		◇新設 小児運動器疾患指導管理料 250点
			[算定要件] (1)他院から紹介された脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患有する6歳未満の外来患者に対して、専門の知識を有する医師が療養上必要な指導を行った場合に6月に1回に限り算定する。 (2)同一月に小児科療養指導料を算定している患者については算定できない。 [施設基準] 以下の全ての要件を満たす常勤医師が1名以上配置されていること。 (1)5年以上の整形外科の診療に従事。

			(2)小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了。 (3)小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有している。 (4)必要に応じて、自施設又は連携にて入院可能な体制を有している。
B001:29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料 (施設基準)		◇新設 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 イ 初回 500点 ロ 2回目から4回目まで 150点 [算定要件] 乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来している外来患者に対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。
B001-2	小児科外来診療料 小児かかりつけ診療料 小児抗菌薬適正使用支援加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点 [算定要件] (1)急性気道感染症又は急性下痢症の初診患者。 (2)診察、検査の結果、抗菌薬の使用を不要と判断した場合に検査結果を説明し、その内容を文書で提供した場合に加算する。 (3)基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。 [施設基準] (1)感染症の研修会等に定期的に参加。 (2)病院においては、データ提出加算2の算定。
B001-2-5	院内トリアージ実施料(施設基準)	院内トリアージ実施料 100点	◇点数の引き上げ 院内トリアージ実施料 300点
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料 救急搬送看護体制加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 救急搬送看護体制加算 200点 [算定要件] 二次救急医療機関における重症救急患者の受け入れに対応するため、専任の看護師を配置するなど必要な医学管理を行った場合に加算する。 [施設基準] (1)救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。 (2)専任の看護師の配置。
B001-2-9	地域包括診療料 (月1回) (施設基準)	地域包括診療料(月1回) 1,503点 [施設基準] 地域包括診療料 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下の全てを満たしていること。 ① 診療所の場合 (イ)時間外対応加算1の届出 (ロ)常勤の医師が2名以上配置 (ハ)在支診 ② 病院の場合 (略)	◇項目・施設基準の見直し 地域包括診療料(月1回) 1 地域包括診療料1 1,560点 2 地域包括診療料2 1,503点 [施設基準] 地域包括診療料1 (1)以下の全てを満たしている。 ① 診療所の場合 (イ)時間外対応加算1の届出 (ロ)常勤換算2名以上の医師、うち1名以上が常勤の医師 (ハ)在支診 ②病院の場合 変更なし。 (2)以下の全てを満たしている。 ア 訪問診療を提供した患者のうち、自院での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が

			<p>10人以上。</p> <p>イ 直近1月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満。</p> <p>地域包括診療料2</p> <p>地域包括診療料1の(1)の要件を満たしている。</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者の患者の受診医療機関や処方薬の把握、同意に係る手続きは A001地域包括診療加算の項を参照。</p>				
B001-2-10	認知症地域包括診療料（月1回） (施設基準)	認知症地域包括診療料（月1回） 1,515点	<p>◇項目の見直し</p> <p>認知症地域包括診療料（月1回）</p> <table> <tr> <td>1 認知症地域包括診療料1</td> <td>1,580点</td> </tr> <tr> <td>2 認知症地域包括診療料2</td> <td>1,515点</td> </tr> </table>	1 認知症地域包括診療料1	1,580点	2 認知症地域包括診療料2	1,515点
1 認知症地域包括診療料1	1,580点						
2 認知症地域包括診療料2	1,515点						
B001-2-9	地域包括診療料、 認知症地域包括診療料		<p>◇（加算の）新設</p> <p>薬剤適正使用連携加算 30点</p>				
B001-2-10	薬剤適正使用連携 加算		<p>[算定要件]</p> <p>A001再診料 地域包括診療加算の項を参照。</p>				
B001-9	療養・就労両立支援指導料		<p>◇新設</p> <p>療養・就労両立支援指導料 1,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>就労中のがん患者に対し、(1)～(4)の全てを行った場合に6月に1回算定する。</p> <p>(1)医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、患者の同意を得て産業医あてに文書で診療情報を提供。</p> <p>(2)医師又は医師の指示を受けた看護師もしくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導を実施。</p> <p>(3)産業医から治療継続等のための助言を取得。</p> <p>(4)産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討。</p> <p>(5)産業医への文書提供にかかる診療情報提供料は別に算定できない。</p>				
	相談体制充実加算 (施設基準)		<p>◇（加算の）新設</p> <p>相談体制充実加算 500点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置。</p> <p>(2)就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知。</p>				
B004 B005	退院時共同指導料1 退院時共同指導料2	<p>[算定要件]</p> <p>(1)共同指導を行う者 医師又は看護師等</p> <p>(2)連携先が特別な関係の場合は算定不可。</p> <p>(3)入院先の病院に赴いて行う。</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)共同指導を行う者に下記を追加。 薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士</p> <p>(2)退院時リハビリテーション指導料（理学療法士等が行った場合に限る）、退院時薬剤情報管理指導料（薬剤師が行った場合に限る）は別に算定できない。</p> <p>(3)連携先が特別な関係の場合も算定可。</p> <p>(4)医療資源の少ない地域等、やむを得ない事情により入院先の病院に赴くことができない場合、ビデオ通話等機器を用いた参加も可とする。</p>				

B005	退院時共同指導料 2	[算定要件] A246退院支援加算を算定する患者にあっては、住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、患者に説明、文書提供とともに、退院後の治療を担う他院と共有した場合に限り算定できる。	◇要件の見直し [算定要件] (自宅以外も可) A246退院支援加算を算定する患者にあっては、療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、患者に説明、文書提供とともに、退院後の治療を担う他院と共有した場合に限り算定できる。
	多機関共同指導加算 (3者以上共同指導)	[算定要件] (共同指導を行う者) ・入院医療機関の医師 ・別の医療機関の医師、看護師など	◇要件の見直し [算定要件] (共同指導を行う者の追加) ・入院医療機関の看護師等 ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 ・相談支援専門員
B005-1-2	介護支援連携指導料	介護支援連携指導料 [算定要件] 医師、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、介護サービスについて説明、指導。	◇名称・要件の見直し 介護支援等連携指導料 [算定要件] 入院患者に対して、医師、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して介護サービス又は障害福祉サービスについて説明、指導。
B005-7	認知症専門診断管理料 (施設基準)	1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) 口 診療所型の場合 500点 2 (略) [算定要件] (「口」の算定主体) 診療所型認知症疾患医療センター	◇名称の見直し 1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) 口 連携型の場合 500点 2 (略) [算定要件] (「口」の算定主体) 連携型認知症疾患医療センター (病院を含む)
B005-7-2	認知症療養指導料	認知症療養指導料 350点 [算定要件] 特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	◇項目・要件の見直し 1 認知症療養指導料 1 350点 2 認知症療養指導料 2 300点 3 認知症療養指導料 3 300点 [算定要件] (1)「1」は認知症専門診断管理料を算定した患者、「2」は認知症サポート指導料を算定した患者、「3」は認知症サポート医自らが療養計画に基づく治療を行う場合に、6月を限度として月1回に限り算定する。 (2)認知症療養指導料2 ①自院の紹介により他院において認知症サポート指導料を算定した外来患者が対象。 ②当該他院から認知症の療養方針に係る助言を得て、認知症療養計画に基づいた治療を行う。 ③患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他院に診療情報を文書により提供する。 (3)認知症療養指導料3 ①新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な外来患者が対象。 ②認知症サポート医が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、説明し、文書により提供し、当該計画に基づく治療を行う。 (4)「1」から「3」までは同時に算定できず、特定疾患療養管理料及びI002通院・在宅精神療法は、別に算定できない。
B005-7-3	認知症サポート指導料 (施設基準)		◇新設 認知症サポート指導料 450点 [算定要件] (1)認知症サポート医が、他院からの求めに応じ、

			<p>認知症を有する外来患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他院に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>(2)他院への助言に係る診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>以下の要件を満たす常勤の医師の配置。</p> <p>(1)認知症サポート医に係る研修等を修了。</p> <p>(2)認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている。</p>
B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1 (施設基準)		<p>◇新設</p> <p>ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内の患者に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な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。</p> <p>(2)対象となる患者は、自院で精神療法を実施している者又は他院で精神療法を実施している者であって自院に対して診療情報が文書により提供されている者に限る。</p> <p>(3)精神療法が他院で実施されている場合は、診療情報を相互かつ定期的に提供する。</p> <p>(4)必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している。</p> <p>(5)産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が、概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う。</p> <p>(6)当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2月に1回程度の頻度で開催し、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科、精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加する。</p> <p>(7)当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、要保護児童対策地域協議会又は母子健康包括支援センター等に相談し、情報提供を行う。</p> <p>(8)関係学会から示されている指針に基づき、以上を適切に実施する。</p> <p>(9)同一医療機関において、同一患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料1とハイリスク妊産婦連携指導料2を算定することはできない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)産科、産婦人科標榜医療機関。</p> <p>(2)精神疾患を有する妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。</p> <p>(3)原則として自院を受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施。</p>
B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2 (施設基準)		<p>◇新設</p> <p>ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点</p> <p>[算定要件]</p>

			<p>(1)精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内の患者に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な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。</p> <p>(2)対象となる患者は、自院で精神療法を実施する者に限る。</p> <p>(3)特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響についても適切に情報を提供する。</p> <p>(4)精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う。</p> <p>(5)その他 「ハイリスク妊産婦連携指導料1」の項を参照。 【施設基準】 「ハイリスク妊産婦連携指導料」の(1)(2)を参照。</p>
B009	診療情報提供料(I)	<p>[算定要件]</p> <p>(1)情報提供先</p> <ul style="list-style-type: none"> ①注2：市町村、指定居宅介護支援事業者 ②注5：介護老人保健施設 ③注7：他院、精神障害者施設、介護老人保健施設 <p>(2)(1)の①において、入院患者については退院日の日から2週間以内に情報提供を行った場合に算定する。</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)情報提供先に下記を追加。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①注2：指定介護予防支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者 ②注5：介護医療院 ③注7：介護医療院 <p>(2)(1)の①において、入院患者については退院日の日から2週間の期間に診療情報の提供を行った場合に算定する。</p> <p>ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。</p>
	歯科医療機関連携加算	<p>[算定要件]</p> <p>(1)対象患者 栄養障害を有する患者</p> <p>(2)情報提供先 在宅療養支援歯科診療所</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)対象患者に下記を追加。 摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む）</p> <p>(2)情報提供先の緩和 在宅歯科医療を行う歯科を標榜する医療機関</p>
	療養情報提供加算		<p>◇(加算の)新設 療養情報提供加算 50点</p> <p>[算定要件] 患者が入院又は入所する医療機関または介護老人保健施設、介護医療院に対して診療情報を提供する際、訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た情報を添付して紹介を行った場合に加算する。</p>
	認知症疑い患者紹介加算		<p>◇要件の見直し 連携型認知症疾患医療センターに紹介した場合も算定を可能とする。</p>
B010-2	診療情報連携共有料		<p>◇新設 診療情報連携共有料 120点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)歯科医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供了の場合に、提供する医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>(2)診療情報提供料(I)（同一の医療機関に対して紹介を行った場合に限る）を算定した同一月においては、別に算定できない。</p>

在 宅 医 療

	機能強化型在支診・在支病	[施設基準] (看取りの実績) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。	◇要件の見直し [施設基準] (看取りの実績) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。 なお、6月以上の訪問診療を実施した患者であって、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、自院又は連携受入医療機関で7日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。
C000	往診料	[算定要件] 往診料は、患家の求めに応じて患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者又は他の医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。 (略)	◇要件の見直し 患者等からの求めに応じ、医師が往診の必要性を認めた場合に限り算定が可能であることを明確化。 [算定要件] 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者又は他院に赴いて診療を行った場合は算定できない。 (略)
	緊急往診加算 夜間・休日、深夜加算	緊急往診加算 [算定要件] (対象患者) 急性心筋梗塞、脳血管障害もしくは急性腹症等が予想される患者。 夜間・休日加算、深夜加算 [算定要件] 夜間（深夜を除く）とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。	◇要件の見直し 緊急往診加算 [算定要件] (対象患者) 医学的に終末期であると考えられる患者（自院又は連携する他院が訪問診療を提供している患者に限る）を追加。 夜間・休日加算、深夜加算 [算定要件] 夜間（深夜を除く）とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標準時間に含まれる場合、夜間・休日加算及び深夜加算は算定できない。
C001	在宅患者訪問診療料（1日につき）	在宅患者訪問診療料 1 同一建物居住者以外の場合 833点 2 同一建物居住者の場合 203点	◇項目の見直し 在宅患者訪問診療料(I) 1 在宅患者訪問診療料1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点 ロ 同一建物居住者の場合 203点 2 在宅患者訪問診療料2 イ 同一建物居住者以外の場合 830点 ロ 同一建物居住者の場合 178点 [算定要件] (「2」について「1」は従来通り) 在総管、施設総管又は在医総の算定要件を満たす他院の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月1回を限度として算定する。
	在宅ターミナルケア加算	イ 強化型在支診・在支病 (1)病床あり 6,000点 (2)病床なし 5,000点 ロ 在支診・在支病 4,000点 ハ その他の医療機関 3,000点	◇項目の見直し イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者 (1)強化型在支診・在支病 ①病床あり 6,500点 ②病床なし 5,500点 (2)在支診・在支病 4,500点 (3)その他の医療機関 3,500点 ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

		<p>(1)強化型在支診・在支病 ①病床あり 6,500点 ②病床なし 5,500点 (2)在支診・在支病 4,500点 (3)その他の医療機関 3,500点</p> <p>[算定要件] (追加) ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。 [算定要件] (特別養護老人ホームの入所者について) 特養において看取り介護加算 (II) を算定している場合、看取り加算は算定できないが、在宅ターミナルケア加算を算定できる。</p>
		<p>◇ (加算の) 新設 酸素療法加算 2,000点</p> <p>[算定要件] がん患者であって、在宅ターミナルケアを行っている者に対し、酸素療法を行っていた場合に算定する。</p>
看取り加算 死亡診断加算		<p>◇要件の見直し [算定要件] (項目の新設による見直し) 在宅患者訪問診療料1についてのみ算定できる(新設された「2」については算定できない)。</p>
死亡診断加算		<p>◇要件の見直し (ICT の追加) [算定要件] 「1」 「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICT を利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たさなければならない。 (1)定期的・計画的な訪問診療を行っている。 (2)正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況である。 (3)離島地域等に居住している患者であって、連携する他院において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している。</p>
C001-2	在宅患者訪問診療料(II) (1日につき)	<p>◇新設 在宅患者訪問診療料(II) (1日につき) 144点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)算定主体 有料老人ホーム等の併設医療機関 ①在総管又は施設総管の算定要件を満たす併設医療機関は週3回 (別に厚労大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く) に限り算定する ②在総管、施設総管又は在医総の算定要件を満たす他院の求めに応じ訪問診療を行う併設医療機関は訪問診療開始月から6月 (別に厚労大臣が定める疾病等の患者を除く) を限度として、月1回に限り算定する (2)①は、急性増悪等、頻回訪問診療が必要な場合は、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行なった訪問診療については14日を限度と</p>

		して算定できる。								
	在宅ターミナルケア加算	<p>在総管または施設総管の算定要件を満たす併設医療機関に限る。</p> <p>イ 強化型在支診・在支病</p> <table> <tr> <td>(1)病床あり</td> <td>6,200点</td> </tr> <tr> <td>(2)病床なし</td> <td>5,200点</td> </tr> <tr> <td>ロ 在支診・在支病</td> <td>4,200点</td> </tr> <tr> <td>ハ その他の医療機関</td> <td>3,200点</td> </tr> </table> <p>※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1、2、酸素療法加算についてはC001と同様</p>	(1)病床あり	6,200点	(2)病床なし	5,200点	ロ 在支診・在支病	4,200点	ハ その他の医療機関	3,200点
(1)病床あり	6,200点									
(2)病床なし	5,200点									
ロ 在支診・在支病	4,200点									
ハ その他の医療機関	3,200点									
	その他の加算	乳幼児加算、滞在時間加算、看取り加算、死亡診断加算についてはC001を準用する。								
C002	在宅時医学総合管理料（月1回） (施設基準)	<p>◇点数の引き上げ・見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・強化型ではない在支診・在支病が月1回の訪問診療を行った場合の点数の引き上げ +20点 ・在支診・在支病ではない医療機関が月1回の訪問診療を行った場合の点数の引き上げ +50点 ・別に厚労大臣が定める状態(末期の悪性腫瘍等)ではない患者に対して月2回以上の訪問診療を行った場合の点数の引き下げ -100点 <p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件] (追加)</p> <p>(1)悪性腫瘍の患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、情報提供する。</p> <p>(2)在宅精神療法と訪問診療料の両方を算定する患者については訪問診療や訪問介護の際に身体疾患に対して複雑な処置を実施する場合を除いて、算定できない。</p>								
	継続診療加算 (1月につき)	<p>◇ (加算) 新設</p> <p>継続診療加算 216点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)在支診以外の診療所において自院の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者に対して加算する。</p> <p>(2)算定患者ごとに、自院単独又は連携する他院との協力のもと、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築する。</p> <p>(3)訪問看護が必要な患者については、自院、連携する他院又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供する。</p>								
	包括的支援加算 (月1回)	<p>◇ (加算) 新設</p> <p>包括的支援加算 150点</p> <p>[算定要件] (対象患者)</p> <p>別に厚労大臣が定める状態(末期の悪性腫瘍等)以外のもので、以下のいずれかに該当する患者について算定する。</p> <p>(1)要介護2以上に相当する患者</p> <p>(2)認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者</p> <p>(3)月4回以上の訪問看護を受ける患者</p> <p>(4)訪問診療時又は訪問看護時に処置(簡単な処置を除く)を行っている者</p> <p>(5)特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者</p>								

		(6)その他、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者
	オンライン在宅管理料（1月につき） （施設基準）	<p>◇新設 オンライン在宅管理料 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)訪問診療を月1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療日以外に情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に算定する。ただし、連続する3月は算定できない。</p> <p>(2)在総管を算定しており、かつ当院管理に係る初診から6月以上を経過した患者（初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る）であること。</p> <p>(3)患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は3月以内に限る）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容をカルテに添付する。</p> <p>(4)自院に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。</p> <p>(5)オンラインを用いて診察する医師は、対面診療を行う医師と同一の医師でなければならない。</p> <p>[施設基準] A003オンライン診療料を参照。</p>
C 002-2	施設入居時等医学総合管理料（月1回） （施設基準）	<p>◇点数の引き上げ・見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・強化型ではない在支診・在支病が月1回の訪問診療を行った場合の点数の引き上げ +20点 ・在支診・在支病ではない医療機関が月1回の訪問診療を行った場合の点数の引き上げ +50点 ・厚労大臣が別に定める状態(末期の悪性腫瘍等)ではない患者に対して月2回以上の訪問診療を行った場合の点数の引き下げ -100点 <p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]（追加）</p> <p>悪性腫瘍の患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、情報提供する。</p>
	継続診療加算	◇（加算の）新設 C002を参照。
	包括的支援加算	◇（加算の）新設 C002を参照。
C 003	在宅がん医療総合診療料	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]（追加） C002-2を参照</p>
	死亡診断加算	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>患家において死亡診断を行った場合に算定する。</p>
C005 C005-1-2	<p>在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p>	<p>1・2 （略）</p> <p>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（施設基準） 1,285点</p> <p>◇項目・要件の見直し</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合（施設基準） 1,285点</p>
	長時間訪問看護・指導加算	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]（週3日算定可能患者の拡大）「1」「2」</p>

	<p>別に厚労大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、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、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、算定する。</p>	<p>別に厚労大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、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、週1日(下記の者にあっては週3日)に限り、算定する。</p> <p>(1)15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2)15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p>
乳幼児加算	乳幼児加算・幼児加算 50点	<p>◇点数の引き上げ 乳幼児加算「1」「2」 150点</p>
複数名訪問看護加算	<p>複数名訪問看護加算 イ 看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に行う場合 430点 ロ 看護師等が他の准看護師と同時に行う場合 380点 ハ 看護師等が看護補助者と同時に行う場合 300点 </p>	<p>◇名称・項目の見直し 複数名訪問看護・指導加算「1」「2」 イ 看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に行う場合 450点 ロ 看護師等が他の准看護師と同時に行う場合 380点 ハ 看護師等が看護補助者と同時に行う場合(厚労大臣が定める場合※以外) 300点 ニ 看護師等が看護補助者と同時に行う場合(厚労大臣が定める場合※) (1)1日に1回 300点 (2)1日に2回 600点 (3)1日に3回以上 1,000点 </p> <p>※厚労大臣が定める場合 1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾患等の者 ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ハ 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 [対象患者](追加) 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者(看護補助者の場合に限る。)</p>
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	[算定要件] カンファレンスに共同で参加する職種: 医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員	<p>◇要件の見直し [算定要件](関連職種の拡大)「1」「2」 カンファレンスに共同で参加する職種: 医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、相談支援専門員</p>
在宅ターミナルケア加算	在宅ターミナルケア加算 2,000点 <p>[算定要件](対象患者) ・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)</p>	<p>◇要件・点数の見直し 在宅ターミナルケア加算「1」「2」 イ 在宅又は特養において看取り介護加算等を算定していない場合 2,500点 ロ 特養において看取り介護加算等を算定した場合 1,000点 </p> <p>[算定要件](対象患者の拡大) •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) •特養その他これに準ずる施設(以下、特養等)で死亡した患者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に特養等以外で死亡した患者を含む)</p> <p>[算定要件](追加) ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応する。</p>

	看護・介護職員連携強化加算		<p>◇ (加算の) 新設 看護・介護職員連携強化加算 250点 (月1回) [対象患者]「1」「2」 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養(以下「喀痰吸引等」という。)を必要とする者 [算定要件] 医療機関の看護師又は准看護師が喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、以下について支援・連携した場合に算定する。 ①喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言 ②介護職員等に同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況について確認 ③利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席</p>
C008	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 650点 2 同一建物居住者の場合 300点	<p>◇項目・点数の見直し 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点 2 単一建物診療患者が2~9人の場合 320点 3 1及び2以外の場合 290点</p>
	乳幼児加算		<p>◇ (加算の) 新設 乳幼児加算 100点 [算定要件] 在宅療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。</p>
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	1 同一建物居住者以外の場合 530点 2 同一建物居住者の場合 450点	<p>◇項目・点数の見直し 1 単一建物診療患者が1人の場合 530点 2 単一建物診療患者が2~9人の場合 480点 3 1及び2以外の場合 440点</p>
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	[算定要件] (関連職種) カンファレンスに共同で参加する職種: 歯科医師、薬剤師、訪看ステーションの看護師等、介護支援専門員	<p>◇要件の見直し [算定要件] (関連職種の拡大) カンファレンスに共同で参加する職種: 歯科医師、薬剤師、訪看ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、相談支援専門員</p>
C012	在宅患者共同診療料	[算定要件] 500床未満の在宅療養後方支援病院	<p>◇要件の見直し [算定要件] 400床未満の在宅療養後方支援病院</p>
C103	在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 (施設基準) (1月につき)		<p>◇ (加算の) 新設 遠隔モニタリング加算 150点 [算定要件] (1)対象患者: 「2:その他の場合」(2,400点)を算定しているCOPDの病期がⅢ期又はⅣ期の患者 (2)前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合に、1月1回として2月を限度に加算する。 (3)患者の同意を得た上で、対面診療と情報通信機器による診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容をカルテに添付する。 (4)対面診療の間に、関連学会が定めた手引き等に沿って情報通信機器を用いて血圧、脈拍、酸素飽和度等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院</p>

			<p>等を促す等の対応を行う。</p> <p>(5)少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等をカルテに記載し、また、必要な指導を行った際には、指導内容をカルテに記載する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)厚労省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制。</p> <p>(2)緊急時に概ね30分以内に自院において診察可能な体制（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く）。</p> <p>(3)呼吸器について5年以上の経験を有する常勤の医師を配置している。</p> <p>(4)呼吸器について5年以上の経験を有する看護師を配置している。</p>
C105-3	在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料		<p>◇新設 在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料 2,500点</p> <p>[算定要件] 在宅半固体栄養経管栄養法を行っている患者に対して、在宅半固体栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。</p>
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 (施設基準) (1月につき)		<p>◇（加算）新設 遠隔モニタリング加算 150点</p> <p>[算定要件] (1)対象患者：「2」(250点)を算定し、CPAP療法を実施している患者 (2)その他算定要件についてはC103を参照</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)厚労省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制。</p> <p>(2)緊急時に概ね30分以内に自院において診察可能な体制（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く）。</p>
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	<p>[算定要件] 対象患者：便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、自己による便失禁管理を行っている患者</p>	<p>◇要件の見直し [算定要件]（対象患者の拡大） 対象患者：便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている患者</p>
C117	在宅経腸投薬指導管理料		<p>◇新設 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点</p> <p>[算定要件] レボドバ・カルビドバ水和物製剤の経腸投薬を行っている患者に対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。</p>
C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 (施設基準)		<p>◇新設 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800点</p> <p>[算定要件] 在宅腫瘍治療電場療法を行っている患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p>
C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 (施設基準) 導入初期加算		<p>◇新設 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点 導入初期加算 500点（初回月のみ）</p> <p>[算定要件] 在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている患者に</p>

			<p>対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>平成32月3月31日までの間に限り、在宅自己導尿指導管理料と本管理料を同一患者に行った場合、それぞれ算定できる。</p>												
C150	血糖自己測定器加算	<p>1 月20回以上測定する場合 400点 2 月40回以上測定する場合 580点 3 月60回以上測定する場合 860点 4 月80回以上測定する場合 1,140点 5 月100回以上測定する場合 1,320点 6 月120回以上測定する場合 1,500点</p>	<p>◇点数・項目の見直し</p> <table> <tr><td>1 月20回以上測定する場合</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2 月30回以上測定する場合</td><td>465点</td></tr> <tr><td>3 月40回以上測定する場合</td><td>580点</td></tr> <tr><td>4 月60回以上測定する場合</td><td>830点</td></tr> <tr><td>5 月90回以上測定する場合</td><td>1,170点</td></tr> <tr><td>6 月120回以上測定する場合</td><td>1,490点</td></tr> </table>	1 月20回以上測定する場合	350点	2 月30回以上測定する場合	465点	3 月40回以上測定する場合	580点	4 月60回以上測定する場合	830点	5 月90回以上測定する場合	1,170点	6 月120回以上測定する場合	1,490点
1 月20回以上測定する場合	350点														
2 月30回以上測定する場合	465点														
3 月40回以上測定する場合	580点														
4 月60回以上測定する場合	830点														
5 月90回以上測定する場合	1,170点														
6 月120回以上測定する場合	1,490点														
C152-3	経腸投薬用ポンプ加算		<p>◇新設</p> <p>経腸投薬用ポンプ加算 2,500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚労大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り算定する。</p>												
C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	<p>[算定要件]</p> <p>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に対して、栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法、在宅半固体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。</p>												
C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	<p>1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,100点</p>	<p>◇点数の見直し</p> <table> <tr><td>1 ASVを使用した場合</td><td>3,750点</td></tr> <tr><td>2 CPAPを使用した場合</td><td>1,000点</td></tr> </table>	1 ASVを使用した場合	3,750点	2 CPAPを使用した場合	1,000点								
1 ASVを使用した場合	3,750点														
2 CPAPを使用した場合	1,000点														
検査															
D004-2	悪性腫瘍組織検査		<p>◇点数の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を2項目以上行った場合は、検査の項目数に応じた点数により算定する。</p> <table> <tr><td>イ 2項目</td><td>4,000点</td></tr> <tr><td>ロ 3項目以上</td><td>6,000点</td></tr> </table>	イ 2項目	4,000点	ロ 3項目以上	6,000点								
イ 2項目	4,000点														
ロ 3項目以上	6,000点														
D006-4	遺伝学的検査	<p>遺伝学的検査 3,880点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)実施に当たって遵守すべきガイドライン</p> <p>①厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)</p> <p>②「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)</p> <p>[対象疾患] (追加)</p> <p>先天異常症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群</p>	<p>◇点数・要件の見直し</p> <p>遺伝学的検査</p> <table> <tr><td>1 処理が容易なもの</td><td>3,880点</td></tr> <tr><td>2 処理が複雑なもの</td><td>5,000点</td></tr> <tr><td>3 処理が極めて複雑なもの</td><td>8,000点</td></tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1)実施に当たって遵守すべきガイドライン</p> <p>①個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラン」(平成29年4月)</p> <p>②「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドラン」(平成23年2月)</p> <p>[対象疾患] (追加)</p> <p>先天異常症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群</p>	1 処理が容易なもの	3,880点	2 処理が複雑なもの	5,000点	3 処理が極めて複雑なもの	8,000点						
1 処理が容易なもの	3,880点														
2 処理が複雑なもの	5,000点														
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点														
D006-13	骨髓微小残存病変量測定 (施設基準)		<p>◇新設</p> <p>骨髓微小残存病変量測定</p> <p>1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,500点</p>												

			2 モニタリングに用いるもの 2,100点
D014-44	抗HLA抗体(スクリーニング検査) (施設基準)		◇新設 抗HLA抗体(スクリーニング検査) 1,000点 [算定要件] (1)対象患者：肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者 (2)原則として1年1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年1回に限り別に算定できる。その場合、カルテ及びレセプト摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載する。
D014-45	抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) (施設基準)		◇新設 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) 5,000点 [算定要件] (1)臓器抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。 (2)抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。その場合、カルテ及びレセプトの摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載する。
D018	細菌培養同定検査 質量分析装置加算		◇(加算の)新設 質量分析装置加算 40点 [算定要件] 入院患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合に加算する。
D023	微生物核酸同定・定量検査 HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	[算定要件] (対象患者) (1)細胞診によりベセスタ分類がASC-USと判定された患者	◇要件の見直し [算定要件] (対象患者) (1)細胞診によりベセスタ分類がASC-USと判定された患者 (2)子宮頸部(腫部)切除術、子宮頸部摘出術(腫部切開術を含む)を行った患者
	迅速微生物核酸同定・定量検査加算		◇(加算の)新設 迅速微生物核酸同定・定量検査加算 100点 [算定要件] (1)対象検査：「レジオネラ核酸検出」「マイコプラズマ核酸検出」「百日咳菌核酸検出」「結核菌群核酸検出」 (2)検査結果を検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に算定する。
通則	生体検査料 新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	新生児加算 80/100 乳幼児加算(3歳未満) 50/100 幼児加算(3歳以上6歳未満) 30/100	◇点数の引き上げ 新生児加算 100/100 乳幼児加算(3歳未満) 70/100 幼児加算(3歳以上6歳未満) 40/100
D215	超音波検査 心臓超音波検査 (施設基準)	心臓超音波検査 イ～ハ(略) ニ 胎児心エコー法 1,000点	◇点数の見直し 心臓超音波検査 イ～ハ(略) ニ 胎児心エコー法 300点
	胎児心エコー法診断加算		◇(加算の)新設 胎児心エコー法診断加算 700点 [算定要件] 胎児心エコー法に伴って診断を行った場合に加算する。
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)(施設基準)		◇要件の見直し [算定要件] 6月に2回に限り算定する。

D237	終夜睡眠ポリグラフィー	[算定要件] (対象患者) (1)在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 算定患者	◇要件の見直し [算定要件] (対象患者) (1)在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料算定患者 (2)自院からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者
D256-3	光干渉断層血管撮影		◇新設 光干渉断層血管撮影 400点 [算定要件] 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれる。
D263-2	コントラスト感度検査		◇新設 コントラスト感度検査 207点 [算定要件] 患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。
D274-2	前眼部三次元画像解析		◇新設 前眼部三次元画像解析 265点 [算定要件] 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った角膜形状解析検査及び前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれる。
D275-2	前房水漏出検査		◇新設 前房水漏出検査 149点 [算定要件] (対象) 緑内障滲過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例。
D282-3	コンタクトレンズ検査料	[算定要件] (算定除外患者) コンタクト装用目的の患者に対して眼科学的検査を行った場合は、本検査料を算定し、眼科学的検査は別に算定できない。ただし、下記の場合には本検査料ではなく眼科学的検査で算定できる。(以下略)	◇要件の見直し [算定要件] (算定除外患者の追加) コンタクト装用目的の患者に対して眼科学的検査を行った場合は、本検査料を算定し、眼科学的検査は別に算定できない。ただし、下記の場合には本検査料ではなく眼科学的検査で算定できる。 (中略) ・スティーヴンス・ジョンソン症候群もしくは中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者
D282-4	ダーモスコピー		◇要件の見直し [算定要件] 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。
D400	血液採取 (1日につき)	血液採取 1 静脈 2 その他 乳幼児加算	◇点数の引き上げ 血液採取 1 静脈 25点 2 その他 6点 乳幼児加算 20点 30点 6点 25点

画 像 診 断

通則	写真診断料 エックス線診断料 核医学診断料 コンピューター断層診断料 画像診断管理加算	[算定要件] (1)夜間又は休日に撮影された画像に限る。 (2)画像診断を専ら担当する常勤の医師。	◇要件の見直し 院外(自宅等)におけるICTを活用した読影の範囲を拡大。 [算定要件] (1)画像診断を専ら担当する常勤の医師。 (2)当該医療機関において週24時間以上勤務実態。
----	---	---	--

		(3)画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断。 (4)患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行う。 (5)結果を文書により診療担当医に報告。	(3)画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影。 (4)患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行う。 (5)結果を文書により診療担当医に報告。
	画像診断管理加算 (施設基準)	画像診断管理加算1 70点 画像診断管理加算2 180点	◇項目の見直し 画像診断管理加算1 70点 画像診断管理加算2 180点 画像診断管理加算3 300点
E101-2	ポジトロン断層撮影(施設基準) ¹³ N標識アンモニア剤を用いた場合(一連の検査につき)	¹³ N標識アンモニア剤を用いた場合(一連の検査につき) 7,500点	◇点数の引き上げ ¹³ N標識アンモニア剤を用いた場合(一連の検査につき) 9,000点
E202	MRI撮影(「1」と「2」のみ施設基準) 心臓MRI撮影加算 (施設基準)	心臓MRI撮影加算 300点	◇点数の引き上げ 心臓MRI撮影加算 400点
	小児鎮静下MRI撮影加算(施設基準)		◇(加算の)新設 小児鎮静下MRI撮影加算 80/100 [算定要件] 15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合に加算する。
	頭部MRI撮影加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 頭部MRI撮影加算 100点 [算定要件] 「3テスラ以上の機器による場合」について、頭部のMRI撮影を行った場合に加算する。

投 薬

F100	処方料	1 「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」「4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬」の投薬(臨時投薬、3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬をやむを得ず投薬するものを除く)を行った場合 20点 2 「1」以外であって7種類以上の内服薬の投薬(臨時投薬で投薬期間が2週間以内のもの、再診料の地域包括診療加算を算定するものを除く)を行った場合 29点 3 「1」「2」以外の場合 42点	◇項目・点数の見直し 1 「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」「4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬」の投薬(臨時投薬、「3種類の抗うつ薬」又は「3種類の抗精神病薬」をやむを得ず投薬するものを除く)を行った場合 18点 2 「1」以外であって7種類以上の内服薬の投薬(臨時投薬で投薬期間が2週間以内のもの、再診料の地域包括診療加算を算定するものを除く)又は不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚労大臣が定める薬剤の投薬(当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合 29点 3 「1」「2」以外の場合 42点
	特定疾患処方管理加算	特定疾患処方管理加算(処方期間28日以上) 65点	◇点数の引き上げ、名称の変更 特定疾患処方管理加算2 66点 ※ 算定要件に変更なし

	紹介率の低い大病院に係る減算規定	紹介率の低い大病院が、別に厚労大臣の定める薬剤を除き投与期間が30日以上の投薬を行った場合：所定点数の60／100	◇点数の見直し 紹介率の低い大病院が、別に厚労大臣の定める薬剤を除き投与期間が30日以上の投薬を行った場合：所定点数の40／100
	外来後発医薬品使用体制加算（施設基準）	<p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点 <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点</p> <p>[施設基準] 後発医薬品の規格単位数量の割合 「イ」：70%以上 「ロ」：60%以上70%未満</p>	<p>◇点数・項目の見直し イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点 <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点</p> <p>[施設基準] 後発医薬品の規格単位数量の割合 「イ」：85%以上 「ロ」：75%以上85%未満 「ハ」：70%以上75%未満</p>
	向精神薬調整連携加算		<p>◇（加算の）新設 向精神薬調整連携加算 12点（月1回限り）</p> <p>[算定要件] 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下、抗不安薬等）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価・調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師、准看護師に対し、薬剤の種類数、投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に算定する。なお、同一月に A250薬剤総合評価調整加算、B008-2薬剤総合評価調整管理料の算定はできない。</p>
F200	薬剤 向精神薬等多剤処方の減算	「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」の投薬（臨時投薬、「3種類の抗うつ薬」又は「3種類の抗精神病薬」をやむを得ず投薬するものを除く）を行った場合：所定点数の80／100	<p>◇要件の見直し 「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」「4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬」の投薬（臨時投薬、「3種類の抗うつ薬」又は「3種類の抗精神病薬」をやむを得ず投薬するものを除く）を行った場合：所定点数の80／100</p>
	紹介率の低い大病院に係る減算規定		◇点数の見直し 「処方料」の項を参照。
F400	処方せん料	<p>1 「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」の投薬（臨時投薬、「3種類の抗うつ薬」又は「3種類の抗精神病薬」をやむを得ず投薬するものを除く）を行った場合 30点</p> <p>2 「1」以外であって7種類以上の内服薬の投薬（臨時投薬で投薬期間が2週間以内のもの、再診料の地域包括診療加算を算定するものを除く）を行った場合 40点</p> <p>3 「1」「2」以外の場合 68点</p>	<p>◇項目・点数の見直し 1 「3種類以上の抗不安薬」「3種類以上の睡眠薬」「3種類以上の抗うつ薬」「3種類以上の抗精神病薬」「4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬」の投薬（臨時投薬、「3種類の抗うつ薬」又は「3種類の抗精神病薬」をやむを得ず投薬するものを除く）を行った場合 28点</p> <p>2 「1」以外であって7種類以上の内服薬の投薬（臨時投薬で投薬期間が2週間以内のもの、再診料の地域包括診療加算を算定するものを除く）又は不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚労大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点</p> <p>3 「1」「2」以外の場合 68点</p>
	紹介率の低い大病院に係る減算規定		◇点数の見直し 「処方料」の項を参照。

特定疾患処方管理 加算		◇点数の引き上げ、名称の変更 「処方料」の項を参照。
一般名処方加算	イ 一般名処方加算1 3点 ロ 一般名処方加算2 2点	◇点数の引き上げ イ 一般名処方加算1 6点 ロ 一般名処方加算2 4点
向精神薬調整連携 加算		◇(加算の)新設 「処方料」の項を参照。
分割調剤		<p>◇取扱いの明確化 (1)分割指示に係る処方せんを発行する場合、分割の回数は3回まで。 (2)分割指示に係る処方せんを発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方せん及び別紙を薬局に提出するよう指導する。 (3)薬局薬剤師は、分割指示に係る処方せんの交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の薬局で調剤を受けるべきである旨を説明する。 (4)薬局薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認する。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認する。患者が別の薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供する。 (5)受付薬局情報において、1枚目の処方せんが処方せんの使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方せんは無効とする。</p> <p>◇様式の見直し 「分割指示に係る処方せん 分割の 回目」の記載を追加。</p>
残薬調整		◇取扱いの明確化 残薬調整の疑義照会に係る取扱いは、予め医療機関と薬局で合意した方法により行う。
タベンタドール ヒドロモルフォン	14日	◇投薬期間の上限の見直し がんの疼痛療法で用いられる内服の医療用麻薬の投薬期間の上限を緩和 30日

注 射

G020	無菌製剤処理料 (施設基準)	[算定要件] (対象手技) 動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓に伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射	◇要件の見直し [算定要件] (対象手技) 皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射を追加
------	-------------------	---	---

リハビリテーション

H000 H001 H001-2 H002 H003	疾患別リハビリテーション料 (施設基準)	[算定要件] 算定日数上限の除外対象患者 ・失語症、失認及び失行症 ・高次脳機能障害 (中略) ・その他疾患別リハビリの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの	◇要件の見直し [算定要件] 算定日数上限の除外対象患者に以下を追加 ・軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(発症から1年以内のもの) ・外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの) ・回復期リハビリ病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者(在棟中に回復期リハビリ病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者
--	-------------------------	--	---

	<p>[施設基準]</p> <p>(1)疾患別リハビリの専従の従事者は、疾患別リハビリの実施時間中は当該リハビリの提供のみを行う。</p> <p>(2)疾患別リハビリと1時間以上2時間未満の指定通所リハビリの両方を実施する際には、リハビリの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。</p> <p>(通所リハビリの施設基準)</p> <p>介護保険の通所リハビリと医療保険の疾患別リハビリを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリを行うために必要なスペースは、3m²に指定通所リハビリの利用定員と医療保険のリハビリを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。</p>	<p>を除く）</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)以下の要件を満たしている場合、疾患別リハビリの実施時間中であっても、疾患別リハビリの専従の従事者が介護保険のリハビリに従事しても差し支えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハビリに従事していること。 ②専従の従事者が、疾患別リハビリを提供すべき患者がいない時間帯であること。 <p>(2)疾患別リハビリと指定通所リハビリ（時間制限なし）の両方を実施する際には、リハビリの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。</p> <p>(通所リハビリの施設基準)</p> <p>介護保険の通所リハビリと医療保険の疾患別リハビリを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリを行るために必要なスペースは、3m²に指定通所リハビリの利用定員を乗じた面積以上とする。</p>	
H001 H001-2 H002	<p>脳血管疾患等リハビリテーション料 廃用症候群リハビリテーション料 <u>運動器リハビリテーション料</u> (施設基準)</p>	<p>[算定要件]</p> <p>標準算定日数を超える、1月13単位を限度に算定する要介護者等の維持期・生活期リハビリについて、外来患者については、原則として平成30年4月以降は算定不可。</p>	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件]</p> <p>標準算定日数を超える、1月13単位を限度に算定する要介護者等の維持期・生活期リハビリについて、外来患者については、原則として平成31年4月以降は算定不可。</p>
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料 (施設基準)	<p>[算定要件] (対象患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ・脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 (中略) ・顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 	<p>◇要件の見直し</p> <p>[算定要件] (対象患者に以下を追加)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者
H003-2	リハビリテーション総合計画評価料	<p>リハビリテーション総合計画評価料 300点</p> <p>[算定要件] (対象患者)</p> <p>心大血管疾患リハビリ料(I)、脳血管疾患等リハビリ料(I)(II)、廃用症候群リハビリ料(I)(II)、運動器リハビリ料(I)(II)、呼吸器リハビリ料(I)、がん患者リハビリ料、認知症患者リハビリ料を算定する患者。</p>	<p>◇項目・要件の見直し</p> <p>1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300点 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240点</p> <p>[算定要件] (対象患者)</p> <p>介護保険のリハビリへの移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書様式を簡略化し、評価料2の対象とする。</p> <p>評価料1</p> <p>(1)心大血管疾患リハビリ料(I)、呼吸器リハビリ料(I)、がん患者リハビリ料、認知症患者リハビリ料を算定する患者。</p> <p>(2)脳血管疾患等リハビリ料(I)(II)、廃用症候群リハビリ料(I)(II)、運動器リハビリ料(I)(II)を算定する患者のうち、介護保険のリハビリの利用を予定していない患者。</p>

			<p>評価料2 脳血管疾患等リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)を算定する患者のうち、介護保険のリハビリを予定している患者。</p>
H003-3	リハビリテーション総合計画提供料	リハビリテーション総合計画提供料 100点	<p>◇名称・項目等の見直し 1 リハビリテーション計画提供料1 275点 2 リハビリテーション計画提供料2 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>退院後のリハビリを担う医療機関にリハビリ総合実施計画書を提供した場合に限り、退院時に1回を限度として算定する。</p>
	電子化連携加算		<p>◇(加算の)新設 電子化連携加算(提供料1のみ) 5点</p> <p>[算定要件] 指定リハビリ事業所に「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電磁的記録媒体でリハビリ実施計画書等を提供した場合に加算する。</p>
H004	摂食機能療法 (1日につき)	摂食機能療法 185点	<p>◇項目の見直し 摂食機能療法 1 30分以上の場合 185点 2 30分未満の場合 130点</p> <p>[算定要件] (30分未満の場合) 30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。</p>
H007-3	認知症患者リハビリテーション料 (1日につき)(施設基準)	[算定要件] 入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。	<p>◇要件の見直し [算定要件] 入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。</p>

精神科専門療法

I000	精神科電気痙攣療法	1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 3,000点 2 「1」以外の場合 150点	<p>◇点数の見直し 1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 2,800点 2 「1」以外の場合 150点</p>
	麻酔従事医師加算		<p>◇(加算の)新設 麻酔従事医師加算 900点</p> <p>[算定要件] 「1」について、麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大</p>

			臣の許可を受けた者に限る)が麻酔を行った場合に加算する。
I001	入院精神療法 (1回につき)	1 入院精神療法(I) 2 入院精神療法(II) (略)	△点数の引き上げ 1 入院精神療法(I) 2 入院精神療法(II) 400点 (略)
I002	通院・在宅精神療法 (1回につき)	1 通院精神療法 イ 初診日に精神保健指定医等 が30分以上行った場合 600点 ロ 「イ」以外の場合 (1)30分以上の場合 400点 (2)30分未満の場合 330点 2 在宅精神療法 イ 初診日に精神保健指定医等 が30分以上行った場合 600点 ロ 精神保健指定医等が60分以 上の行った場合(「イ」に該 当する場合を除く) 540点 ハ 「イ」・「ロ」以外の場合 (1)30分以上の場合 400点 (2)30分未満の場合 330点	△項目の見直し 1 通院精神療法 イ 自治体が作成する退院後の支援計画において 支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対 し、当該計画において療養を提供することとさ れている医療機関の精神科医が行った場合 660点 ロ 初診日に60分以上行った場合 540点 ハ 「イ」・「ロ」以外の場合 (1)30分以上の場合 400点 (2)30分未満の場合 330点 △項目の見直し 2 在宅精神療法 イ 自治体が作成する退院後の支援計画において 支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対 し、当該計画において療養を提供することとさ れている医療機関の精神科医が行った場合 660点 ロ 初診日に60分以上行った場合 600点 ハ 「イ」・「ロ」以外の場合 (1)60分以上の場合 540点 (2)30分以上60分未満の場合 400点 (3)30分未満の場合 330点 △(加算) 新設 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回) [算定要件] (1)対象患者:「1」の「イ」を算定する患者 (2)医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士 が、月に1回以上、服薬、日常生活、社会参加等 の状況を踏まえて、療養上の指導を行った場合に 加算する。 (3)患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体 調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等につ いて情報提供を行う。
I003-2	認知療法・認知行 動療法 (1日につき) (施設基準)	1 精神保健指定医による場合 500点 2 「1」以外の医師による場合 420点 3 精神保健指定医と看護師が共 同して行う場合 350点 [施設基準] 「1」の要件 (1)精神科を標榜。 (2)精神科救急医療体制の確保に 協力。 (3)認知療法・認知行動療法に習 熟した専任の精神保健指定医	△項目・要件の見直し 1 医師による場合 480点 2 医師と看護師が共同して行う場合 350点 [施設基準]

		<p>が1名以上勤務。</p> <p>「2」の要件 認知療法・認知行動療法に習熟した専任の医師が1名以上勤務。</p> <p>「3」の要件 (1)「1」の要件を満たしている。 (2)以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務。 ア 「1」又は「2」を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験がある。 イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、必要な指導を受けている。 ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了している。 (イ)～(ロ) (略) (ハ)「1」又は「2」を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものである。 (ニ)講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれている。</p>	<p>「1」 認知療法・認知行動療法に習熟した専任の医師が1名以上勤務。</p> <p>「2」 (1)「1」の要件を満たしている。 (2)以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務。 ア 「1」の届出医療機関における精神科外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療のための面接に120回以上同席した経験がある。 イ 左記「イ」と同じ。</p> <p>ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了している。 (イ)～(ロ) (略)</p> <p>(ハ)講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれている。</p>
I007	精神科作業療法 (1日につき) (施設基準)	<p>[施設基準]</p> <p>(1)作業療法士は、専従者として最低1人が必要。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(1)作業療法士は、専従者として最低1人が必要。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下「精神科ショート・ケア等」）に従事してもよい。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者としての届出も可。</p> <p>※精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア料についても同様</p>
I008-2	精神科ショート・ケア (1日につき) (施設基準) 疾患別等専門プログラム加算		<p>◇ (加算の) 新設 疾患別等専門プログラム加算 200点 [算定要件] (1)対象患者：精神科ショート・ケア(小規模なもの)を算定する40歳未満の患者 (2)青年期の自閉症スペクトラムの患者等、一定の状態にある患者グループに対して、治療開始時に一連のプログラムに係る目的、内容、スケジュール、修得すべき能力等について、文書及び口頭で患者に説明した上で精神科ショート・ケアを実施した場合に加算する。 (3)治療開始から5月以内に限り患者1人につき週1回限度（ただし、精神科医が特に必要性を認めた</p>

			場合に限り、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)。
I012	精神科訪問看護・指導料	1 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) イ・ロ(略) 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 160点 3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ・ロ(略)	◇項目の見直し 1 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) イ・ロ(略) 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ・ロ(略)
	複数名精神科訪問看護・指導加算	イ 保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士と訪問する場合 450点 ロ 保健師又は看護師が准看護師と訪問する場合 380点 ハ (略)	◇項目の見直し イ 保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士と訪問する場合 (1)1日1回 450点 (2)1日2回 900点 (3)1日3回以上 1,450点 ロ 保健師又は看護師が准看護師と訪問する場合 (1)1日1回 380点 (2)1日2回 760点 (3)1日3回以上 1,240点 ハ (略)
	長時間精神科訪問看護加算	長時間精神科訪問看護加算 520点 [算定要件] 医療機関の看護師等が、90分以上の訪問看護・指導を実施した場合に、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、加算する。	◇要件の見直し 長時間精神科訪問看護加算 520点 [算定要件](週3可能患者の拡大) 医療機関の看護師等が、90分以上の訪問看護・指導を実施した場合に、週1日(下記の者にあっては週3日)に限り、加算する。 (1)15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2)15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
	看護・介護職員連携強化加算		◇(加算の)新設 看護・介護職員連携強化加算 250点(月1回) C005、C005-2の項を参照。
	精神科複数回訪問加算	[算定対象] 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者	◇要件の見直し [算定対象] 精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く)又は2を算定する患者
I016	精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回)(施設基準)	精神科重症患者早期集中支援管理料1 イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点 ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,350点 精神科重症患者早期集中支援管理料2 イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,480点 ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,110点	◇名称・項目の見直し 精神科在宅患者支援管理料1 イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)单一建物診療患者1人 3,000点 (2)单一建物診療患者2人以上 2,250点 ロ 重症患者等 (1)单一建物診療患者1人 2,500点 (2)单一建物診療患者2人以上 1,875点 ハ イ・ロ以外の患者 (1)单一建物診療患者1人 2,030点 (2)单一建物診療患者2人以上 1,248点 精神科在宅患者支援管理料2 イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)单一建物診療患者1人 2,467点 (2)单一建物診療患者2人以上 1,850点 ロ 重症患者等 (1)单一建物診療患者1人 2,056点

		(2)単一建物診療患者2人以上	1,542点
	[算定要件]		
	(1)対象患者：以下の全てに該当する患者		
	ア 精神科標準医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む）		
	イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者		
	ウ 統合失調症、統合失調症型障害もしくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態）の状態で、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者		
	(2)在宅時医学総合管理料等は同一月に算定不可。		
	[施設基準]		
	①当該医療機関内に常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士を適切に配置。		
	②24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供。		
	③24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護もしくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制。		
	[算定要件]		
	(1)対象患者：精神科標準医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む）であって、「イ」については以下の全て、「ロ」については以下のいずれかに該当する患者		
	ア 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体が作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者		
	イ 左記「ウ」と同じ		
	(2)「イ」：以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。		
	①算定する患者ごとに、診療等を担当する常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置する。		
	②当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行う。		
	③上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行う。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催する。		
	「ロ」：「イ」の算定要件の①に加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。		
	①当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行う。		
	②上記チームと保健所又は精神保健福祉センター等が一堂に会し、月に1回以上カンファレンスを開催する。		
	「ハ」：月1回以上の訪問診療を行っている場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。		
	(3)在宅精神療法と在宅患者訪問診療料の両方を算定する患者で、訪問診療や訪問看護の際に身体疾患に対して複雑な処置を実施する患者については在宅時医学総合管理料等を同一月に算定可。		
	[施設基準]		
	「イ」又は「ロ」の区分を算定する場合は以下の全てを満たしていること。「ハ」の区分を算定する場合は、①～③を全て満たしていること。		
	①在宅医療を担当する常勤精神科医を配置。		
	②精神科訪問看護・指導を担当する常勤保健師もしくは常勤看護師を配置。又は精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションを確保。		
	③常勤精神保健福祉士を配置。		
	④作業療法士を配置。		
	⑤左記「②」と同じ。		
	⑥左記「③」と同じ。		

	<p>④患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制を確保。 ⑤当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力。</p>	<p>⑦患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制を確保。</p>
精神科オンライン在宅管理料 (施設基準)		<p>◇(加算の)新設 精神科オンライン在宅管理料 100点(1月につき) [算定要件] (1)在宅療養患者であって通院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、当該月において訪問診療を行った同一時間帯以外に情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。 (2)対象患者：精神科在宅患者支援管理に係る初診から6月(精神科在宅患者支援管理料1にあっては3月)以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る)。 (3)患者の同意を得た上で、対面診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンライン診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行い、その内容をカルテに添付。 (4)当該医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。 (5)オンラインを用いて診察する医師は、対面診療を行う医師と同一の医師であること。 [施設基準] 「A003オンライン診療料」の項目を参照。</p>

処 置

J 000	創傷処置	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td>100cm²未満</td><td style="width: 10%;">45点</td><td>◇点数の引き上げ</td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td>100cm²以上500cm²未満</td><td>60点</td><td>1</td><td>100cm²未満</td><td>52点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>500cm²以上3,000cm²未満</td><td>90点</td><td>2</td><td>100cm²以上500cm²未満</td><td>60点</td></tr> <tr> <td>4</td><td>3,000cm²以上6,000cm²未満</td><td>160点</td><td>3</td><td>500cm²以上3,000cm²未満</td><td>90点</td></tr> <tr> <td>5</td><td>6,000cm²以上</td><td>275点</td><td>4</td><td>3,000cm²以上6,000cm²未満</td><td>160点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>6,000cm²以上</td><td>275点</td></tr> </table>	1	100cm ² 未満	45点	◇点数の引き上げ		2	100cm ² 以上500cm ² 未満	60点	1	100cm ² 未満	52点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	90点	2	100cm ² 以上500cm ² 未満	60点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	160点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	90点	5	6,000cm ² 以上	275点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	160点				5	6,000cm ² 以上	275点	
1	100cm ² 未満	45点	◇点数の引き上げ																																			
2	100cm ² 以上500cm ² 未満	60点	1	100cm ² 未満	52点																																	
3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	90点	2	100cm ² 以上500cm ² 未満	60点																																	
4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	160点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	90点																																	
5	6,000cm ² 以上	275点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	160点																																	
			5	6,000cm ² 以上	275点																																	
J 001	熱傷処置	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td>100cm²未満</td><td style="width: 10%;">135点</td><td>◇点数の引き上げ</td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td>100cm²以上500cm²未満</td><td>147点</td><td>1</td><td>100cm²未満</td><td>135点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>500cm²以上3,000cm²未満</td><td>225点</td><td>2</td><td>100cm²以上500cm²未満</td><td>147点</td></tr> <tr> <td>4</td><td>3,000cm²以上6,000cm²未満</td><td>420点</td><td>3</td><td>500cm²以上3,000cm²未満</td><td>270点</td></tr> <tr> <td>5</td><td>6,000cm²以上</td><td>1,250点</td><td>4</td><td>3,000cm²以上6,000cm²未満</td><td>504点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>6,000cm²以上</td><td>1,500点</td></tr> </table>	1	100cm ² 未満	135点	◇点数の引き上げ		2	100cm ² 以上500cm ² 未満	147点	1	100cm ² 未満	135点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	225点	2	100cm ² 以上500cm ² 未満	147点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	420点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	270点	5	6,000cm ² 以上	1,250点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	504点				5	6,000cm ² 以上	1,500点	
1	100cm ² 未満	135点	◇点数の引き上げ																																			
2	100cm ² 以上500cm ² 未満	147点	1	100cm ² 未満	135点																																	
3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	225点	2	100cm ² 以上500cm ² 未満	147点																																	
4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	420点	3	500cm ² 以上3,000cm ² 未満	270点																																	
5	6,000cm ² 以上	1,250点	4	3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満	504点																																	
			5	6,000cm ² 以上	1,500点																																	
J 005	脳室穿刺	500点	◇点数の引き上げ	600点																																		
J 007	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	220点	◇点数の引き上げ	264点																																		
J 011	骨髓穿刺	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td>胸骨</td><td style="width: 10%;">260点</td><td>◇点数の引き上げ</td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td>その他</td><td>280点</td><td>1</td><td>胸骨</td><td>310点</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>その他</td><td>330点</td></tr> </table>	1	胸骨	260点	◇点数の引き上げ		2	その他	280点	1	胸骨	310点				2	その他	330点																			
1	胸骨	260点	◇点数の引き上げ																																			
2	その他	280点	1	胸骨	310点																																	
			2	その他	330点																																	
J 012	腎囊胞又は水腎症穿刺	240点	◇点数の引き上げ	280点																																		
J 017	エタノールの局所注入(施設基準)	1,000点	◇点数の引き上げ	1,200点																																		
J 017-2	リンパ管腫局所注入	1,000点	◇点数の引き上げ	1,020点																																		
J 019	持続的胸腔ドレナージ(開始日)	550点	◇点数の引き上げ	660点																																		

J 024	酸素吸入		◇要件の見直し [算定要件] (対象患者) 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して低濃度酸素吸入を行った場合にも算定できる。
J 026-2	鼻マスク式補助換気法 (1日につき)	65点	◇点数の引き上げ 160点
J 026-4	ハイフローセラピー (1日につき)	160点	◇項目の見直し 1 15歳未満の患者 282点 2 15歳以上の患者 192点
J 027	高気圧酸素治療 (1日につき)	1 救急的なもの イ 1人用高圧酸素治療 5,000点 ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000点 2 非救急的なもの 200点	◇項目の見直し 1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点 2 その他のもの 3,000点
	長時間加算		◇ (加算の) 新設 長時間加算 500点 「1」について、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合に、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に加算する (3,000点を限度)。
J 030	食道ブジー法	100点	◇点数の引き上げ 120点
J 031	直腸ブジー法	100点	◇点数の引き上げ 120点
J 034-2	EDチューブ挿入術	ED チューブ挿入術	◇名称の見直し 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術
J 034-3	内視鏡的結腸軸捻転解除術 (一連につき)		◇新設 内視鏡的結腸軸捻転解除術 5,360点
J 038	人工腎臓 (1日につき)	1 慢性維持透析 イ 4時間未満 2,010点 ロ 4時間以上5時間未満 2,175点 ハ 5時間以上 2,310点 2 慢性維持透析濾過 (複雑なもの) 2,225点 3 その他 1,580点	◇項目の見直し、施設基準の追加 1 慢性維持透析 1 (施設基準) イ 4時間未満 1,980点 ロ 4時間以上5時間未満 2,140点 ハ 5時間以上 2,275点 2 慢性維持透析 2 (施設基準) イ 4時間未満 1,940点 ロ 4時間以上5時間未満 2,100点 ハ 5時間以上 2,230点 3 慢性維持透析 3 イ 4時間未満 1,900点 ロ 4時間以上5時間未満 2,055点 ハ 5時間以上 2,185点 4 その他 1,580点 [施設基準] 「1」: 下記のいずれかに該当する医療機関。 (1)透析用監視装置の台数が一定以下の医療機関。 (2)透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を算定した患者数が一定未満。 「2」: 下記のいずれにも該当する医療機関。 (1)透析用監視装置の台数が一定以上の医療機関。 (2)透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を算定した患者数が一定の範囲内。 [算定要件] (追加) (1)関連学会から示されている基準に基づき、水質管理を適切に実施する。 (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を1名以上配置。 【経過措置】 算定要件にかかわらず、平成31年3月31日までは算定できる。
時間外・休日加算	300点	◇点数の引き上げ	380点
導入期加算 (施設基準)	300点	◇項目の見直し イ 導入期加算1 ロ 導入期加算2 【施設基準】 加算1 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 加算2 (1)加算1の施設基準を満たしていること。 (2)腹膜透析の指導管理に係る実績があること。 (3)腎移植の推進に係る取組の実績があること。	300点 400点
障害者等加算	120点	◇点数の引き上げ	140点
透析液水質確保加算 (施設基準)	イ 透析液水質確保加算1 8点 ロ 透析液水質確保加算2 20点	◇項目の見直し 透析液水質確保加算 【施設基準】 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製し、使用していること。	10点
長時間加算 (1回につき)		◇(加算の)新設 長時間加算 【算定要件】 以下の患者であって、通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対し、6時間以上的人工腎臓を行った場合に算定する。 (1)心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者 (2)適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者 (3)高リン血症が持続する患者	150点
慢性維持透析濾過加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 慢性維持透析濾過加算 【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う。 【施設基準】 透析液水質確保加算の施設基準参照。	50点
J 043-4	経管栄養カテーテル交換法	経管栄養カテーテル交換法	◇名称の見直し 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
J 043-5	尿路ストーマカテーテル交換法		◇(加算の)新設 6歳未満の乳幼児加算
J 049	食道圧迫止血チューブ挿入法	2,700点	◇点数の引き上げ
J 050	気管内洗浄(1日につき)	240点	◇点数の引き上げ
			280点

J 056	いぼ冷凍凝固法	いぼ冷凍凝固法 1 3 カ所以下 2 4 カ所以上	210点 260点	◇名称の見直し、点数の引き上げ いぼ等冷凍凝固法 1 3 カ所以下 210点 2 4 カ所以上 270点 [算定要件] 脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法は当該点数により算定する。
J 057-3	鷄眼・胼胝処置	月1回に限り算定する		◇要件の見直し 月2回に限り算定する
J 062	腎孟内注入(尿管カテーテル法を含む)		1,080点	◇点数の引き上げ 1,290点
J 066	尿道拡張法		180点	◇点数の引き上げ 216点
J 067	誘導ブジー法		180点	◇点数の引き上げ 216点
J 071	羊水穿刺(羊水過多症の場合)		120点	◇点数の引き上げ 144点
J 075	陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法		340点	◇点数の引き上げ 408点
J 077	子宮出血止血法	1 分娩時 2 分娩外	520点 45点	◇点数の引き上げ 1 分娩時 624点 2 分娩外 45点
J 081	分娩時鈍性頸管拡張法		380点	◇点数の引き上げ 456点
J 082-2	薬物放出子宮内システム処置	1 挿入術 2 除去術	200点 150点	◇点数の引き上げ 1 挿入術 240点 2 除去術 150点
J 085-2	人工羊水注入法		600点	◇点数の引き上げ 720点
J 113	耳垢栓塞除去(複雑なもの)	1 片側 2 両側 6歳未満の乳幼児加算	100点 150点 50点	◇点数の引き上げ 1 片側 100点 2 両側 180点 6歳未満の乳幼児加算 55点
J 116-5	酵素注射療法		490点	◇点数の引き上げ 2,490点
J 122~ J 129-4	(ギプス) 乳幼児加算	対象患者: 3歳未満		◇要件の見直し 対象患者: 6歳未満
J 122	四肢ギプス包帯	1 鼻ギプス 2 手指及び手、足(片側) 3 半肢(片側) 4 内反足矯正ギプス包帯(片側) 5 上肢、下肢(片側) 6 体幹から四肢にわたるギプス包帯(片側)	310点 490点 780点 950点 1,200点 1,700点	◇点数の引き上げ 1 鼻ギプス 310点 2 手指及び手、足(片側) 490点 3 半肢(片側) 780点 4 内反足矯正ギプス包帯(片側) 1,140点 5 上肢、下肢(片側) 1,200点 6 体幹から四肢にわたるギプス包帯(片側) 1,840点
J 123	体幹ギプス包帯		1,250点	◇点数の引き上げ 1,500点
J 126	斜頸矯正ギプス包帯		1,500点	◇点数の引き上げ 1,670点
J 127	先天性股関節脱臼ギプス包帯		2,000点	◇点数の引き上げ 2,400点
J 128	脊椎側弯矯正ギプス包帯		3,000点	◇点数の引き上げ 3,440点

手 術			
通則4	施設基準を満たすことを要する手術	施設基準を届出した医療機関において行われる場合に限り算定する。K007（注に規定する加算を算定する場合に限る）、K022の1（中略） K910-3	◇要件の見直し 下記を追加。 K014-2、K133-2、K268の6、K320-2、K400の3、K463-2、K474-3の2、K475（※）、K520の4、K554-2、K555-3、K559-3、K602-2、K647-3、K664-3、K665の2、K668-2、K684-2、K700-3、K716-4、K716-6、K730の3、K731の3、K777の1、K792の1、K808の1、K818（1において※）、K819（※）、K819-2（※）、K825（※）、K830（※）、K851（1において※）、K858の1、K859（2、4及び5において※）、K877（※）、K877-2（※）、K888（※）※別に厚労大臣が定める患者に対して行う場合に限る
通則5	施設基準を満たすことを要する手術	施設基準を満たす医療機関において行われる場合に限り算定する。K011、K020、（中略） 胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く）	◇要件の見直し 下記を追加。 K076-2、K190-2、K529-3、K594-2
通則6	施設基準を満たすことを要する手術	施設基準を満たす医療機関において行われる場合に限り算定する。K528、K528-3、（中略） K773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る）	◇要件の見直し 下記を追加。 K684-2
通則7	極低出生体重児加算	対象手術 K138、K142の6、（中略）K913	◇要件の見直し 下記を追加。 K149-2、K684-2、K805-2、K805-3
通則9	頸部郭清術を併施	対象手術 K293、K294、（中略）K463	◇要件の見直し 下記を追加。 K463-2
通則17	周術期口腔機能管理後手術加算	[対象手術] 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、全身麻酔下で実施した以下の手術 (1)第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）、第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術 (2)第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く））に掲げる手術	◇要件の見直し [対象手術] 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に実施した以下の手術 (1)全身麻酔下で実施した以下の手術 ①K082人工関節置換術のうち、股関節の手術 ②第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）、第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術 ③第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く））に掲げる手術 (2)K922造血幹細胞移植
通則18	内視鏡下手術用支援機器使用でも算定できる手術（施設基準）		◇新設 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る）に掲げる手術について、施設基準届出医療機関において内視鏡下手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。
K007	皮膚悪性腫瘍切除術 悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	◇名称の見直し センチネルリンパ節加算
K046-3	一時的創外固定骨折治療術		◇新設 一時的創外固定骨折治療術 34,000点

K060-2	肩関節周囲沈着石灰摘出術	3,600点	◇項目の見直し、点数の引き上げ 肩関節周囲沈着石灰摘出術 1 観血的に行うもの 8,640点 2 関節鏡下で行うもの 12,720点
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術 複数椎間板加算		◇(加算の)新設 複数椎間板加算 所定点数の50/100 「2」(後方摘出術)において、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに加算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。
K169	頭蓋内腫瘍摘出術 原発性悪性脳腫瘍 光線力学療法加算	原発性悪性脳腫瘍光線加算 10,000点	◇点数の引き上げ 原発性悪性脳腫瘍光線加算 12,000点
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング バイパス術併用加算	バイパス術併用加算 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に加算する。	◇名称・要件の見直し ローフローバイパス術併用加算 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に加算する。
	ハイフローバイパス術併用加算		◇(加算の)新設 ハイフローバイパス術併用加算 30,000点 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に加算する。
K463-2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術		◇新設 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術 1 切除 27,550点 2 全摘及び亜全摘 37,160点
K476	乳腺悪性腫瘍手術 乳がんセンチネルリンパ節加算1	放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合に加算する。	◇要件の見直し 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合に加算する。
K514-6	生体部分肺移植術 両側肺移植加算		◇(加算の)新設 両側肺移植加算 45,000点 両側肺を移植した場合に加算する。
K523-2	硬性内視鏡下食道異物摘出術		◇新設 硬性内視鏡下食道異物摘出術 5,360点 [算定要件] 併せて行ったK369咽頭異物摘出術(2に限る)及びK653-3内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。
K546 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈ステント留置術		◇要件の見直し 「3 その他のもの」は、原則として以下のいずれかの病変に対して実施した場合に算定する。 (1)90%以上の狭窄病変 (2)患者の狭心症状の原因と考えられる狭窄病変 (3)機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因病変と確認されている狭窄病変 カルテとレセプトの摘要欄に、(1)から(3)までのいずれかに該当する医学的根拠について記載する。ただし、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由をカルテとレセプトの摘要欄に記載する。
K555-3	胸腔鏡下弁置換術		◇新設 胸腔鏡下弁置換術 1 1弁のもの 115,500点 2 2弁のもの 130,200点 [算定要件](加算) 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を

			行った場合に加算する。
K559-3	経皮的僧帽弁クリップ術		◇新設 経皮的僧帽弁クリップ術 34,930点 [算定要件] 手術に伴う画像診断、検査の費用は算定しない。
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190点	◇廃止
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術		◇新設 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 31,710点
K689-2	経皮経肝バルーン拡張術		◇新設 経皮経肝バルーン拡張術 12,270点 [算定要件] 手術に伴う画像診断、検査の費用は算定しない。
K695	肝切除術 局所穿刺療法併用 加算		◇(加算の)新設 局所穿刺療法併用加算 6,000点 K697-2肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又はK697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合 に加算する。
K716-3	移植用部分小腸採取術(生体)		◇新設 移植用部分小腸採取術(生体) 56,850点 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれる。
K716-4	生体部分小腸移植術		◇新設 生体部分小腸移植術 164,240点 (1)生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の 摘出のために要した提供者の療養上の費用として、 所定点数により算定した点数を加算する。 (2)小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれる。
K716-5	移植用小腸採取術(死体)		◇新設 移植用小腸採取術(死体) 65,140点 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれる。
K716-6	同種死体小腸移植術		◇新設 同種死体小腸移植術 177,980点 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれる。
K740	直腸切除・切断術 人工肛門造設加算		◇(加算の)新設 人工肛門造設加算 2,000点 「1」「2」「3」について、人工肛門造設術を併せて実施した場合に加算する。
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・ 切断術 人工肛門造設加算		◇(加算の)新設 人工肛門造設加算 3,470点 「1」「2」について、人工肛門造設術を併せて実施した場合に加算する。
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,770点	◇廃止
K786	尿管膀胱吻合術 尿管形成加算		◇(加算の)新設 尿管形成加算 9,400点 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合に加算する。
性別適合手術の保険適用		性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療の ガイドラインに基づき、施設基準届出医療機関において施行される場合に、保険適用となる。	

		[手術の例] K830精巣摘出術、K825陰茎全摘術、K877子宮全摘術、K475乳房切除術 [施設基準] (1)性同一性障害学会が認定する常勤又は非常勤の医師を1名以上配置。 (2)当該医療機関において、当該手術の一定の実績を有している。 (3)性同一性障害学会の規定するレジストリに登録。 (4)日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守。	
K920	輸血 血液型検査加算	48点	◇点数の引き上げ 54点
	血液交叉試験加算 間接クームス検査 加算 コンピュータークロスマッチ加算	血液交叉試験加算 間接クームス検査 30点 34点	◇点数の引き上げ、(加算の)新設 血液交叉試験加算 間接クームス検査 コンピュータクロスマッチ加算 コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液 交叉試験加算、間接クームス検査加算は算定でき ない。
K922	造血幹細胞移植 非血縁者間移植加算		◇(加算の)新設 非血縁者間移植加算 「1」「2」の「イ」(同種移植)について、非血縁 者間移植を実施した場合に加算する。 10,000点
	コーディネート体制充実加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 コーディネート体制充実加算 「1」「2」について、施設基準届出医療機関に おいて実施した場合に加算する。 1,500点
K924-2	自己クリオプレシ ピテート作製術 (用手法) (施設基準)		◇新設 自己クリオプレシピテート作製術(用手法) 1,760点
K932	創外固定器加算		◇要件の見直し 対象手術に追加: K180-3、K443
K936	自動縫合器加算	対象手術 自動縫合器使用: K488-4、K511 (中略) K817の3	◇要件の見直し 対象手術 (1)自動縫合器使用: 以下を追加。 K524-3、K529-3、K655-5、K662、K662-2、K674- 2、K695-2の4からK695-2の6まで、K700から K700-3まで、K703-2、K716-2、K735-5、K803-2、 K803-3 (2)左心耳閉塞用クリップ使用: K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3 まで、K560、K594の3
K936-2	自動吻合器加算		◇要件の見直し 対象手術に追加: K529-3、K655-5、K803-2、K803-3
K937-2	術中グラフト血流 測定加算	[算定要件] 冠動脈血行再建術に当たって、 グラフト血流を測定した場合に算 定する。	◇要件の見直し [算定要件] 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測 定した場合に算定する。
K939	画像等手術支援加 算	1. ナビゲーション 2. 実物大臓器立体モデル	◇要件の見直し 対象手術にそれぞれ下記を追加。 「1」: K511の2、K513の2、K514の2、K514-2 の2 「2」: K227、K427、K429、K433
K939-7	レーザー機器加算 (施設基準)		◇新設 レーザー機器加算 1 レーザー機器加算1 2 レーザー機器加算2 50点 100点

		3 レーザー機器加算 3 [算定要件] (1)施設基準届出医療機関においてレーザー照射により手術を行った場合に算定する。 (2)対象手術 「1」: K406の1、K413の1、K421の1、K423の1、K448 「2」: K413の2 「3」: K406の2、K409、K411、K421の2、K423の2、K451、K452	200点
麻 醉			
L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	<p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、K552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻醉の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める 麻醉が困難な患者に行う場合 24,900点 ロ 「イ」以外の場合 18,300点</p> <p>2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く）もしくはK552-2冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻醉、低体温麻醉、分離肺換気による麻醉もしくは高頻度換気法による麻醉の場合（1に掲げる場合を除く） イ 別に厚生労働大臣が定める 麻醉が困難な患者に行う場合 16,600点 ロ 「イ」以外の場合 12,200点</p> <p>3 1もしくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻醉が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く） イ 別に厚生労働大臣が定める 麻醉が困難な患者に行う場合 12,450点 ロ 「イ」以外の場合 9,150点</p> <p>4 腹腔鏡を用いた手術もしくは検査が行われる場合又は側臥位で麻醉が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く） イ 別に厚生労働大臣が定める 麻醉が困難な患者に行う場合 9,130点 ロ 「イ」以外の場合 6,710点</p> <p>5 その他の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める 麻醉が困難な患者に行う場合 8,300点 ロ 「イ」以外の場合 6,100点</p>	<p>◇点数の見直し (略)</p> <p>ロ 「イ」以外の場合 18,200点 (略)</p> <p>ロ 「イ」以外の場合 12,100点 (略)</p> <p>ロ 「イ」以外の場合 9,050点 (略)</p> <p>ロ 「イ」以外の場合 6,610点 (略)</p> <p>ロ 「イ」以外の場合 6,000点</p>

	術中経食道心エコー 連続監視加算	術中経食道心エコー連続監視加算 880点 次の場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合に加算する。 「心臓手術が行われる場合」「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患もしくは弁膜症のものに行われる場合」	◇項目の見直し 術中経食道心エコー連続監視加算 次の場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合にそれぞれ加算する。 「心臓手術が行われる場合」「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患もしくは弁膜症のものに行われる場合」： 880点 「弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的心臓手術が行われる場合」： 1,500点
	術中脳灌流モニタ リング加算		◇(加算の)新設 術中脳灌流モニタリング加算 1,000点 [算定要件] K609 動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。） 又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に加算する。
L009	麻酔管理料(Ⅰ) (施設基準)	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900点	◇点数の引き上げ 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点
	長時間麻酔管理加 算	[算定要件] (対象手術) K017、K020、(中略)及びK801の1	◇要件の見直し [算定要件] (対象手術) 以下を追加。 K142-2の1、K154-2、K169の1、K172、K177、K314の2、K394の2、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のニ、K560の4、K560-2の2のニ、K567の3、K580の2、K582の2、K583、K585、K586の2、K587、K592-2、K610の1、K675の4、K695の4、K695の6、K695の7、K703、K704、K803の2、K803の4及びK803-2
L010	麻酔管理料(Ⅱ) (施設基準)	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点	◇点数の引き上げ 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点
L105	硬膜外ブロックに おける麻酔剤の持 続的注入（1日に つき）（チューブ 挿入当日を除く）	硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く）。	◇名称の見直し 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。）

放 射 線 治 療

M000	放射線治療管理料 外来放射線治療加 算（施設基準）	[算定要件] (対象患者) 放射線治療(体外照射「2」高エネ ルギー放射線治療、「3」強度変 調放射線治療 (IMRT)) を行う 悪性腫瘍の外来患者	◇要件の見直し [算定要件] (対象患者) 放射線治療(体外照射「2」高エネルギー放射線治療、「3」強度変調放射線治療 (IMRT)) を行う悪性腫瘍の外来患者及び他院入院中の患者
	遠隔放射線治療計 画加算（施設基準）		◇(加算の)新設 遠隔放射線治療計画加算 2,000点 [算定要件] 緊急時の放射線治療の治療計画を別の施設基準届

			出医療機関と共同して策定した場合に一連の治療につき1回に限り加算する。
M000-2	放射性同位元素内用療法管理料	1 甲状腺癌に対するもの 1,390点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点	◇項目の見直し 1 甲状腺癌に対するもの 1,390点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 2,630点 <p>[算定要件] (「5」について) 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p>
M001	体外照射 (施設基準)	3 強度変調放射線治療 (IMRT) イ 1回目 3,000点 ロ 2回目 1,500点	◇項目の見直し 3 強度変調放射線治療 (IMRT) 3,000点
	画像誘導放射線治療加算 (施設基準)	画像誘導放射線治療加算 300点	◇項目の見直し 画像誘導放射線治療加算 イ 体表面の位置情報によるもの 150点 ロ 骨構造の位置情報によるもの 300点 ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450点 <p>[算定要件] 放射線治療を専ら担当する常勤医師が、下記に係る画像誘導放射線治療 (IGRT) による体外照射を行った場合に患者1人1日につき1回に限り加算する。 (1)高エネルギー放射線治療の「4門以上の照射」「運動照射」「原体照射」 (2)強度変調放射線治療 (IMRT)</p>
	1回線量增加加算 (施設基準)		◇(加算の)新設 1回線量增加加算 1,000点 <p>[算定要件] 1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合に加算する。</p>
M001-4	粒子線治療 (一連につき) (施設基準)	1 重粒子線治療の場合 150,000点 2 陽子線治療の場合 150,000点	◇要件・項目の見直し 1 希少な疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 187,500点 ロ 陽子線治療の場合 187,500点 2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 110,000点 ロ 陽子線治療の場合 110,000点 <p>[算定要件] 施設基準届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。</p>
病 理 診 断			
通則	医療機関間の連携による病理診断	[算定要件] (医療機関間連携の対象) (1)標本	◇要件の見直し [算定要件] (医療機関間連携の対象) (1)標本 (2)検体 (3)デジタル病理画像

N000	病理組織標本作成	病理組織標本作成 (1臓器につき) 860点	◇名称・項目の見直し 病理組織標本作成 1 組織切片によるもの (1臓器につき) 860点 2 セルブロック法によるもの(1部位につき) 860点
N003-2	術中迅速細胞診	術中迅速細胞診 (1手術につき) 450点	◇名称・項目の見直し 迅速細胞診 1 手術中の場合(1手術につき) 450点 2 検査中の場合(1検査につき) 450点
N004	細胞診	1 婦人科材料等によるもの 150点	◇項目の見直し 1 婦人科材料等によるもの 150点
		2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点	2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点
	婦人科材料等液状化検体細胞診加算	婦人科材料等液状化検体細胞診加算 18点	◇点数の引き上げ 婦人科材料等液状化検体細胞診加算 36点
N005-3	PD-L1タンパク免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製		◇新設 PD-L1タンパク免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製 2,700点
N006	病理診断料	組織診断料(月1回) 450点 [算定要件] (対象となる標本) 自院または他院で下記により作成された標本 (1)病理組織標本作成 (2)電子顕微鏡病理組織標本作製 (3)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作成 (4)術中迅速病理組織標本作製	◇要件の見直し 組織診断料(月1回) 450点 [算定要件] (対象となる標本) 自院または他院で下記により作成された標本 (1)病理組織標本作成 (2)電子顕微鏡病理組織標本作製 (3)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作成 (4)術中迅速病理組織標本作製 (5)上記(1)(3)により作製された組織標本のデジタル病理画像 [算定要件] (デジタル病理画像について) (1)病理診断を専ら担当する医師。 (2)デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断。 (3)デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とする。 [施設基準] (デジタル病理画像について) (1)病理診断管理加算に係る施設基準届出医療機関。 (2)デジタル病理画像の管理を行うにつき、十分な体制を整備。
	病理診断管理加算		◇要件の見直し 院外(自宅等)におけるICTを活用した読影に算定を認める。 [算定要件] (1)病理診断を専ら担当する常勤の医師。 (2)当該医療機関において週24時間以上勤務実態。 (3)デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察。 (4)結果を文書により診療担当医に報告。 ※なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、当該医師の勤務状況を適切に把握する。
	悪性腫瘍病理組織標本加算		◇(加算) 新設 悪性腫瘍病理組織標本加算 150点

(施設基準)	[算定要件] 悪性腫瘍に係る手術の検体から下記により作成された組織標本に基づく診断を行った場合に組織診断料に加算する。 (1)病理組織標本作成「1」(組織切片によるもの) (2)免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作成
--------	---

そ の 他

医療従事者の常勤配置の緩和	<p>1. 医師 小児科、産婦人科、その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。</p> <p>[対象] <小児科> 新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、小児食物アレルギー負荷検査、障害児(者)リハビリ料 <産婦人科> ハイリスク分娩管理加算(常勤の産婦人科又は産科に従事する医師3名のうち、常勤換算でも配置できるのは、2名までに限る) <リハビリテーション科> 疾患別リハビリ料(初期加算を含む)、難病患者リハビリ料、障害児(者)リハビリ料(再掲)、がん患者リハビリ料、認知症患者リハビリ料、リンパ浮腫複合的治療料、集団コミュニケーション療法料 <精神科> 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、認知症ケア加算、通院・在宅精神療法児童思春期精神科専門管理加算、救急患者精神科継続支援料、抗精神病特定薬剤治療指導管理料、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料、医療保護入院等診療料、精神科重症患者早期集中支援管理料 <麻酔科> 麻酔管理料(Ⅱ)(常勤の麻酔科標榜医5名のうち、常勤換算でも配置できるのは、4名までに限る) <その他> 高度難聴指導管理料、糖尿病合併症管理料、移植後患者指導管理料、遺伝カウンセリング加算、長期継続頭蓋内脳波検査、脳磁図、神経学的検査、補聴器適合検査</p> <p>2. リハビリに係るリハビリ専門職及び看護師 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。</p> <p>[対象] 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、疾患別リハビリ料、摂食機能療法経口摂取回復促進加算、難病患者リハビリ料、障害児(者)リハビリ料、がん患者リハビリ料、認知症患者リハビリ料、リンパ浮腫複合的治療料、集団コミュニケーション療法料 ※例 脳血管疾患リハビリ料(Ⅰ)については、専従の常勤理学療法士5名、常勤作業療法士3名及び常勤言語聴覚士1名のうち、常勤換算でも配置できるのは、理学療法士4名、作業療法士2名及び言語聴覚士1名までに限る。</p> <p>3. 管理栄養士 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。</p> <p>4. 看護師 外来において常勤職員の配置が求められている糖尿病合併症管理料について、非常勤職員でも配置可能とする。</p>
病床数の要件の見直し	<p>◇要件の見直し 初診料、外来診療料、在宅患者緊急入院診療加算、地域包括ケア病棟入院料、在宅患者共同診療料における一定規模の病院の基準を500床から400床に変更する。</p> <p>[経過措置] (1)在宅患者緊急入院診療加算 平成31年4月1日より適用することとする。 (2)地域包括ケア病棟入院料 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1、2を2病棟以上届け出ている医療機関であって、許可病床数が400床以上の医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p>
明細書の無料発行	公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く)についても、電子レセプト請求を行っている医療機関は、自己負担がある患者と同様に、

	<p>無料発行を原則義務とする。 ※現行は患者からの求めがあったときに限られている。</p>
情報通信技術（ICT）を活用した関係機関の連携	<p>対面でのカンファレンス等を求める評価について、一定の条件下で情報通信技術（ICT）を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。 [対象] 感染防止対策加算、入退院支援加算1、退院時共同指導料1、2、退院時共同指導料2の3者以上共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、精神科在宅患者支援管理料、精神科重症患者支援管理連携加算 [留意事項] (1)当該カンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情等により参加できない場合は、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。 (2)なお、当該カンファレンスにおいて、患者の個人情報を画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p>
事務の効率化・合理化等 情報利活用の追伸 推進	<p>1 医療機関等における業務の効率化・合理化等 (1)入院基本料等に係る施設基準の届出項目や手続き等について、重複した内容の項目などについて、届出の省略や手続きの簡素化を行う。 (2)レセプトについて、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。 (3)病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。</p> <p>2 診療報酬に関するデータの利活用推進 (1)電子レセプト等について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、患者氏名にカタカナ併記の協力を求める。 (2)診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。 (3)診療実績データの記載項目に、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コードを記載する。 (4)診療報酬の請求にあたって使用する精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いる。</p>

第3部 検査

別表1

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				
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→ 9	D001 2				
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2				
D001 3	ウロビリノゲン(尿)	16	→ 16	D001 3				
D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→ 16	D001 3				
D001 3	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3				
D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→ 17	D001 4				
D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→ 41	D001 5				
D001 6	アルブミン定性(尿)	49	→ 49	D001 6				
D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→ 72	D001 7				
D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→ 72	D001 7				
D001 8	アルブミン定量(尿)	108	→ 105	D001 8				
D001 9	トランスクフェリン(尿)	110	→ 107	D001 9				
D001 9	ウロポルフィリン(尿)	110	→ 108	D001 10				
D001 10	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	112	→ 112	D001 11				
D001 11	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 12				
D001 12	ミオイノシトール(尿)	120	→ 120	D001 13				
D001 13	コプロポルフィリン(尿)	143	→ 139	D001 14				
D001 14	ポルフォビリノゲン(尿)	191	→ 191	D001 15				
D001 14	総ヨウ素(尿)	191	→ 191	D001 15				
D001 15	IV型コラーゲン(尿)	200	→ 194	D001 16				
—	— シュウ酸(尿)	—	→ 200	D001 17	(新設)			
D001 16	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210	→ 210	D001 18				
—	— 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)	—	→ 210	D001 18	(新設)			
D002	尿沈渣(鏡検法)	27	→ 27	D002				
D002 注3	染色標本加算	9	→ 9	D002 注3				
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	24	→ 24	D002-2				
D003	糞便検査			D003				
D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1				
D003 1	ウロビリン(糞便)	15	→ 15	D003 1				
D003 2	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				

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		
D003 3	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	
D003 4	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 5	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 6	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	
D003 7	糞便中ヘモグロビン	41	→ 41	D003 7	
D003 8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56	→ 56	D003 8	
D003 9	キモトリプシン(糞便)	80	→ -	- -	(削除)
--	カルプロテクチン(糞便)	-	→ 276	D003 9	(新設)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ -	- -	(削除)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 1	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 2	
D004 4	膣液一般検査	62	→ 62	D004 3	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 4	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 5	
D004 7	顆粒球エラスター定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 6	
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 6	
D004 8	顆粒球エラスター(子宮頸管粘液)	128	→ 125	D004 7	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腫分泌液)	170	→ -	- -	(削除)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 8	
D004 11	II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ -	- -	(削除)
D004 12	IgGインデックス	439	→ 426	D004 9	
D004 13	オリゴクローナルバンド	543	→ 538	D004 10	
D004 14	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(膣液)	601	→ 593	D004 11	
D004 15	リン酸化タウ蛋白(膣液)	660	→ 641	D004 12	
D004 15	タウ蛋白(膣液)	660	→ 641	D004 12	
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査			D004-2 1	
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
D004-2 1	ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ハ K-ras 遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ニ EWS-Fli1遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ホ TLS-CHOP遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ヘ SYT-SSX遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ト c-kit 遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
D004-2 1	チ マイクロサテライト不安定性検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ヌ BRAF遺伝子検査	6,520	→ 6,520	D004-2 1	
D004-2 1	ル RAS遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
--	ヲ ROS1融合遺伝子検査	-	→ 2,500	D004-2 1	(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		
D004-2 注	2項目	— → 4,000		D004-2 注	(新設)
D004-2 注	3項目以上	— → 6,000		D004-2 注	(新設)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500 → 2,500		D004-2 2	
(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	
D005 2	網赤血球数	12 → 12		D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15 → 15		D005 3	
D005 3	好酸球 (鼻汁・喀痰)	15 → 15		D005 3	
D005 3	末梢血液像 (自動機械法)	15 → 15		D005 3	
D005 4	好酸球数	17 → 17		D005 4	
D005 5	末梢血液一般検査	21 → 21		D005 5	
D005 6	末梢血液像 (鏡検法)	25 → 25		D005 6	
D005 6	注 特殊染色加算 (特殊染色ごとに)	27 → 27		D005 6	
D005 7	血中微生物検査	40 → 40		D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	45 → 45		D005 8	
D005 9	ヘモグロビン A1c (HbA1c)	49 → 49		D005 9	
D005 10	自己溶血試験	50 → 50		D005 10	
D005 10	血液粘稠度	50 → 50		D005 10	
D005 11	ヘモグロビン F (HbF)	60 → 60		D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233 → 233		D005 12	
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 13	
D005 14	骨髄像	837 → 837		D005 14	
D005 14	注 特殊染色加算 (特殊染色ごとに)	40 → 40		D005 14	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	2,000 → 2,000		D005 15	
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	
D006 2	全血凝固時間	18 → —		—	(削除)
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	
D006 4	フィブリノゲン定量	23 → 23		D006 4	
D006 4	クリオフィブリノゲン	23 → 23		D006 4	
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	

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	ヘパプラスチンテスト	29 → —	— —		(削除)
D006 8	血小板凝集能	50 → 50	D006 8		
D006 9	血小板粘着能	64 → 64	D006 9		
D006 10	アンチトロンビン活性	70 → 70	D006 10		
D006 10	アンチトロンビン抗原	70 → 70	D006 10		
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		
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		
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		
D006 11	プラスミン	80 → 80	D006 11		
D006 11	プラスミン活性	80 → 80	D006 11		
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	93 → 93	D006 12		
D006 13	プラスミノゲン活性	100 → 100	D006 13		
D006 13	プラスミノゲン抗原	100 → 100	D006 13		
D006 13	凝固因子インヒビター定性 (クロスマキシング試験)	100 → 100	D006 13		
D006 14	フィブリノゲン分解産物 (FgDP)	116 → —	— —		(削除)
D006 15	Dダイマー定性	131 → 128	D006 14		
D006 16	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	134 → 131	D006 15		
D006 17	Dダイマー半定量	135 → 131	D006 15		
D006 18	von Willebrand因子 (VWF) 活性	136 → 136	D006 16		
D006 19	α_2 -マクログロブリン	138 → 138	D006 18		
D006 20	Dダイマー	141 → 137	D006 17		
D006 21	PIVKA-II	143 → 143	D006 19		
D006 22	凝固因子インヒビター	155 → 152	D006 20		
D006 22	von Willebrand因子 (VWF) 抗原	155 → 155	D006 21		
D006 23	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	162 → 162	D006 22		
D006 24	プロテインS抗原	167 → 162	D006 22		
D006 25	プロテインS活性	170 → 170	D006 23		
D006 26	β -トロンボグロブリン (β -TG)	177 → 177	D006 24		
D006 27	血小板第4因子 (PF ₄)	178 → 178	D006 25		
D006 28	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	191 → 186	D006 26		
D006 29	プロトロンビンフラグメント F1 + 2	193 → 193	D006 27		
D006 30	トロンボモジュリン	205 → 205	D006 28		
D006 31	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)	229 → 229	D006 29		
D006 32	フィブリンモノマー複合体	233 → 233	D006 30		
D006 33	プロテインC抗原	247 → 246	D006 31		
D006 33	tPA・PAI-1複合体	247 → 247	D006 32		
D006 34	プロテインC活性	255 → 248	D006 33		
D006 35	フィブリノペプチド	300 → —	— —		(削除)
— —	ADAMTS13活性	— → 400	D006 34		(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		
— —	ADAMTS13インヒビター	— → 600	D006 35	(新設)	
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	722 → 722	D006 注		
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100 → 2,100	D006-2		
D006-3	Major BCR-ABL1		D006-3		
D006-3 1	mRNA定量（国際標準値）		D006-3 1		
D006-3 1	イ 診断の補助に用いるもの	2,520 → 2,520	D006-3 1		
D006-3 1	ロ モニタリングに用いるもの	2,520 → 2,520	D006-3 1		
D006-3 2	mRNA定量（1以外のもの）	1,200 → 1,200	D006-3 2		
D006-4	遺伝学的検査	3,880 → —	D006-4	(項目の分割)	
— —	処理が容易なもの	— → 3,880	D006-4 1		
— —	処理が複雑なもの	— → 5,000	D006-4 2		
— —	処理が極めて複雑なもの	— → 8,000	D006-4 3		
D006-5	染色体検査（すべての費用を含む。）	2,712 → 2,631	D006-5		
D006-5 注	分染法加算	397 → 397	D006-5 注		
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520 → 2,504	D006-6		
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100 → 2,100	D006-7		
D006-8	サイトケラチン19 (KRT19) mRNA検出	2,400 → 2,400	D006-8		
D006-9	WT1 mRNA	2,520 → 2,520	D006-9		
D006-10	CCR 4 タンパク（フローサイトメトリー法）	10,000 → 10,000	D006-10		
— —	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	— → 3,300	D006-11	(新設)	
— —	EGFR遺伝子検査（血漿）	— → 2,100	D006-12	(新設)	
— —	骨髄微小残存病変量測定		D006-13	(新設)	
— —	遺伝子再構成の同定に用いるもの	— → 3,500	D006-13 1	(新設)	
— —	モニタリングに用いるもの	— → 2,100	D006-13 2	(新設)	
(生化学的検査(I))					
D007	血液化学検査				
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		
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		
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		
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		
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		

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	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 → -		- -	(削除)
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	
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	
D007 1	アルドラーーゼ	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	
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	
D007 1	不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)	11 → 11		D007 1	
D007 1	総鉄結合能 (TIBC) (比色法)	11 → 11		D007 1	
D007 2	リン脂質	15 → 15		D007 2	
D007 3	HDL-コレステロール	17 → 17		D007 3	
D007 3	無機リン及びリン酸	17 → 17		D007 3	
D007 3	総コレステロール	17 → 17		D007 3	
D007 3	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)	17 → 17		D007 3	
D007 3	アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	17 → 17		D007 3	
D007 4	LDL-コレステロール	18 → 18		D007 4	
D007 4	蛋白分画	18 → 18		D007 4	
D007 5	銅 (Cu)	23 → 23		D007 5	
D007 6	リパーゼ	24 → 24		D007 6	
D007 7	イオン化カルシウム	26 → 26		D007 7	
D007 8	マンガン (Mn)	27 → 27		D007 8	
D007 9	ムコ蛋白	29 → 29		D007 9	
D007 10	ケトン体	30 → 30		D007 10	
D007 11	アポリボ蛋白			D007 11	
D007 11	イ 1項目の場合	31 → 31		D007 11	
D007 11	ロ 2項目の場合	62 → 62		D007 11	
D007 11	ハ 3項目以上の場合	94 → 94		D007 11	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32 → 32		D007 12	
D007 13	グアナーゼ	35 → 35		D007 13	
D007 14	有機モノカルボン酸	47 → 47		D007 14	
D007 14	胆汁酸	47 → 47		D007 14	
D007 15	ALPアイソザイム	48 → 48		D007 15	
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48 → 48		D007 15	
D007 15	γ-GTアイソザイム	48 → 48		D007 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		
D007 15	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 15	重炭酸塩	48	→ 48	D007 15	
D007 16	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 16	
D007 16	リポ蛋白分画	49	→ 49	D007 16	
D007 17	アンモニア	50	→ 50	D007 17	
D007 18	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 18	
D007 18	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 18	
D007 19	コレステロール分画	57	→ 57	D007 19	
D007 20	ケトン体分画	59	→ 59	D007 20	
— —	遊離脂肪酸	—	→ 59	D007 20	(新設)
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 21	
D007 22	グルコースー6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)	80	→ 80	D007 22	
D007 22	リポ蛋白分画 (PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 22	
D007 22	1,5-アンヒドロ-D-グルクトール (1,5AG)	80	→ 80	D007 22	
D007 22	グリココール酸	80	→ 80	D007 22	
D007 23	CK-MB	90	→ 90	D007 23	
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)	95	→ 95	D007 24	
D007 24	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 24	
— —	総カルニチン	—	→ 95	D007 24	
— —	遊離カルニチン	—	→ 95	D007 24	
D007 25	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	96	→ 96	D007 25	
D007 26	リポ蛋白(a)	107	→ 107	D007 26	
D007 27	ヘパリン	108	→ 108	D007 27	
D007 28	フェリチン半定量	114	→ 111	D007 28	
D007 28	フェリチン定量	114	→ 111	D007 28	
D007 28	エタノール	114	→ 113	D007 29	
D007 29	ペントシジン	118	→ 118	D007 31	
D007 30	心筋トロポニンI	120	→ 117	D007 30	
D007 30	KL-6	120	→ 117	D007 30	
D007 30	イヌリン	120	→ 120	D007 32	
D007 30	心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量	120	→ 120	D007 32	
D007 31	アルミニウム(Al)	121	→ 118	D007 31	
D007 32	シスタチンC	124	→ 121	D007 33	
D007 33	リポ蛋白分画 (HPLC法)	129	→ 129	D007 34	
D007 34	肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)	130	→ 130	D007 35	
D007 34	ガラクトース	130	→ 130	D007 35	
D007 35	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D)	140	→ 136	D007 36	
D007 36	血液ガス分析	144	→ 140	D007 37	
D007 36	亜鉛(Zn)	144	→ 144	D007 39	
D007 36	プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)	144	→ 140	D007 37	

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 36	IV型コラーゲン	144 → 143		D007 38	
D007 36	セレン	144 → 144		D007 39	
D007 37	ミオグロビン定性	147 → 143		D007 38	
D007 37	ミオグロビン定量	147 → 143		D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	147 → 143		D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	147 → 143		D007 38	
D007 37	アルブミン非結合型ビリルビン	147 → 143		D007 38	
D007 38	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150 → 150		D007 41	
D007 39	アンギオテンシンI転換酵素(ACE)	152 → 148		D007 40	
D007 39	IV型コラーゲン・7S	152 → 148		D007 40	
D007 39	ビタミンB ₁₂	152 → 148		D007 40	
D007 40	葉酸	162 → 158		D007 42	
D007 41	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180 → 180		D007 43	
D007 42	ヒアルロン酸	184 → 184		D007 44	
D007 42	心室筋ミオシン軽鎖I	184 → 184		D007 44	
D007 43	アセトアミノフェン	190 → 190		D007 47	
D007 43	腫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 → 185		D007 45	
D007 44	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	191 → 189		D007 46	
D007 44	トリプシン	191 → 189		D007 46	
D007 45	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	200 → 200		D007 49	
D007 45	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	200 → 194		D007 48	
D007 46	ホスフォリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204 → 204		D007 50	
D007 47	赤血球コプロポルフィリン	210 → 210		D007 51	
D007 48	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	223 → 223		D007 52	
D007 49	肝細胞増殖因子(HGF)	227 → 227		D007 53	
D007 50	CKアイソフォーム	230 → -		- -	(削除)
D007 50	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230 → -		- -	(削除)
D007 51	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250 → 250		D007 54	
D007 51	α-フェトプロテイン(AFP)定性(腫分泌液)	250 → -		- -	(削除)
D007 52	ビタミンB ₁	259 → 253		D007 55	
D007 53	ビタミンB ₂	263 → 256		D007 56	
D007 54	赤血球プロトポルフィリン	280 → 272		D007 57	
D007 55	プロカルシトニン(PCT)定量	310 → 301		D007 58	
D007 55	プロカルシトニン(PCT)半定量	310 → 301		D007 58	
D007 55	プレセプシン定量	310 → 301		D007 58	
--	インフリキシマブ定性	- → 310		D007 59	(新設)
D007 56	ビタミンC	314 → 314		D007 60	
D007 57	1,25-ジヒドロキシビタミンD ₃	400 → 388		D007 61	
--	25-ヒドロキシビタミンD	- → 400		D007 62	(新設)
D007 注	包括項目：5項目以上7項目以下	93 → 93		D007 注	

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 注	包括項目：8項目又は9項目	99	→ 99	D007 注	
D007 注	包括項目：10項目以上	115	→ 112	D007 注	
(生化学的検査(II))					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト総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 3	ホモバニリン酸 (HVA)	69	→ 69	D008 3	
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)	98	→ 98	D008 6	
D008 7	レニン活性	103	→ 100	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン (T ₃)	108	→ 105	D008 8	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)	110	→ 107	D008 9	
D008 9	ガストリン	110	→ 107	D008 9	
D008 10	レニン定量	111	→ 111	D008 11	
D008 11	インスリン (IRI)	112	→ 109	D008 10	
D008 12	サイロキシン (T ₄)	114	→ 111	D008 11	
D008 13	成長ホルモン (GH)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	卵胞刺激ホルモン (FSH)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	C-ペプチド (CPR)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	黄体形成ホルモン (LH)	117	→ 114	D008 12	
D008 14	アルドステロン	131	→ 128	D008 13	
D008 14	テストステロン	131	→ 128	D008 13	
D008 15	遊離サイロキシン (FT ₄)	134	→ 130	D008 14	
D008 15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)	134	→ 134	D008 15	
D008 15	遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)	134	→ 130	D008 14	
D008 15	コルチゾール	134	→ 130	D008 14	
D008 15	サイロキシン結合グロブリン (TBG)	134	→ 130	D008 14	
D008 16	サイログロブリン	137	→ 137	D008 17	
D008 17	脳性N _a 利尿ペプチド (BNP)	140	→ 136	D008 16	
D008 17	サイロキシン結合能 (TBC)	140	→ 140	D008 18	
D008 17	脳性N _a 利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	140	→ 140	D008 18	
D008 18	カルシトニン	141	→ 141	D008 19	
D008 19	ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)	144	→ 140	D008 18	
D008 19	ヒト総毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	144	→ 140	D008 18	
D008 20	ヒト総毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量	146	→ 142	D008 20	
D008 20	ヒト総毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	146	→ 142	D008 20	
D008 21	グルカゴン	150	→ 150	D008 21	
D008 22	プログステロン	159	→ 155	D008 22	
D008 23	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)	160	→ 156	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 23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5 b)	160 → 156		D008 23	
D008 24	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	165 → 161		D008 24	
D008 25	遊離テストステロン	166 → 166		D008 27	
D008 26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	167 → 162		D008 25	
D008 27	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP)	168 → 168		D008 28	
D008 28	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)	169 → 169		D008 29	
D008 29	オステオカルシン (OC)	170 → 165		D008 26	
D008 29	セクレチン	170 → 170		D008 30	
D008 29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	170 → 170		D008 30	
D008 29	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)	170 → 170		D008 30	
D008 29	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)	170 → 170		D008 30	
D008 30	サイクリックAMP (cAMP)	175 → 175		D008 31	
D008 31	エストリオール (E ₃)	180 → 180		D008 33	
D008 31	エストロゲン半定量	180 → 180		D008 33	
D008 31	エストロゲン定量	180 → 180		D008 33	
D008 31	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 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン (PTH)	180 → 175		D008 31	
D008 31	カテコールアミン分画	180 → 175		D008 31	
D008 32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	181 → 176		D008 32	
D008 33	エストラジオール (E ₂)	187 → 182		D008 34	
D008 34	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	194 → 194		D008 36	
D008 35	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	196 → 191		D008 35	
D008 36	17-ケトジェニックステロイド (17-KGS)	200 → 200		D008 37	
D008 37	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)	206 → 200		D008 37	
D008 37	カテコールアミン	206 → 200		D008 37	
D008 38	エリスロポエチン	209 → 209		D008 38	
D008 39	17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)	213 → 213		D008 39	
D008 39	17α-ヒドロキシプロゲステロン (17α-OHP)	213 → 213		D008 39	
D008 39	抗IA-2抗体	213 → 213		D008 39	
D008 39	プレグナンジオール	213 → 213		D008 39	
D008 40	17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)	220 → 220		D008 40	
D008 41	メタネフリン	229 → 223		D008 41	
D008 42	ソマトメジンC	230 → 224		D008 42	
D008 43	心房性N a利尿ペプチド (ANP)	233 → 227		D008 43	
D008 43	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	233 → 227		D008 43	
D008 44	抗利尿ホルモン (ADH)	235 → 235		D008 44	
D008 45	プレグナントリオール	243 → 240		D008 45	
D008 46	ノルメタネフリン	250 → 250		D008 46	
D008 47	インスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3)	280 → 280		D008 47	
D008 注	包括項目：3項目以上5項目以下	410 → 410		D008 注	

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 注	包括項目：6項目又は7項目	623	→ 623	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B T A	80	→ 80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	108	→ 105	D009 2	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	110	→ 107	D009 3	
D009 3	組織ポリペプタイド抗原(TPA)	110	→ 110	D009 4	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	110	→ 110	D009 4	
D009 4	DUPAN-2	124	→ 121	D009 5	
D009 4	NCC-ST-439	124	→ 121	D009 5	
D009 4	CA15-3	124	→ 121	D009 5	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	124	→ 124	D009 6	
D009 5	エラスターゼ1	129	→ 129	D009 7	
D009 6	前立腺特異抗原(PSA)	134	→ 130	D009 8	
D009 6	CA19-9	134	→ 130	D009 8	
D009 7	CA72-4	146	→ 146	D009 10	
D009 7	SPan-1	146	→ 146	D009 10	
D009 7	シアリルTn抗原(STN)	146	→ 146	D009 10	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)	146	→ 146	D009 10	
D009 8	PIVKA-II半定量	147	→ 143	D009 9	
D009 8	PIVKA-II定量	147	→ 143	D009 9	
D009 9	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 12	
D009 9	CA50	150	→ -	- -	(削除)
D009 10	シアリルLe ^x -i抗原(SLX)	152	→ 152	D009 14	
D009 10	CA125	152	→ 148	D009 11	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 12	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 16	
D009 13	遊離型PSA比(PSA F/T比)	162	→ 158	D009 15	
D009 14	抗p53抗体	163	→ 163	D009 17	
D009 15	BCA225	165	→ 165	D009 18	
D009 16	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	170	→ 169	D009 20	
D009 16	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	170	→ -	- -	(削除)
D009 16	I型コラーゲン-C-テロペプチド(CTCP)	170	→ 170	D009 21	
D009 16	SP1	170	→ -	- -	(削除)
D009 17	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	172	→ 167	D009 19	
D009 18	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175	→ 175	D009 22	
D009 19	CA54/61	184	→ 184	D009 23	
D009 19	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184	→ 184	D009 23	
D009 20	遊離型フコース(尿)	190	→ -	- -	(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		
D009 20	CA602	190 → 190	D009 24	
D009 20	α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L 3 %)	190 → 190	D009 24	
D009 21	γ-セミノプロテイン (γ-Sm)	194 → 194	D009 25	
—	ヒト精巣上体蛋白4 (HE 4)	— → 200	D009 26	(新設)
D009 22	CA130	200 → —	—	(削除)
D009 22	ヒト総毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント (HCG β-CF) (尿)	200 → —	—	(削除)
D009 23	腫瘍胎児性抗原 (POA)	220 → —	—	(削除)
D009 23	可溶性メソテリン関連ペプチド	220 → 220	D009 27	
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)	314 → 314	D009 28	
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液)	314 → 314	D009 28	
D009 25	HER 2 蛋白 (乳頭分泌液)	320 → —	—	(削除)
D009 25	HER 2 蛋白	320 → 320	D009 29	
D009 26	可溶性インターロイキン-2 レセプター (sIL-2R)	451 → 438	D009 30	
D009 注2	包括項目：2項目	230 → 230	D009 注2	
D009 注2	包括項目：3項目	290 → 290	D009 注2	
D009 注2	包括項目：4項目以上	420 → 420	D009 注2	
D010	特殊分析		D010	
D010 1	糖分析 (尿)	38 → 38	D010 1	
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)	291 → 288	D010 4	
D010 5	アミノ酸		D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	304 → 295	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,212 → 1,212	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350 → 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	429 → 429	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,176 → 1,176	D010 8	
(免疫学的検査)				
D011	免疫血液学的検査		D011	
D011 1	ABO血液型	21 → 24	D011 1	
D011 1	Rh (D) 血液型	21 → 24	D011 1	
D011 2	Coombs試験		D011 2	
D011 2	イ 直接	30 → 34	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34 → 47	D011 2	
D011 3	不規則抗体	159 → 159	D011 4	
D011 4	Rh (その他の因子) 血液型	160 → 156	D011 3	
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	196 → 191	D011 5	
D011 6	血小板関連IgG (PA-IgG)	204 → 204	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260 → 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	262 → 262	D011 8	

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 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)	390 → 390		D011 10	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)	390 → 389		D011 9	
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	
D012 1	抗ストレプトリジンO (ASO) 定性	15 → 15		D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量	15 → 15		D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジンO (ASO) 定量	15 → 15		D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	26 → 26		D012 2	
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	26 → 26		D012 2	
D012 3	抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性	29 → 29		D012 3	
D012 3	抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量	29 → 29		D012 3	
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32 → 32		D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32 → 32		D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32 → 32		D012 4	
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体 (ASP) 半定量	34 → -		- -	(削除)
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 半定量	34 → 34		D012 5	
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 定量	34 → 34		D012 5	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53 → 53		D012 6	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53 → 53		D012 6	
D012 7	アデノウイルス抗原定性 (糞便)	60 → 60		D012 7	
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60 → 60		D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原定性 (糞便)	65 → 65		D012 8	
D012 8	ロタウイルス抗原定量 (糞便)	65 → 65		D012 8	
D012 9	ヘルコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70 → 70		D012 9	
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70 → 70		D012 9	
D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75 → 75		D012 10	
D012 11	ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) (1項目当たり)	79 → 79		D012 11	
D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80 → 80		D012 12	
D012 12	ヘルコバクター・ピロリ抗体	80 → 80		D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体定性	80 → 80		D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体半定量	80 → 80		D012 12	
D012 13	HTLV-I 抗体定性	85 → 85		D012 13	
D012 13	HTLV-I 抗体半定量	85 → 85		D012 13	
D012 14	トキソプラズマ抗体	93 → 93		D012 14	
D012 15	トキソplaズマ IgM抗体	95 → 95		D012 15	
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB (ADNaseB) 半定量	100 → -		- -	(削除)
D012 17	抗酸菌抗体定量	116 → 116		D012 16	
D012 17	HIV-1 抗体	116 → 116		D012 16	
D012 17	抗酸菌抗体定性	116 → 116		D012 16	
D012 18	HIV-1, 2 抗体定性	121 → 118		D012 17	

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	HIV-1, 2 抗体半定量	121 → 118		D012 17	
D012 18	HIV-1, 2 抗原・抗体同時測定定性	121 → 118		D012 17	
D012 18	HIV-1, 2 抗原・抗体同時測定定量	121 → 118		D012 17	
D012 19	HIV-1, 2 抗体定量	127 → 127		D012 18	
D012 20	A群β溶連菌迅速試験定性	134 → 130		D012 19	
D012 21	ノイラミニダーゼ定性	140 → -	- -		(削除)
D012 22	カンジダ抗原定性	142 → 138		D012 20	
D012 22	カンジダ抗原半定量	142 → 138		D012 20	
D012 22	カンジダ抗原定量	142 → 138		D012 20	
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	144 → 140		D012 21	
D012 24	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	146 → 146		D012 24	
D012 24	ヘルコバクター・ピロリ抗原定性	146 → 146		D012 24	
D012 24	RSウイルス抗原定性	146 → 142		D012 22	
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性	146 → 142		D012 22	
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量	146 → 142		D012 22	
D012 25	インフルエンザウイルス抗原定性	147 → 143		D012 23	
D012 26	ノロウイルス抗原定性	150 → 150		D012 25	
D012 26	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	150 → 150		D012 25	
D012 26	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	150 → 150		D012 25	
D012 26	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	150 → 150		D012 25	
D012 27	D-アラビニトール	160 → 160		D012 26	
D012 27	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160 → 160		D012 26	
D012 28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	164 → 160		D012 26	
D012 29	アスペルギルス抗原	165 → 164		D012 27	
D012 30	大腸菌O157抗原定性	170 → 165		D012 28	
D012 30	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170 → 170		D012 29	
D012 31	大腸菌O157抗体定性	175 → 173		D012 30	
D012 32	HTLV-I抗体	177 → 173		D012 30	
D012 33	淋菌抗原定性	180 → 180		D012 32	
D012 33	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180 → 180		D012 32	
D012 33	大腸菌血清型別	180 → 180		D012 32	
D012 34	クリプトコックス抗原半定量	184 → 179		D012 31	
D012 34	クリプトコックス抗原定性	184 → 179		D012 31	
D012 35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	200 → 194		D012 33	
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	200 → 194		D012 33	
D012 36	ブルセラ抗体定性	206 → 206		D012 35	
D012 36	ブルセラ抗体半定量	206 → 206		D012 35	
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	206 → 206		D012 35	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210 → 210		D012 36	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	210 → 210		D012 36	

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 37	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・膿液)	210 → 204		D012 34	
D012 37	アニサキス IgG・IgA抗体	210 → 210		D012 36	
D012 37	レプトスピラ抗体	210 → —		—	(削除)
D012 38	ツツガムシ抗体半定量	213 → 213		D012 37	
D012 38	(1→3)-β-D-グルカン	213 → 213		D012 37	
D012 38	ツツガムシ抗体定性	213 → 213		D012 37	
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	219 → 218		D012 38	
D012 40	サイトメガロウイルス抗体	220 → 220		D012 39	
D012 41	赤痢アーベ抗体半定量	223 → 223		D012 40	
D012 42	レジオネラ抗原定性(尿)	229 → 223		D012 40	
D012 43	デングウイルス抗原定性	233 → 233		D012 41	
—	デングウイルス抗原・抗体同時測定定性	— → 233		D012 41	(新設)
D012 44	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240 → 240		D012 42	
D012 45	エンドトキシン	257 → 250		D012 43	
D012 46	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270 → —		—	(削除)
D012 47	HIV-1抗体(ウエスタンプロット法)	280 → 280		D012 45	
D012 47	百日咳菌抗体	280 → 272		D012 44	
D012 48	結核菌群抗原定性	291 → 291		D012 46	
D012 49	ダニ特異 IgG抗体	300 → —		—	(削除)
D012 49	Weil-Felix反応	300 → —		—	(削除)
D012 50	HIV-2抗体(ウエスタンプロット法)	380 → 380		D012 47	
D012 51	サイトメガロウイルス pp65抗原定性	398 → 387		D012 48	
D012 52	HTLV-I抗体(ウエスタンプロット法及びラインプロット法)	432 → 425		D012 49	(名称の変更)
D012 53	HIV抗原	600 → 600		D012 50	
D012 54	抗トリコスチロン・アサヒ抗体	900 → 900		D012 51	
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	
D013 2	HBs抗体定性	32 → 32		D013 2	
D013 2	HBs抗体半定量	32 → 32		D013 2	
D013 3	HBs抗原	88 → 88		D013 3	
D013 3	HBs抗体	88 → 88		D013 3	
D013 4	HBe抗原	107 → 107		D013 4	
D013 4	HBe抗体	107 → 107		D013 4	
D013 5	HCV抗体定性・定量	114 → 111		D013 5	
D013 5	HCVコア蛋白	114 → 111		D013 5	
D013 6	HCVコア抗体	144 → 143		D013 7	
D013 7	HBc抗体半定量・定量	145 → 141		D013 6	
D013 8	HA-IgM抗体	146 → 146		D013 8	
D013 8	HA抗体	146 → 146		D013 8	
D013 8	HBc-IgM抗体	146 → 146		D013 8	

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 9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→ 160	D013 9	
D013 9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→ 160	D013 9	
D013 10	HE-IgA抗体定性	210	→ 210	D013 10	
D013 11	HCV血清群別判定	233	→ 233	D013 11	
D013 12	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	281	→ 274	D013 12	
D013 13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→ 330	D013 13	
D013 14	HCV特異抗体価	340	→ 340	D013 14	
D013 14	HBVジェノタイプ判定	340	→ 340	D013 14	
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	460	→ 447	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)定量	30	→ 30	D014 2	
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→ 37	D014 3	
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→ 37	D014 3	
D014 4	Donath-Landsteiner試験	55	→ 55	D014 4	
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	108	→ 105	D014 5	
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	108	→ 105	D014 5	
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	108	→ 105	D014 5	
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	
D014 6	抗インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	116	→ 116	D014 7	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→ 117	D014 8	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→ 117	D014 8	
D014 9	抗サイログロブリン抗体	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体半定量	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定量	144	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体定性	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体半定量	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体定量	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146	→ 146	D014 10	
D014 11	抗Sm抗体定性	159	→ 155	D014 11	
D014 11	抗Sm抗体半定量	159	→ 155	D014 11	
D014 11	抗Sm抗体定量	159	→ 155	D014 11	
D014 12	抗SS-B/La抗体定性	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗SS-B/La抗体半定量	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗SS-B/La抗体定量	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗Scl-70抗体定性	162	→ 162	D014 13	

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 12	抗 Scl-70抗体半定量	162	→ 162	D014 13	
D014 12	抗 Scl-70抗体定量	162	→ 162	D014 13	
D014 13	抗 SS-A/Ro 抗体定性	165	→ 163	D014 14	
D014 13	抗 SS-A/Ro 抗体半定量	165	→ 163	D014 14	
D014 13	抗 SS-A/Ro 抗体定量	165	→ 163	D014 14	
D014 13	C _{1q} 結合免疫複合体	165	→ 161	D014 12	
D014 14	抗RNA ポリメラーゼIII抗体	170	→ 170	D014 15	
D014 15	抗DNA 抗体定量	173	→ 172	D014 16	
D014 15	抗DNA 抗体定性	173	→ 172	D014 16	
D014 16	抗セントロメア抗体定量	184	→ 184	D014 17	
D014 16	抗セントロメア抗体定性	184	→ 184	D014 17	
D014 17	抗ARS抗体	190	→ 190	D014 18	
D014 18	モノクローナルRF 結合免疫複合体	194	→ 194	D014 20	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体定性	196	→ 191	D014 19	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体半定量	196	→ 191	D014 19	
D014 20	IgG型リウマトイド因子	204	→ 203	D014 22	
D014 21	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→ 200	D014 21	
D014 22	C _{3d} 結合免疫複合体	210	→ -	- -	(削除)
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→ 210	D014 23	
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→ 210	D014 23	
D014 23	抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体	223	→ 223	D014 25	
D014 23	抗LKM-1抗体	223	→ 221	D014 24	
D014 24	抗カルジオリピン抗体	239	→ 239	D014 27	
D014 24	抗TSHレセプター抗体(TRAb)	239	→ 232	D014 26	
D014 25	IgG ₂ (TIA法によるもの)	239	→ 239	D014 28	
D014 26	抗デスマグレイン3抗体	270	→ 270	D014 29	
D014 26	抗BP180-NC16a抗体	270	→ 270	D014 29	
- -	抗MDA5抗体	-	→ 270	D014 30	(新設)
- -	抗TIF1-γ抗体	-	→ 270	D014 30	(新設)
- -	抗Mi-2抗体	-	→ 270	D014 30	(新設)
D014 27	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	276	→ 275	D014 32	
D014 27	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	276	→ 273	D014 31	
D014 28	ループスアンチコアグラント定量	281	→ 281	D014 34	
D014 28	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	281	→ 277	D014 33	
D014 28	ループスアンチコアグラント定性	281	→ 281	D014 34	
D014 29	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	→ 290	D014 35	
D014 30	抗デスマグレイン1抗体	300	→ 300	D014 36	
D014 31	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→ 340	D014 37	
D014 32	IgG ₄	388	→ 377	D014 38	
D014 33	IgG ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388	→ 388	D014 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		
D014 34	抗 GM1IgG 抗体	460 → 460		D014 40	
D014 34	抗 GQ1bIgG 抗体	460 → 460		D014 40	
D014 35	抗アセチルコリンレセプター抗体（抗 AChR 抗体）	856 → 847		D014 41	
D014 36	抗グルタミン酸レセプター抗体	970 → 970		D014 42	
D014 37	抗アクアポリン 4 抗体	1,000 → 1,000		D014 43	
D014 37	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000 → 1,000		D014 43	
— —	抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）	— → 1,000		D014 44	(新設)
— —	抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検査）	— → 5,000		D014 45	(新設)
D014 注	包括項目：2項目	320 → 320		D014 注	
D014 注	包括項目：3項目以上	490 → 490		D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査				
D015 1	C 反応性蛋白 (CRP) 定性	16 → 16		D015 1	
D015 1	C 反応性蛋白 (CRP)	16 → 16		D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30 → 30		D015 2	
D015 2	グルコースー6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30 → 30		D015 2	
D015 3	グルコースー6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性	34 → 34		D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34 → 34		D015 3	
D015 4	血清補体値 (CH ₅₀)	38 → 38		D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38 → 38		D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42 → 42		D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42 → 42		D015 5	
D015 6	血清アミロイド A 蛋白 (SAA)	47 → 47		D015 6	
D015 7	トランスフェリン (Tf)	60 → 60		D015 7	
D015 8	C ₃	70 → 70		D015 8	
D015 8	C ₄	70 → 70		D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90 → 90		D015 9	
D015 10	非特異的 IgE 半定量	100 → 100		D015 10	
D015 10	非特異的 IgE 定量	100 → 100		D015 10	
D015 11	特異的 IgE 半定量・定量	110 → 110		D015 12	
D015 11	β ₂ -マイクログロブリン	110 → 107		D015 11	
D015 11	トランスサイレチン (プレアルブミン)	110 → 107		D015 11	
D015 12	レチノール結合蛋白 (RBP)	140 → 136		D015 13	
D015 13	α ₁ -マイクログロブリン	144 → 140		D015 14	
D015 13	ハプトグロビン (型補正を含む。)	144 → 140		D015 14	
D015 14	C ₃ プロアクチベータ	160 → 160		D015 16	
— —	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	— → 170		D015 17	(新設)
D015 15	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)	163 → 159		D015 15	
D015 16	ヘモペキシン	180 → 180		D015 18	
D015 17	APR スコア定性	191 → 191		D015 20	
D015 18	アトピー鑑別試験定性	194 → 194		D015 21	

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		
D015 18	TARC	194 → 189		D015 19	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	204 → 204		D015 23	
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	209 → 203		D015 22	
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	210 → -		- -	(削除)
- -	免疫電気泳動法(特異抗血清)	- → 230		D015 24	(新設)
D015 22	C ₁ インアクチベータ	276 → 276		D015 25	
D015 23	免疫グロブリンL鎖κ／λ比	330 → 330		D015 26	
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖κ／λ比	400 → 400		D015 27	
D015 25	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	630 → 630		D015 28	
D016	細胞機能検査				
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	165 → 161		D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200 → 200		D016 3	
D016 2	T細胞サブセット検査(一連につき)	200 → 194		D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	204 → 204		D016 4	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220 → 220		D016 5	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270 → 270		D016 6	
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)	345 → -		D016 7	(項目の分割)
- -	イ 1薬剤	- → 345		D016 7	
- -	ロ 2薬剤	- → 425		D016 7	
- -	ハ 3薬剤以上	- → 515		D016 7	
(微生物学的検査)					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50 → 50		D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32 → 32		D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45 → 45		D017 2	
D017 3	その他のもの	61 → 61		D017 3	
D018	細菌培養同定検査				
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160 → 160		D018 1	
D018 2	消化管からの検体	180 → 180		D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	210 → 210		D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	170 → 170		D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	160 → 160		D018 5	
D018 6	簡易培養	60 → 60		D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	118 → 115		D018 注1	
- -	質量分析装置加算	- → 40		D018 注2	(新設)
D019	細菌薬剤感受性検査				
D019 1	1菌種	170 → 170		D019 1	
D019 2	2菌種	220 → 220		D019 2	
D019 3	3菌種以上	280 → 280		D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150 → 150		D019-2	

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		
D020	抗酸菌分離培養検査				
D020 1	抗酸菌分離培養（液体培地法）	280 → 280		D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	210 → 204		D020 2	
D021	抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）	370 → 361		D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	380 → 380		D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査				
D023 1	細菌核酸検出（白血球）（1菌種あたり）	130 → 130		D023 1	
D023 2	淋菌核酸検出	204 → 204		D023 2	
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	204 → 204		D023 2	
D023 3	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	286 → 286		D023 4	
D023 4	HBV 核酸定量	287 → 279		D023 3	
D023 4	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	287 → 450		D023 12	
D023 5	レジオネラ核酸検出	292 → 292		D023 5	
D023 6	マイコプラズマ核酸検出	300 → 300		D023 6	
— —	EB ウィルス核酸定量	— → 310		D023 7	(新設)
D023 7	HCV 核酸検出	360 → 360		D023 8	
D023 7	HPV 核酸検出	360 → 360		D023 8	
D023 7	HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	360 → 360		D023 8	
— —	百日咳菌核酸検出	— → 360		D023 8	(新設)
D023 8	インフルエンザ核酸検出	410 → 410		D023 9	
D023 8	抗酸菌核酸同定	410 → 410		D023 9	
D023 8	結核菌群核酸検出	410 → 410		D023 9	
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	421 → 421		D023 10	
D023 10	HCV 核酸定量	450 → 437		D023 11	
D023 10	HBV 核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450 → 450		D023 12	
D023 10	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450 → 450		D023 12	
D023 10	SARS コロナウィルス核酸検出	450 → 450		D023 12	
D023 10	HTLV-1 核酸検出	450 → 450		D023 12	
D023 11	HIV-1 核酸定量	520 → 520		D023 13	
D023 11	注 濃縮前処理加算	130 → 130		D023 13	
D023 12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850 → 850		D023 14	
D023 12	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	850 → 850		D023 14	
D023 12	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850 → 850		D023 14	
— —	サイトメガロウイルス核酸検出	— → 850		D023 14	(新設)
— —	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	— → 1,700		D023 15	(新設)
D023 13	HPV ジェノタイプ判定	2,000 → 2,000		D023 16	
D023 14	HIV ジェノタイプ薬剤耐性	6,000 → 6,000		D023 17	
— —	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	— → 100		D023 注	(新設)
D023-2	その他の微生物学的検査				
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP 2') 定性	55 → 55		D023-2 1	

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		
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70 → 70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)定性	150 → -	- -	(削除)
D023-2 4	大腸菌ペロトキシン定性	194 → 194	D023-2 3	
D024	動物使用検査	170 → 170	D024	
(基本的検体検査実施料)				
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)		D025	
D025 1	入院の日から起算して4週間以内の期間	140 → 140	D025 1	
D025 2	入院の日から起算して4週間を超えた期間	110 → 110	D025 2	
第2款 検体検査判断料				
D026	検体検査判断料			
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34 → 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	125 → 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144 → 144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(II)判断料	144 → 144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144 → 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150 → 150	D026 6	
D026 注3	検体検査管理加算(I)	40 → 40	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(II)	100 → 100	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(III)	300 → 300	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(IV)	500 → 500	D026 注3	
D026 注4	注 国際標準検査管理加算	40 → 40	D026 注4	
D026 注5	遺伝カウンセリング加算	500 → 1,000	D026 注5	
D026 注6	骨髓像診断加算	240 → 240	D026 注6	
D026 注7	免疫電気泳動法診断加算	50 → 50	D026 注7	
D027	基本的検体検査判断料	604 → 604	D027	
第2節 削除				
第3節 生体検査料				
(呼吸循環機能検査等)				
D200	スパイログラフィー等検査		D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	90 → 90	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	100 → 100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	140 → 140	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100 → 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010 → 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査		D201	
D201 1	呼吸抵抗測定		D201 1	
D201 1	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	150 → 150	D201 1	
D201 1	ロ その他の場合	60 → 60	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査	135 → 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布		D202	

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		
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	→ 135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	150	→ 180	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D206 注1	1 新生児加算	10,800	→ 10,800	D206 注1	
D206 注1	1 乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D206 注1	
D206 注1	2 新生児加算	12,000	→ 12,000	D206 注1	
D206 注1	2 乳幼児加算	4,000	→ 4,000	D206 注1	
D206 注2	円孔・欠損孔加算	800	→ 800	D206 注2	
D206 注2	プロッケンブロー加算	2,000	→ 2,000	D206 注2	
D206 注2	伝導機能検査加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	ヒス束心電図加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	診断ペーシング加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	期外刺激法加算	600	→ 600	D206 注2	
—	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	—	→ 600	D206 注2	
D206 注2	冠動脈造影加算	1,400	→ 1,400	D206 注2	
D206 注3	血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算	400	→ 400	D206 注3	
D206 注4	冠動脈血流予備能測定検査加算	600	→ 600	D206 注4	
D206 注5	血管内視鏡検査加算	400	→ 400	D206 注5	
D206 注9	心腔内超音波検査加算	400	→ 400	D206 注9	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮膚灌流圧測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定（色素希釈法によるもの）	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）	150	→ 150	D207 3	
D207 3	脳循環測定（色素希釈法によるもの）	150	→ 150	D207 3	
D207 3	注1 心拍出量測定加算	1,300	→ 1,300	D207 3	
D207 4	血管内皮機能検査（一連につき）	200	→ 200	D207 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		
D207 5	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→ 1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200	→ 200	D208 4	
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 380	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,750	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→ 90	D210-3	
D210-4	T波オルタナンス検査	1,100	→ 1,100	D210-4	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクエルゴメーターによる心肺機能検査	1,200	→ 1,400	D211	
D211 注3	連続呼気ガス分析加算	200	→ 520	D211 注3	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	200	→ 200	D211-3	
D211-4	シャトルウォーキングテスト	200	→ 200	D211-4	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 600	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	1検査	60	→ 60	D214 1	
D214 2	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 3	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 4	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 5	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
D214 6	血管伸展性検査	100	→ 100	D214 6	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2 — —	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2 — —	ロ 下肢血管	—	→ 450	D215 2	(新設)
D215 2	ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 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		
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880 → 880		D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500 → 500		D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500 → 1,500		D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000 → 300		D215 3	
— —	注2 胎児心エコー法診断加算	— → 700		D215 3	(新設)
D215 3	ホ 負荷心エコー法	1,680 → 2,010		D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20 → 20		D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150 → 150		D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400 → 400		D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600 → 4,290		D215 5	
D215 注1	造影剤使用加算	150 → 180		D215 注1	
D215 注2	パルスドプラ法加算	200 → 200		D215 注2	
D215 注7	微小栓子シグナル加算	150 → 150		D215 注7	
D215-2	肝硬度測定	200 → 200		D215-2	
D215-3	超音波エラストグラフィー	200 → 200		D215-3	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200 → 200		D216	
D216 注	負荷検査加算	100 → 100		D216 注	
D216-2	残尿測定検査			D216-2	
D216-2 1	超音波検査によるもの	55 → 55		D216-2 1	
D216-2 2	導尿によるもの	45 → 45		D216-2 2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360 → 360		D217 1	
D217 1	注 大腿骨同時撮影加算	90 → 90		D217 1	
D217 2	MD法	140 → 140		D217 2	
D217 2	SEXA法等	140 → 140		D217 2	
D217 3	超音波法	80 → 80		D217 3	
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400 → 480		D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550 → 660		D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700 → 840		D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200 → 200		D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50 → 50		D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150 → 150		D220 2	
D220 2	ロ 7日を超えて14日以内の場合	130 → 130		D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50 → 50		D220 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		
D221	削除				
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	620 → 620		D221-2	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100 → 100		D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合（1日につき）	600 → 600		D222 2	
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定（1日につき）	100 → 100		D222-2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）	30 → 30		D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）	100 → 100		D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定（1日につき）	100 → 100		D224	
D225	観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130 → 130		D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合（1日につき）	260 → 260		D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定（1日につき）	100 → 100		D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200 → 200		D225-3	
D225-4	ヘッドアップティルト試験	980 → 980		D225-4	
D226	中心静脈圧測定（1日につき）			D226	
D226 1	4回以下の場合	100 → 120		D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200 → 240		D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	125 → 125		D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合（1日につき）	500 → 600		D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定（1日につき）	100 → 100		D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（1日につき）	100 → 100		D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150 → 180		D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合（1日につき）	450 → 540		D230 2	
D230 注1	バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算	1,300 → 1,300		D230 注1	
D231	人工脾臓検査（一連につき）	5,000 → 5,000		D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700 → 700		D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650 → 780		D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800 → 800		D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200 → 1,200		D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,300 → 1,300		D234	
(脳波検査等)					
D235	脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）	600 → 720		D235	
D235 注1	賦活検査加算	250 → 250		D235 注1	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	500 → 500		D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）			D235-3	
D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査1	3,500 → 3,500		D235-3 1	

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		
D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査2	900	→ 900	D235-3 2	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 804	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 804	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 804	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 960	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー			D236-2	
D236-2 1	脳外科手術の術前検査に使用するもの	670	→ 670	D236-2 1	
D236-2 2	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの			D236-2 2	
D236-2 2	イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	400	→ 400	D236-2 2	
D236-2 2	ロ イ以外の場合	200	→ 200	D236-2 2	
D236-3	脳磁図	5,100	→ 5,100	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	→ 720	D237 1	
D237 2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250	→ 250	D237 2	
D237 3	1及び2以外の場合	3,300	→ 3,960	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料			D238	
D238 1	脳波検査判断料1	350	→ 350	D238 1	
D238 2	脳波検査判断料2	180	→ 180	D238 2	
(神経・筋検査)					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあっては1筋につき))	300	→ 300	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	150	→ 200	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 800	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	450	→ 500	D239-3	
D239-4	全身温熱発汗試験	600	→ 600	D239-4	
D239-5	精密知覚機能検査	280	→ 280	D239-5	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンションテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130	→ 130	D240 1	
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→ 130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200	→ 200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	180	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
(耳鼻咽喉科学的検査)					

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		
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350 → 350		D244 1	
D244 1	自記オージオメーターによる聴力検査	350 → 350		D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350 → 350		D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350 → 350		D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110 → 110		D244 3	
D244 3	ロ その他（種目数にかかわらず一連につき）	40 → 40		D244 3	
D244 4	後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 → 400		D244 4	
D244 5	内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 → 400		D244 5	
D244 5	耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 → 400		D244 5	
D244 6	中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	150 → 150		D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300 → 1,300		D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700 → 700		D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300 → 300		D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100 → 100		D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	290 → 290		D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	340 → 340		D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450 → 450		D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450 → 450		D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100 → 100		D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300 → 300		D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450 → 450		D248	
D249	蝸電図	750 → 750		D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20 → 20		D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120 → 120		D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査			D250 3	
D250 3	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300 → 300		D250 3	
D250 3	ロ その他の場合	140 → 140		D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400 → 400		D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260 → 260		D250 4	
D250 5	重心動搖計	250 → 250		D250 5	
D250 5	下肢加重検査	250 → 250		D250 5	
D250 5	フォースプレート分析	250 → 250		D250 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		
D250 5	動作分析検査	250	→ 250	D250 5	
D250 注	パワー・ベクトル分析加算	200	→ 200	D250 注	
D250 注	刺激又は負荷加算	120	→ 120	D250 注	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコピー	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45	→ 45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
(眼科学的検査)					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	—	→ —	D256 1	
D256 1	イ アナログ撮影	54	→ 54	D256 1	
D256 1	ロ デジタル撮影	58	→ 58	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→ 400	D256 2	
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510	→ 510	D256 3	
D256 注2	広角眼底撮影加算	100	→ 100	D256 注2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
— —	光干渉断層血管撮影	—	→ 400	D256-3	(新設)
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	290	→ 290	D260 2	
D261	屈折検査	—	→ —	D261	
D261 1	6歳未満の場合	69	→ 69	D261 1	
D261 2	1以外の場合	69	→ 69	D261 2	
D262	調節検査	70	→ 70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方箋の交付を行う場合	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
— —	コントラスト感度検査	—	→ 207	D263-2	(新設)
D264	精密眼圧測定	82	→ 82	D264	

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		
D264 注	負荷測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	105	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70	→ 70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	48	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	48	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除			D270	
D270-2	ロービジョン検査判断料	250	→ 250	D270-2	
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	48	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	48	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	48	→ 48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
— —	前眼部三次元画像解析	—	→ 265	D274-2	(新設)
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
— —	前房水漏出検査	—	→ 149	D275-2	(新設)
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
— —	涙道内視鏡検査	—	→ 640	D277-2	(新設)
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	
D282-2	行動観察による視力検査			D282-2	
D282-2 1	PL(Preferential Looking)法	100	→ 100	D282-2 1	
D282-2 2	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	60	→ 60	D282-2 2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	→ 200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	180	→ 180	D282-3 2	
D282-3 3	コンタクトレンズ検査料3	56	→ 56	D282-3 3	
D282-3 4	コンタクトレンズ検査料4	50	→ 50	D282-3 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		
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72 → 72		D282-4	
(臨床心理・神経心理検査)					
D283	発達及び知能検査	80 → 80 280 → 280 450 → 450	D283 D283 1 D283 2 D283 3	D283 D283 1 D283 2 D283 3	
D283 1	操作が容易なもの				
D283 2	操作が複雑なもの				
D283 3	操作と処理が極めて複雑なもの				
D284	人格検査	80 → 80 280 → 280 450 → 450	D284 D284 1 D284 2 D284 3	D284 D284 1 D284 2 D284 3	
D284 1	操作が容易なもの				
D284 2	操作が複雑なもの				
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの				
D285	認知機能検査その他の心理検査	80 → 80 280 → 280 450 → 450	D285 D285 1 D285 2 D285 3	D285 D285 1 D285 2 D285 3	
D285 1	操作が容易なもの				
D285 2	操作が複雑なもの				
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの				
(負荷試験等)					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150 → 150	D286		
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1,280 → 1,280	D286-2		
D287	内分泌負荷試験		D287		
D287 1	下垂体前葉負荷試験		D287 1		
D287 1	イ 成長ホルモン (GH) (一連として)	1,200 → 1,200	D287 1		
D287 1	ロ ゴナドトロピン (LH 及び FSH) (一連として月1回)	1,600 → 1,600	D287 1		
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン (TSH) (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 1		
D287 1	ニ プロラクチン (PRL) (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 1		
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 1		
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 2		
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 3		
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 4		
D287 5	副腎皮質負荷試験		D287 5		
D287 5	イ 鉱質コルチコイド (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 5		
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 5		
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200 → 1,200	D287 6		
D288	糖負荷試験		D288		
D288 1	常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。)	200 → 200	D288 1		
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900 → 900	D288 2		
D289	その他の機能テスト		D289		
D289 1	膵機能テスト (PFD テスト)	100 → 100	D289 1		
D289 2	肝機能テスト (ICG 1回又は2回法、BSP 2回法)	100 → 100	D289 2		
D289 2	ビリルビン負荷試験	100 → 100	D289 2		
D289 2	馬尿酸合成試験	100 → 100	D289 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		
D289 2	フィッシュバーグ	100	→ 100	D289 2	
D289 2	水利尿試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	アジスカウント（Addis尿沈渣定量検査）	100	→ 100	D289 2	
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ヨードカリ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 3	胆道機能テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 3	胃液分泌刺激テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 4	セクレチン試験	3,000	→ 3,000	D289 4	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100	→ 100	D290	
D290	ルビンテスト	100	→ 100	D290	
D290-2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	100	→ 100	D290-2	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定			D291	
D291 1	21箇所以内の場合（1箇所につき）	16	→ 16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合（一連につき）	350	→ 350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→ 1,000	D291-2	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→ 1,000	D291-3	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム（画像を伴わないもの）			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量（ヘパトグラム）	575	→ 575	D293 2	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査（片側）	600	→ 720	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→ 220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコッピ（部位を問わず一連につき）	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 720	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコッピ	600	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコッピ	240	→ 240	D300	
D300-2	頸関節鏡検査（片側）	1,000	→ 1,000	D300-2	

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		
D301	削除			D301	
D302	気管支ファイバースコピー	2,500	→ 2,500	D302	
D302 注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算	200	→ 200	D302 注	
— —	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	—	→ 320	D302-2	(新設)
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 7,200	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	削除			D305	
D306	食道ファイバースコピー	800	→ 800	D306	
D306 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D306 注1	
D306 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注2	
D307	削除				
D308	胃・十二指腸ファイバースコピー	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注1	胆管・脾管造影法加算	600	→ 600	D308 注1	
D308 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D308 注2	
D308 注3	胆胆管・脾管鏡加算	600	→ 2,800	D308 注3	
D308 注4	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注4	
D309	胆道ファイバースコピー	1,400	→ 4,000	D309	
D310	小腸内視鏡検査			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000	→ 7,800	D310 1	
D310 2	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 5,000	D310 2	
D310 3	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 4	その他もの	1,700	→ 1,700	D310 4	
D310 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D310 注2	
D310-2	消化管通過性検査	600	→ 600	D310-2	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコピー	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D312	
D313	大腸内視鏡検査			D313	
D313 1	ファイバースコピーによるもの			D313 1	
D313 1	イ S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 1	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 1	
D313 1	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 1	
D313 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,550	→ 1,550	D313 2	
D313 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D313 注1	
D313 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注2	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 2,160	D314	
D315	腹腔ファイバースコピー	1,800	→ 2,160	D315	
D316	クルドスコピー	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー	950	→ 950	D317	

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		
D317 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317 注	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
D317-2 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317-2 注	
D318	尿管カテーテル法 (ファイバースコープによるもの) (両側)	1,000	→ 1,200	D318	
D319	腎孟尿管ファイバースコピー (片側)	1,500	→ 1,800	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコピー	210	→ 210	D321	
D322	子宮ファイバースコピー	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 960	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 2,040	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
D325 注1	新生児加算	10,800	→ 10,800	D325 注1	
D325 注1	乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D325 注1	
第4節 診断穿刺・検体採取料					
D400	血液採取 (1日につき)			D400	
D400 1	静脈	25	→ 30	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注2	乳幼児加算	20	→ 25	D400 注2	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403 注	乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髓穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髓生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺 (片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺 (片側)	60	→ 60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺 (片側)	180	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	

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		
D409-2	センチネルリンパ節生検（片側）			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000 → 5,000		D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000 → 3,000		D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検（片側）			D410	
D410 1	生検針によるもの	650 → 650		D410 1	
D410 2	その他	200 → 200		D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150 → 150		D411	
D412	経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）	1,600 → 1,600		D412	
D413	前立腺針生検法	1,400 → 1,400		D413	
D414	内視鏡下生検法（1臓器につき）	310 → 310		D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	4,000 → 4,800		D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000 → 4,800		D415	
D415 注1	ガイドシース加算	500 → 500		D415 注1	
D415 注2	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000 → 1,000		D415 注2	
D415-2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）	5,500 → 5,500		D415-2	
— —	経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）	— → 5,500		D415-3	(新設)
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070 → 9,070		D416 1	
D416 2	開腹によるもの（腎を含む。）	5,550 → 5,550		D416 2	
D416 注	乳幼児加算	2,000 → 2,000		D416 注	
D417	組織試験採取、切探法			D417	
D417 1	皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。）	500 → 500		D417 1	(名称の変更)
— —	筋肉（心筋を除く。）	— → 1,500		D417 2	(新設)
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300 → 4,600		D417 3	
D417 3	眼			D417 4	
D417 3	イ 後眼部	650 → 650		D417 4	
D417 3	ロ その他（前眼部を含む。）	350 → 350		D417 4	
D417 4	耳	400 → 400		D417 5	
D417 5	鼻、副鼻腔	400 → 400		D417 6	
D417 6	口腔	400 → 400		D417 7	
D417 7	咽頭、喉頭	650 → 650		D417 8	
D417 8	甲状腺	650 → 650		D417 9	
D417 9	乳腺	650 → 650		D417 10	
D417 10	直腸	650 → 650		D417 11	
D417 11	精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）	400 → 400		D417 12	
D417 12	末梢神経	620 → 1,620		D417 13	
D417 13	心筋	5,000 → 6,000		D417 14	
D417 注	乳幼児加算	100 → 100		D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40 → 40		D418 1	

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		
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取（一連につき）	180	→ 210	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取（1日につき）	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 420	D419 4	
D419 5	副腎静脈サンプリング（一連につき）	4,800	→ 4,800	D419 5	
D419 6	鼻腔・咽頭拭い液採取	5	→ 5	D419 6	

第3部 検査（名称を変更する項目）

別表2

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 52	HTLV-I 抗体（ウエスタンプロット法）	D012 49	HTLV-I 抗体（ウエスタンプロット法及びラインプロット法）
D417 1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。）	D417 1	皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。）

第3部 検査（1つの検査を複数に分ける項目）

別表3

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006-4	遺伝学的検査	D006-4 D006-4 1 D006-4 2 D006-4 3	遺伝学的検査 処理が容易なもの 処理が複雑なもの 処理が極めて複雑なもの
D016 6	リンパ球刺激試験（LST）（一連につき）	D016 7 D016 7 D016 7 D016 7	リンパ球刺激試験（LST） イ 1薬剤 ロ 2薬剤 ハ 3薬剤以上

[経過措置] 平成32年3月31日までの間に限り、算定できる検査

D006の2	トロンボテスト	D007の24	脾分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)
D006-3の2	mRNA定量（1以外のもの）	D009の6	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)
D007の9	ムコ蛋白		

厚生労働省 正誤表による訂正

93頁に下記を追加。

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		
D239 注1	複数神経加算	150	→ 150	D239 注1	

102頁に下記を追加。

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		
	眼内液（前房水・硝子体液）検査	—	→ 1,000	D419-2	(新設)

102頁 第3部 検査（1つの検査を複数に分ける項目）別表3に下記を追加。

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D417 1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。）	D417 1 2	皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。） 筋肉（心筋を除く。）