

I 医科診療報酬点数表 新旧対照表

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

項 目	現 行	改 正
通則	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	
第1節 初診料 A000 初診料 【注の見直し】	<p>A000 初診料 270点</p> <p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p> <p>注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注7までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点）を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に</p>	<p>注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>において初診を行った場合は、所定点数に230点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に345点）を加算する。</p> <p>注5 小児科を標榜する保険医療機関（注4のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点を加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。</p>	
【注の削除】		(削除)
第2節 再診料		
A001 再診料	A001 再診料	A001 再診料
【項目の見直し】		69点
(病診統一)	<p>1 病院の場合 60点</p> <p>2 診療所の場合 71点</p>	
	<p>注1 保険医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下この表において「許可病床」という。）のうち同法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。</p>	
【注の見直し】		
	<p>注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。</p> <p>注4 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p> <p>A002 外来診療料</p>	<p>示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。</p> <p>注5 区分番号A000に掲げる初診料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注3のただし書又は注4に規定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注6 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。</p> <p>注7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注6の外来管理加算は算定しない。(追加)</p>	<p>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。</p> <p>注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>A002 外来診療料 70点</p> <p>注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。</p> <p>注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうちに掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(9のうちヘモグロビンA_{1c}(HbA_{1c})、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13ターミナルデオキシヌクレオチジルト</p>	<p>注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうちに掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ～ロ (略)</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(9のうちヘモグロビンA_{1c}(HbA_{1c})、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフ</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>ランスフェラーゼ（TdT）精密測定、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ホ 削除</p> <p>ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ト 膀胱洗浄</p> <p>チ 腔洗浄</p> <p>リ 眼処置</p> <p>ヌ 睫毛拔去</p> <p>ル 耳処置</p> <p>ヲ 耳管処置</p> <p>ワ 鼻処置</p> <p>カ 口腔、咽頭処置</p> <p>ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置</p> <p>タ ネブライザー</p> <p>レ 超音波ネブライザー</p> <p>ソ 介達牽引</p> <p>ツ 消炎鎮痛等処置</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。</p> <p>注5 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。</p>	<p>ェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ～ツ（略）</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。</p>

第1章 基本診療料 第2部 入院料等

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。</p> <p>5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>(通則の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(通則の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(通則の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
第1節 入院基本料 A 100 一般病棟入院基本料（1日につき）		
	A 100 一般病棟入院基本料（1日につき） 1 7対1入院基本料 1,555点 2 10対1入院基本料 1,300点 3 13対1入院基本料 1,092点 4 15対1入院基本料 954点	4 15対1入院基本料 934点
【点数の見直し】 【注の見直し】	注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。	注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
【注の見直し】	注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。	注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
【注の見直し】	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 428点 （特別入院基本料については、300点） ロ 15日以上30日以内の期間 192点 （特別入院基本料については、155点）	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 450点 （特別入院基本料等については、300点） ロ 15日以上30日以内の期間 192点 （特別入院基本料等については、155点）
【注の追加】	（追加）	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。</p>	<p>合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注5 注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注6 注5に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 入院時医学管理加算 ロ 地域医療支援病院入院診療加算 ハ 臨床研修病院入院診療加算 ニ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ホ 超急性期脳卒中加算 ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算 ト 在宅患者緊急入院診療加算 チ 診療録管理体制加算 リ 医師事務作業補助体制加算 <p>ヌ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ル 難病等特別入院診療加算</p> <p>ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）</p> <p>ワ 新生児入院医療管理加算</p> <p>カ 看護配置加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>コ 看護補助加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>タ 地域加算</p> <p>レ 離島加算</p> <p>ソ 療養環境加算</p> <p>ツ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ネ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ナ 重症者等療養環境特別加算</p> <p>ラ 小児療養環境特別加算</p> <p>ム 無菌治療室管理加算</p>	<p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 総合入院体制加算 ロ～リ（略） <p>ヌ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>ル（略）</p> <p>ヲ（略）</p> <p>ワ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>カ 看護配置加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>コ 看護補助加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>タ～キ（略）</p>

項 目	現 行	改 正
	ウ 放射線治療病室管理加算 キ 緩和ケア診療加算 ノ がん診療連携拠点病院加算 オ 栄養管理実施加算 ク 医療安全対策加算 ヤ 褥瘡患者管理加算 マ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ケ ハイリスク妊娠管理加算 フ ハイリスク分娩管理加算 コ 退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。） エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 テ 後期高齢者総合評価加算 ア 後期高齢者退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）	ノ 強度行動障害入院医療管理加算 オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 ク 摂食障害入院医療管理加算 ヤ (略) マ (略) ケ 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。） フ (略) コ (略) エ (略) テ (略) ア (略) サ 慢性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。） キ 急性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。） ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算 メ 救急搬送患者地域連携紹介加算 ミ 救急搬送患者地域連携受入加算 シ 総合評価加算 エ 呼吸ケアチーム加算 ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）
A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	1 療養病棟入院基本料 1
【項目の見直し】	1 入院基本料A 1,709点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,695点） 2 入院基本料B 1,320点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,306点） 3 入院基本料C 1,198点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,184点） 4 入院基本料D 885点 （生活療養を受ける場合にあっては、871点） 5 入院基本料E 750点 （生活療養を受ける場合にあっては、736点）	イ 入院基本料A 1,758点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,744点） ロ 入院基本料B 1,705点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,691点） ハ 入院基本料C 1,424点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,410点） ニ 入院基本料D 1,369点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,355点） ホ 入院基本料E 1,342点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,328点） ヘ 入院基本料F 1,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,177点） ト 入院基本料G 934点 （生活療養を受ける場合にあっては、920点） チ 入院基本料H 887点 （生活療養を受ける場合にあっては、873点）

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 952 275 975">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="375 952 795 1371">注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。</p> <p data-bbox="375 1429 795 1613">注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、563点（生活療養を受ける場合にあっては、549点）を算定できる。</p> <p data-bbox="375 1613 795 1850">注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険</p>	<p data-bbox="830 127 1234 946"> リ 入院基本料 I 785点 （生活療養を受ける場合にあっては、771点） 2 療養病棟入院基本料 2 イ 入院基本料 A 1,695点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,681点） ロ 入院基本料 B 1,642点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,628点） ハ 入院基本料 C 1,361点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,347点） ニ 入院基本料 D 1,306点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,292点） ホ 入院基本料 E 1,279点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,265点） ヘ 入院基本料 F 1,128点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,114点） ト 入院基本料 G 871点 （生活療養を受ける場合にあっては、857点） チ 入院基本料 H 824点 （生活療養を受ける場合にあっては、810点） リ 入院基本料 I 722点 （生活療養を受ける場合にあっては、708点） </p> <p data-bbox="816 952 1234 1420"> 注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院基本料Iを算定する。 </p> <p data-bbox="816 1613 1234 1850"> 注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険 </p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p>注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合には、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加)</p>	<p>医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p>注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算 ロ 臨床研修病院入院診療加算 ハ 在宅患者緊急入院診療加算 ニ 診療録管理体制加算 ホ 乳幼児加算・幼児加算 ヘ 地域加算 ト 離島加算 チ H I V感染者療養環境特別加算 リ 療養病棟療養環境加算 ヌ 重症皮膚潰瘍管理加算 ル 栄養管理実施加算 ヲ 医療安全対策加算 ワ 褥瘡患者管理加算 カ 退院調整加算 ヨ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ワ (略)</p> <p>カ 慢性期病棟等退院調整加算 (ヨ 削除)</p>
<p>【注の追加】</p> <p>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>(追加)</p> <p>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>1 7対1入院基本料 1,447点 2 10対1入院基本料 1,192点 3 13対1入院基本料 949点</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>4 15対1入院基本料 886点</p> <p>5 18対1入院基本料 757点</p> <p>6 20対1入院基本料 713点</p> <p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,387点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,417点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p>	<p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p>
【注の見直し】	<p>注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p>
【注の見直し】	<p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。</p> <p>注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 400点（特別入院基本料については、320点）</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間</p>	<p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、特別入院基本料を算定する。</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>300点（特別入院基本料については、240点）</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 100点</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）</p> <p>ヌ 看護配置加算</p> <p>ル 看護補助加算</p> <p>ヲ 地域加算</p> <p>カ 離島加算</p> <p>ク 療養環境加算</p> <p>コ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ク 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ケ 栄養管理実施加算</p> <p>コ 医療安全対策加算</p> <p>ケ 褥瘡患者管理加算</p> <p>ネ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>ナ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>ラ 退院調整加算</p> <p>ム 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p> <p>ウ 後期高齢者総合評価加算</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～チ（略）</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヌ～ナ（略）</p> <p>ラ 慢性期病棟等退院調整加算</p> <p>ム 総合評価加算</p> <p>ウ 後発医薬品使用体制加算</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～チ（略）</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヌ～ナ（略）</p> <p>ラ 慢性期病棟等退院調整加算</p> <p>ム 総合評価加算</p> <p>ウ 後発医薬品使用体制加算</p>
<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>	
<p>【項目の追加】</p>	<p>1 10対1入院基本料 1,240点</p>	
<p>2 15対1入院基本料 800点</p>	<p>2 13対1入院基本料 920点</p>	
<p>3 18対1入院基本料 712点</p>	<p>3 15対1入院基本料 800点</p>	
<p>4 20対1入院基本料 658点</p>	<p>4 18対1入院基本料 712点</p>	
<p>注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>	<p>5 20対1入院基本料 658点</p>	
<p>【注の見直し】</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 459点 (特別入院基本料については、300点)</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 242点 (特別入院基本料については、155点)</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 125点 (特別入院基本料については、100点)</p> <p>ニ 91日以上180日以内の期間 20点 (特別入院基本料については、15点)</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 5点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p>	<p>大臣が定める施設基準であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 465点 (特別入院基本料等については、300点)</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 250点 (特別入院基本料等については、155点)</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 125点 (特別入院基本料等については、100点)</p> <p>ニ 91日以上180日以内の期間 10点</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 3点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>チ 難病等特別入院診療加算(難病患者等入院診療加算に限る。)</p> <p>リ 特殊疾患入院施設管理加算</p> <p>ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)</p> <p>ル 看護配置加算</p> <p>ロ 看護補助加算</p> <p>ワ 地域加算</p> <p>カ 離島加算</p> <p>コ 療養環境加算</p> <p>タ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>レ 精神科措置入院診療加算</p> <p>ソ 精神科応急入院施設管理加算</p> <p>ツ 精神科隔離室管理加算</p> <p>ネ 精神病棟入院時医学管理加算</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～リ (略)</p> <p>ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算</p> <p>ル～ナ (略)</p>

項 目	現 行	改 正
	ナ 精神科地域移行実施加算 ラ 精神科身体合併症管理加算 ム 児童・思春期精神科入院医療管理加算 ウ 栄養管理実施加算 キ 医療安全対策加算 ノ 褥瘡患者管理加算 オ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ク ハイリスク妊娠管理加算	ラ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。） ム (略) ウ 強度行動障害入院医療管理加算 キ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 ノ 摂食障害入院医療管理加算 オ (略) ク (略) ヤ (略) マ (略) ケ (略) フ 後発医薬品使用体制加算
A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）	A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）	
	1 一般病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,555点 ロ 10対1入院基本料 1,300点 2 結核病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,447点 ロ 10対1入院基本料 1,192点 ハ 13対1入院基本料 949点 ニ 15対1入院基本料 886点 3 精神病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,311点 ロ 10対1入院基本料 1,240点	3 精神病棟の場合 イ (略) ロ (略) ハ 13対1入院基本料 920点 ニ 15対1入院基本料 839点
【項目の追加】	ハ 15対1入院基本料 839点 注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の追加】	(追加)	注2 注1の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。
【注の見直し】	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間 712点 (2) 15日以上30日以内の期間 207点 ロ 結核病棟の場合 (1) 30日以内の期間 330点 (2) 31日以上90日以内の期間 200点 ハ 精神病棟の場合 (1) 14日以内の期間 499点 (2) 15日以上30日以内の期間 242点 (3) 31日以上90日以内の期間 125点 (4) 91日以上180日以内の期間 40点 (5) 181日以上1年以内の期間 20点 注3 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算し	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ (略) ロ (略) ハ 精神病棟の場合 (1) 14日以内の期間 505点 (2) 15日以上30日以内の期間 250点 (3) 31日以上90日以内の期間 125点 (4) 91日以上180日以内の期間 30点 (5) 181日以上1年以内の期間 15点 注4

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>て3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加)</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。</p>	<p>注6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>チ 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟に限る。）</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）</p> <p>ヌ 新生児入院医療管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ル 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ヲ 地域加算</p> <p>ワ 離島加算</p> <p>カ 療養環境加算</p> <p>コ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ク 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）</p> <p>ケ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）</p> <p>コ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）</p> <p>セ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ソ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>タ 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）</p> <p>チ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ツ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>テ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ト 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ト 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）</p>	<p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ト 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）</p> <p>チ (略)</p> <p>リ (略)</p> <p>ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ル 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ヲ～ク (略)</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>オ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ク 児童・思春期精神科入院医療管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ヤ がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。）</p> <p>マ 栄養管理実施加算</p> <p>ケ 医療安全対策加算</p> <p>フ 褥瘡患者管理加算</p> <p>コ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>エ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>テ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ア 退院調整加算（結核病棟及び後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（精神病棟を除く。）</p> <p>キ 後期高齢者総合評価加算（精神病棟を除く。）</p> <p>ユ 後期高齢者退院調整加算（一般病棟（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）</p>	<p>ヤ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）</p> <p>マ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）</p> <p>ケ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）</p> <p>フ（略）</p> <p>コ（略）</p> <p>エ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）</p> <p>テ（略）</p> <p>ア（略）</p> <p>サ（略）</p> <p>キ（略）</p> <p>ユ（略）</p> <p>メ 慢性期病棟等退院調整加算（結核病棟及び一般病棟（特定入院基本料を算定するものに限る。）に限る。）</p> <p>ミ 急性期病棟等退院調整加算（一般病棟（特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）</p> <p>シ 新生児特定集中治療室退院調整加算（一般病棟に限る。）</p> <p>エ 救急搬送患者地域連携紹介加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）</p> <p>モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）</p> <p>セ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p>
<p>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</p>	
	<p>1 7対1入院基本料 1,555点</p> <p>2 10対1入院基本料 1,300点</p> <p>3 13対1入院基本料 1,092点</p>	
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満</p>	<p>注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p> <p>注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 512点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 207点</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。</p>	<p>注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>ハ 超急性期脳卒中加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 医師事務作業補助体制加算</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>リ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）</p> <p>ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）</p> <p>ル 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ヲ 地域加算</p> <p>ワ 離島加算</p> <p>カ 療養環境加算</p> <p>コ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ク 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ケ 重症者等療養環境特別加算</p> <p>コ 小児療養環境特別加算</p> <p>セ 無菌治療室管理加算</p> <p>ソ 放射線治療病室管理加算</p> <p>タ 緩和ケア診療加算</p> <p>ラ がん診療連携拠点病院加算</p> <p>ム 栄養管理実施加算</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ト（略）</p> <p>チ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>リ（略）</p> <p>ヌ（略）</p> <p>ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヲ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ワ（略）</p> <p>カ（略）</p> <p>コ（略）</p> <p>ク（略）</p> <p>ケ（略）</p> <p>コ（略）</p> <p>セ（略）</p> <p>ソ（略）</p> <p>タ（略）</p> <p>ナ（略）</p> <p>ラ（略）</p> <p>ム 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算</p> <p>ヰ 摂食障害入院医療管理加算</p> <p>ノ（略）</p> <p>オ（略）</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ウ 医療安全対策加算</p> <p>キ 褥瘡患者管理加算</p> <p>ク 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>カ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>コ 退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>ケ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p> <p>キ 後期高齢者総合評価加算</p> <p>ク 後期高齢者退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</p> <p>1 7対1入院基本料 1,555点</p> <p>2 10対1入院基本料 1,300点</p> <p>3 13対1入院基本料 1,092点</p> <p>4 15対1入院基本料 954点</p> <p>注1 障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）に規定する肢体不自由児施設、重症心身障害児施設及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 312点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 167点</p> <p>（追加）</p> <p>注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。</p> <p>注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件</p>	<p>ク 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>ヤ（略）</p> <p>マ（略）</p> <p>ケ（略）</p> <p>フ（略）</p> <p>コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>テ 新生児特定集中治療室退院調整加算</p> <p>ア 救急搬送患者地域連携紹介加算</p> <p>サ 総合評価加算</p> <p>キ 呼吸ケアチーム加算</p> <p>ユ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算 ロ 在宅患者緊急入院診療加算 ハ 診療録管理体制加算 ニ 医師事務作業補助体制加算 ホ 乳幼児加算・幼児加算 ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） ト 特殊疾患入院施設管理加算 チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 リ 看護配置加算 ヌ 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。） ル 地域加算 ヲ 離島加算 ワ 療養環境加算 カ H I V感染者療養環境特別加算 ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算 タ 重症者等療養環境特別加算</p> <p>レ 栄養管理実施加算 ソ 医療安全対策加算 ツ 褥瘡患者管理加算 ネ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ナ 退院調整加算</p> <p>ラ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～リ（略）</p> <p>ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ル～タ（略）</p> <p>レ 強度行動障害入院医療管理加算 ソ（略） ツ（略） ネ（略） ナ（略） ラ 慢性期病棟等退院調整加算 ム 救急搬送患者地域連携受入加算</p> <p>ウ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p>
<p>A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 107 削除</p>	
<p>【項目の見直し】</p>	<p>A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p> <p>1 有床診療所入院基本料1</p> <p>イ 7日以内の期間 810点 ロ 8日以上14日以内の期間 660点 ハ 15日以上30日以内の期間 490点 ニ 31日以上期間 450点</p> <p>2 有床診療所入院基本料2</p> <p>イ 7日以内の期間 640点 ロ 8日以上14日以内の期間 480点 ハ 15日以上30日以内の期間 320点 ニ 31日以上期間 280点</p>	<p>1 有床診療所入院基本料1</p> <p>イ 14日以内の期間 760点 ロ 15日以上30日以内の期間 590点 ハ 31日以上期間 500点</p> <p>2 有床診療所入院基本料2</p> <p>イ 14日以内の期間 680点 ロ 15日以上30日以内の期間 510点 ハ 31日以上期間 460点</p> <p>3 有床診療所入院基本料3</p> <p>イ 14日以内の期間 500点 ロ 15日以上30日以内の期間 370点 ハ 31日以上期間 340点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。（追加）</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
	注2 夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき所定点数に15点を加算する。	注3
【注の見直し】	注3 医師配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に60点を加算する。	注4 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 医師配置加算1 88点 ロ 医師配置加算2 60点
【注の見直し】	注4 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 看護配置加算1 10点 ロ 看護配置加算2 15点 ハ 夜間看護配置加算1 30点 ニ 夜間看護配置加算2 50点	注5 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 看護配置加算1 25点 ロ 看護配置加算2 10点 ハ 夜間看護配置加算1 80点 ニ 夜間看護配置加算2 30点
【注の見直し】	注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ロ 超急性期脳卒中加算 ハ 妊産婦緊急搬送入院加算 ニ 在宅患者緊急入院診療加算 ホ 診療録管理体制加算 ヘ 乳幼児加算・幼児加算 ト 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） チ 地域加算 リ 離島加算 ス H I V感染者療養環境特別加算 ル 二類感染症患者療養環境特別加算 ラ 小児療養環境特別加算 ワ 栄養管理実施加算 カ 医療安全対策加算 ヨ 褥瘡患者管理加算 タ ハイリスク妊娠管理加算 レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 ソ 後期高齢者総合評価加算 ツ 後期高齢者退院調整加算	注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ト （略） チ 特殊疾患入院施設管理加算 リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ス （略） ル （略） ラ （略） ワ （略） カ （略） ヨ 無菌治療室管理加算 タ 放射線治療病室管理加算 レ 重症皮膚潰瘍管理加算 ソ （略） ツ （略） ネ （略） ナ （略） ム 急性期病棟等退院調整加算 ウ 総合評価加算 キ 後発医薬品使用体制加算

項 目	現 行	改 正
<p>A 109 有床診療所療養病 床入院基本料（1日につ き）</p>	<p>A 109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につ つき）</p> <p>1 入院基本料A 975点（生活療養を受ける場合にあって は、961点）</p> <p>2 入院基本料B 871点（生活療養を受ける場合にあって は、857点）</p> <p>3 入院基本料C 764点（生活療養を受ける場合にあって は、750点）</p> <p>4 入院基本料D 602点（生活療養を受ける場合にあって は、588点）</p> <p>5 入院基本料E 520点（生活療養を受ける場合にあって は、506点）</p> <p>注1 有床診療所（療養病床に係るものに限 る。）であって、看護配置その他の事項に つき別に厚生労働大臣が定める施設基準に 適合しているものとして地方厚生局長等に 届け出た診療所である保険医療機関に入院 している患者について、当該患者の疾患、 状態、ADL等について別に厚生労働大臣 が定める区分に従い、当該患者ごとにそれ ぞれ所定点数を算定する。ただし、注3の ただし書に該当する場合には、入院基本料 Eを算定する。</p> <p>注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病 床を有する有床診療所については、当分の 間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り 、当該有床診療所に入院している患者につ いて、特別入院基本料として、450点 （生活療養を受ける場合にあっては、436 点）を算定できる。</p> <p>注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定し ている患者に対して行った第3部検査、第 5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断 並びに第4部画像診断及び第9部処置のう ち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び 処置の費用（フィルムの費用を含み、別に 厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費 用を除く。）は、当該入院基本料に含まれ るものとする。ただし、患者の急性増悪に より、同一の保険医療機関の療養病床以外 へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若 しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ 転院する場合には、その日より起算して3 日前までの当該費用については、この限り でない。</p> <p>注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状 態の場合は、当該基準に従い、当該患者に つき、褥瘡評価実施加算として、1日につ き15点を所定点数に加算する。</p>	<p>注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定し ている患者に対して行った第3部検査、第 5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断 並びに第4部画像診断及び第9部処置のう ち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び 処置の費用（フィルムの費用を含み、別に 厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費 用を除く。）は、当該入院基本料に含まれ るものとする。ただし、患者の急性増悪に より、同一の保険医療機関の療養病床以外 へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若 しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ 転院する場合には、その日から起算して3 日前までの当該費用については、この限り でない。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届 け出た診療所である保険医療機関に入院し ている患者のうち、急性期医療を担う他の 保険医療機関の一般病棟から転院した患者 又は介護老人保健施設、特別養護老人ホー ム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若 しくは自宅から入院した患者については、</p>
【注の追加】	（追加）	

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 在宅患者緊急入院診療加算 ロ 診療録管理体制加算 ハ 乳幼児加算・幼児加算 ニ 地域加算 ホ 離島加算 ヘ HIV感染者療養環境特別加算 ト 診療所療養病床療養環境加算 チ 重症皮膚潰瘍管理加算 リ 栄養管理実施加算 ヌ 医療安全対策加算 ル 褥瘡患者管理加算 ヲ 退院調整加算 ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 	<p>転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ル (略)</p> <p>ヲ 慢性期病棟等退院調整加算 (ワ 削除)</p>

項 目	現 行	改 正
第2節 入院基本料等加算 A200 入院時医学管理加算（1日につき） 【名称の見直し】 【注の見直し】	A200 入院時医学管理加算（1日につき） 120点 注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。 A201 削除 A202 削除 A203 削除 A204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点 注 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	A200 総合入院体制加算（1日につき） 注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。 （注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等
A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日） 【項目の見直し】 【注の見直し】	A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日） 1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点 2 協力型臨床研修病院 20点 注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。	1 基幹型 40点 2 協力型 20点 注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。
A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算（1日につき） 【点数の見直し】 【注の見直し】	A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算（1日につき） 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点 注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院	800点 200点 注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当

項 目	現 行	改 正
<p>A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>注2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。</p> <p>A 205-2 超急性性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日） 5,000点 注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 1 連携医療機関である場合 1,300点 2 1以外の場合 650点 注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C 002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C 003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C 101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 207 診療録管理体制加算（入院初日） 30点 注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基</p>	<p>該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>7,000点 注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正	
A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）	本料（特別入院基本料を含む。）のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。		
	A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）		
	【項目の追加】	1 15対1 補助体制加算 810点 2 20対1 補助体制加算 610点	
	1 25対1 補助体制加算 355点	3 25対1 補助体制加算 490点	
	2 50対1 補助体制加算 185点	4 50対1 補助体制加算 255点	
	3 75対1 補助体制加算 130点	5 75対1 補助体制加算 180点	
	4 100対1 補助体制加算 105点	6 100対1 補助体制加算 138点	
	【注の見直し】	注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
	【新設】	（新設）	A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）
			1 急性期看護補助体制加算1 120点 2 急性期看護補助体制加算2 80点 注 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
		（記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等	
		（記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等	
		（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等	
		（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等	
	A 208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）		
	1 乳幼児加算		
	イ 病院の場合（特別入院基本料を算定する場合を除く。） 333点		
	ロ 病院の場合（特別入院基本料を算定する場合に限る。） 289点		
	ハ 診療所の場合 289点		
	2 幼児加算		
	イ 病院の場合（特別入院基本料を算定する場合を除く。） 283点		
	ロ 病院の場合（特別入院基本料を算定する場合に限る。） 239点		
	ハ 診療所の場合 239点		
	注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。		
	注2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。		
	A 209 削除		

項 目	現 行	改 正
<p>A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）</p> <p>1 難病患者等入院診療加算 250点</p> <p>2 二類感染症患者入院診療加算 250点</p> <p>注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第14項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の患者及びその疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>（注の記述変更）</p> <p>特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
<p>A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき） 350点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病床に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。</p>	<p>注 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。</p>
<p>A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 600点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 300点</p> <p>2 準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 200点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 100点</p> <p>注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態に</p>	<p>800点</p> <p>400点</p> <p>（注の記述変更）</p> <p>特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>（注の記述変更）</p> <p>特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p>A212-2 新生児入院医療管理加算（1日につき） 【削除】</p>	<p>あるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>（追加）</p> <p>A212-2 新生児入院医療管理加算（1日につき） 800点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している新生児であって、新生児入院医療管理が必要な状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、新生児入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日）を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A213 看護配置加算（1日につき） 12点 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A214 看護補助加算（1日につき） 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 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p> <p>A215 削除 A216 削除 A217 削除 A218 地域加算（1日につき） 1 1級地 18点 2 2級地 15点 3 3級地 12点 4 4級地 10点 5 5級地 6点 6 6級地 3点 注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入</p>	<p>注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p> <p>（削除）</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。</p> <p>A 218-2 離島加算（1日につき） 18点 注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 219 療養環境加算（1日につき） 25点 注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 220 H I V感染者療養環境特別加算（1日につき）</p> <p>1 個室の場合 350点 2 2人部屋の場合 150点 注 H I V感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、H I V感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 300点 注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。</p> <p>A 221 重症者等療養環境特別加算（1日につき）</p> <p>1 個室の場合 300点 2 2人部屋の場合 150点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に</p>	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点 注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 221-2 小児療養環境特別加算（1日につき） 300点</p>	
	<p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
	<p>A 222 療養病棟療養環境加算（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点 2 療養病棟療養環境加算2 115点 3 療養病棟療養環境加算3 90点 4 療養病棟療養環境加算4 30点</p> <p>注 療養病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。)のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p>	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
	<p>A 223 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算1 100点 2 診療所療養病床療養環境加算2 40点</p> <p>注 診療所の療養病床であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p>	
	<p>A 224 無菌治療室管理加算（1日につき） 3,000点</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。)のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、90日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
	<p>A 225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 500点</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。)のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 18点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療</p>	<p>2,500点 (注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき） 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 227 精神科措置入院診療加算（入院初日） 2,500点 注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項に規定する入院等に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 229 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点 注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の4第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。</p> <p>A 230 精神病棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点 注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>400点 (注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 230-2 精神科地域移行 実施加算（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>A 230-3 精神科身体合併 症管理加算（1日につ き）</p> <p>【項目の見直し】 （点数の一本化）</p> <p>A 231 児童・思春期精神 科入院医療管理加算（1 日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>A 230-2 精神科地域移行実施加算（1日につ き） 5点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関において、精神病棟における 入院期間が5年を超える患者に対して、退院 調整を実施し、計画的に地域への移行を進め た場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入 院した患者（第1節の入院基本料（特別入院 基本料を含む。）又は第3節の特定入院料の うち、精神科地域移行実施加算を算定でき るものを現に算定している患者に限る。）につ いて、所定点数に加算する。</p> <p>A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につ き）</p> <p>1 区分番号A311に掲げる精神科救急入院料、 区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療 病棟入院料又は区分番号A314に掲げる認知 症病棟入院料を算定している患者の場合 300点</p> <p>2 区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本 料（10対1入院基本料及び15対1入院基本料 に限る。）及び区分番号A104に掲げる特定機 能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算 定している患者の場合 200点</p> <p>注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労 働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機 関において、別に厚生労働大臣が定める身体 合併症を有する精神障害者である患者に対 して必要な治療を行った場合に、当該患者（第 1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。） 又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体 合併症管理加算を算定できるものを現に算定 している患者に限る。）について、当該疾患 の治療開始日から起算して7日を限度として 所定点数に加算する。</p> <p>A 231 児童・思春期精神科入院医療管理加算 （1日につき） 650点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た病棟又は治療室に入院している20歳未満 の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料 （特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定 入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療 管理加算を算定できるものを現に算定してい る患者に限る。）について、所定点数に加算す る。</p>	<p>10点 （注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>350点</p> <p>（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>800点 （注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
<p>【新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p>A 231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日 につき） 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関に入院している患者（第1節 の入院基本料（特別入院基本料等を除く。） 又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障 害入院医療管理加算を算定できるものを現に 算定している患者に限る。）であって別に厚</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="141 189 197 212">【新設】</p> <p data-bbox="141 585 197 608">【新設】</p> <p data-bbox="141 981 358 1056">A232 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 【点数の見直し】</p> <p data-bbox="141 1640 197 1663">【新設】</p>	<p data-bbox="724 189 780 212">（新設）</p> <p data-bbox="724 585 780 608">（新設）</p> <p data-bbox="380 1033 783 1079">A232 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 400点</p> <p data-bbox="380 1085 783 1348">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="380 1377 783 1400">A233 栄養管理実施加算（1日につき） 12点</p> <p data-bbox="380 1406 783 1636">注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、栄養管理実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="724 1640 780 1663">（新設）</p>	<p data-bbox="832 137 1222 183">生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="814 189 1222 235">A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）</p> <p data-bbox="814 241 1222 264">1 30日以内 200点</p> <p data-bbox="814 270 1222 293">2 31日以上60日以内 100点</p> <p data-bbox="814 299 1222 581">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="814 587 1222 633">A231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）</p> <p data-bbox="814 639 1222 662">1 30日以内 200点</p> <p data-bbox="814 668 1222 691">2 31日以上60日以内 100点</p> <p data-bbox="814 697 1222 979">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="814 1062 1222 1136">500点 （注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p data-bbox="814 1406 1222 1452">（注の記述変更） 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p data-bbox="814 1642 1222 1688">A233-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点</p> <p data-bbox="814 1694 1222 1848">注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A234 医療安全対策加算 (入院初日) 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>A234 医療安全対策加算 (入院初日) 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A235 褥瘡患者管理加算 (入院中1回) 20点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡患者管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (入院中1回) 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A235に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。</p> <p>A236-2 ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))のうち、ハイリスク妊娠管理加</p>	<p>管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p> <p>1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 35点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 組織的な感染防止対策に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>A238 退院調整加算 【名称の見直し】 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 2,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>注2 ハイリスク分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。</p> <p>A238 退院調整加算</p> <p>1 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点</p> <p>2 退院加算（退院時1回）</p> <p>イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点</p> <p>注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>3,000点 (注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p> <p>A238 慢性期病棟等退院調整加算</p> <p>1 慢性期病棟等退院調整加算1 イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点</p> <p>ロ 退院加算（退院時1回）</p> <p>(1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 140点</p> <p>(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 340点</p> <p>2 慢性期病棟等退院調整加算2 イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点</p> <p>ロ 退院加算（退院時1回）</p> <p>(1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点</p> <p>(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点</p> <p>注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注2 退院加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく</p>

項 目	現 行	改 正
【新設】	注3 2のロについて、別に厚生労働大臣が定める場合は、さらに500点を加算する。 (新設)	退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。 (注3 削除)
【新設】	(新設)	A 238-2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回） 1 急性期病棟等退院調整加算 1 140点 2 急性期病棟等退院調整加算 2 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。
【新設】	(新設)	A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算（退院時1回） 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。
【新設】	(新設)	A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 500点 注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)は、別に算定できない。
【新設】	(新設)	A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者（第1節の入院基本料（特別

項 目	現 行	改 正
<p>A 239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（入院初日） 【削除】</p>	<p>A 239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（入院初日） 500点 注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号B 016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号B 005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（I）は、別に算定できない。</p>
<p>A 240 後期高齢者総合評価加算（入院中1回） 【名称の変更】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A 240 後期高齢者総合評価加算（入院中1回） 50点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>（削除）</p> <p>A 240 総合評価加算（入院中1回） 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>
<p>A 241 後期高齢者退院調整加算（退院時1回） 【削除】</p> <p>【新設】</p>	<p>A 241 後期高齢者退院調整加算（退院時1回） 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p>	<p>（削除）</p> <p>A 242 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただ</p>

項 目	現 行	改 正
【新設】	(新設)	<p>し、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。</p> <p>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 30点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
第3節 特定入院料		
A 300 救命救急入院料 (1日につき)		
【項目の見直し】	A 300 救命救急入院料 (1日につき)	
	1 3日以内の期間	1 救命救急入院料 1
	イ 救命救急入院料 1 9,700点	イ 3日以内の期間 9,700点
	ロ 救命救急入院料 2 11,200点	ロ 4日以上7日以内の期間 8,775点
	2 4日以上7日以内の期間	ハ 8日以上14日以内の期間 7,490点
	イ 救命救急入院料 1 8,775点	2 救命救急入院料 2
	ロ 救命救急入院料 2 10,140点	イ 3日以内の期間 11,200点
	3 8日以上14日以内の期間	ロ 4日以上7日以内の期間 10,140点
	イ 救命救急入院料 1 7,490点	ハ 8日以上14日以内の期間 8,890点
	ロ 救命救急入院料 2 8,890点	3 救命救急入院料 3
		イ 救命救急入院料
		(1) 3日以内の期間 9,700点
		(2) 4日以上7日以内の期間 8,775点
		(3) 8日以上14日以内の期間 7,490点
		ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(1) 3日以内の期間 9,700点
		(2) 4日以上7日以内の期間 8,775点
		(3) 8日以上60日以内の期間 7,890点
		4 救命救急入院料 4
		イ 救命救急入院料
		(1) 3日以内の期間 11,200点
		(2) 4日以上7日以内の期間 10,140点
		(3) 8日以上14日以内の期間 8,890点
		ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(1) 3日以内の期間 11,200点
		(2) 4日以上7日以内の期間 10,140点
		(3) 8日以上14日以内の期間 8,890点
		(4) 15日以上60日以内の期間 7,890点
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日を限度として算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
	注2 注1に規定する保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この表において「精神保健指定医」という。)が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。	注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この表において「精神保健指定医」という。)が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。
【注の見直し】	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき所定点数に500点を加算する。	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。
【注の追加】	(追加)	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき更に所定点数に100点を加算する。	に500点を加算する。 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。
【注の追加】	注5 注4に規定する加算を算定する保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合は、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。	注6 注5に規定する加算を算定する保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。
【注の見直し】	注6 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料	注8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～チ（略）
A301 特定集中治療室管理料（1日につき）	A301 特定集中治療室管理料（1日につき）	
【項目の見直し】	1 7日以内の期間 8,760点 2 8日以上14日以内の期間 7,330点	1 特定集中治療室管理料1 イ 7日以内の期間 9,200点 ロ 8日以上14日以内の期間 7,700点 2 特定集中治療室管理料2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,200点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,700点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,200点 (2) 8日以上60日以内の期間 7,890点
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
【注の削除】	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	（削除）

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数に所定点数の100分の5に相当する点数を加算する。</p> <p>(追加)</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 7日以内の期間 1,500点</p> <p>ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点</p>
【注の見直し】	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p>	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）</p>
<p>A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p>	<p>ハ〜チ (略)</p>
<p>A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき） 3,700点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、21日を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p>	<p>4,500点</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）</p> <p>ハ〜チ (略)</p>
	<p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p>	<p>ハ〜チ (略)</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 5,700点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）</p> <p>ハ～チ (略)</p>
<p>A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき） 8,500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p>	<p>1 新生児特定集中治療室管理料1 10,000点 2 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】 【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>1 母体・胎児集中治療室管理料 7,000点</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 8,600点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ インキュベーター（使用した酸素及び</p>	<p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）</p> <p>ハ〜チ（略）</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 10,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）</p> <p>ハ〜リ（略）</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【新設】</p> <p>A 304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料（1日につき） 【削除】</p>	<p>窒素の費用を除く。） リ 第13部第1節の病理標本作製料（新設）</p> <p>A 304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料（1日につき） 7,890点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて広範囲熱傷特定集中治療室管理が行われた場合に、60日を限度として算定する。 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射</p>	<p>A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 5,400点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>(削除)</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ホ 中心静脈注射 ヘ 創傷処置 ト 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ 皮膚科軟膏処置 リ 留置カテーテル設置 ス 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 7日以内の期間 8,890点 2 8日以上14日以内の期間 7,690点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第12項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第13項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。） ハ～チ (略)</p>
<p>A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p>	<p>A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1,943点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。</p> <p>(追加)</p>	<p>注1 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び退院調整加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
<p>【項目の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 小児入院医療管理料1 4,500点</p> <p>2 小児入院医療管理料2 3,600点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 3,000点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 2,100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料4を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2及び小児入院医療管理料3に含まれるものとする。</p>	<p>2 小児入院医療管理料2 4,000点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 3,600点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 3,000点</p> <p>5 小児入院医療管理料5 2,100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<p>断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>注6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
<p>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</p>	<p>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</p>	
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,676点）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,581点）</p>	<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,720点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,706点）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,586点）</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1</p>	<p>注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1</p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する。</p> <p>注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する。</p>
【注の追加】	<p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき所定点数に40点を加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注5 診療に係る費用（注2、注3及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（I）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>
<p>A 308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>	<p>A 308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。</p>
【注の追加】	<p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床</p>	<p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 特殊疾患病棟入院料1 1,943点</p> <p>2 特殊疾患病棟入院料2 1,570点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。</p> <p>（追加）</p> <p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>A 310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>3,780点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域</p>	<p>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域</p>

項 目	現 行	改 正
A311 精神科救急入院料 (1日につき)	加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
【点数の見直し】	A311 精神科救急入院料 (1日につき) 1 精神科救急入院料1 イ 30日以内の期間 3,431点 ロ 31日以上の期間 3,031点 2 精神科救急入院料2 イ 30日以内の期間 3,231点 ロ 31日以上の期間 2,831点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。 注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。	イ 30日以内の期間 3,451点 ロ (略) イ 30日以内の期間 3,251点 ロ (略)
【注の見直し】	注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。	注2 診療に係る費用(注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。 注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)		
【点数の見直し】	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 1,900点 ロ 31日以上の期間 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,800点 ロ 31日以上の期間 1,500点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	イ 30日以内の期間 1,920点 ロ (略) イ 30日以内の期間 1,820点 ロ (略)

項 目	現 行	改 正
	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p>	<p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点</p>
A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）	<p>A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）</p>	
【点数の見直し】	<p>1 30日以内の期間 3,431点 2 31日以上期間 3,031点</p>	<p>1 30日以内の期間 3,451点</p>
	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患</p>
【注の見直し】	<p>注3 当該病棟に入院している患者であって、</p>	<p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A312 精神療養病棟入院料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p> <p>A312 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,090点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p>	<p>者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点</p> <p>ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点</p> <p>1,050点</p> <p>注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点</p> <p>ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、1日につき40点を所定点数に加算する。</p>
<p>A314 認知症病棟入院料（1日につき） 【名称の見直し】 【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>A313 削除</p> <p>A314 認知症病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 認知症病棟入院料1</p> <p>イ 90日以内の期間 1,330点</p> <p>ロ 91日以上期間 1,180点</p> <p>2 認知症病棟入院料2</p> <p>イ 90日以内の期間 1,070点</p> <p>ロ 91日以上期間 1,020点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p>	<p>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 認知症治療病棟入院料1</p> <p>イ 60日以内の期間 1,450点</p> <p>ロ 61日以上期間 1,180点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料2</p> <p>イ 60日以内の期間 1,070点</p> <p>ロ 61日以上期間 970点</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>A316 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）</p> <p>【削除】</p>	<p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>A315 削除</p> <p>A316 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）</p> <p>1 14日以内の期間 1,080点（生活療養を受ける場合にあっては、1,066点）</p> <p>2 15日以上期間 645点（生活療養を受ける場合にあっては、631点）</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあっては、645点（生活療養を受ける場合にあっては、631点）を算定する。</p>	<p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>(削除)</p>

項 目	現 行	改 正
第4節 短期滞在手術基本料 A 400 短期滞在手術基本料	<p>A 400 短期滞在手術基本料</p> <p>1 短期滞在手術基本料1（日帰りの場合） 2,800点</p> <p>2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合） 4,800点 （生活療養を受ける場合にあつては、 4,772点）</p> <p>3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合） 5,670点 （生活療養を受ける場合にあつては、 5,600点）</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <p>注2 保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <p>注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。 イ 尿中一般物質定性半定量検査 ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像及び末梢血液一般検査 ハ 出血・凝固検査 出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定 ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T P）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D H）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（C P K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L -コレステロール、L D L -コレステロール、前立腺酸性フォスファター</p>	<p>注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。 イ～ロ（略）</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・ホスホキナーゼ（C K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L -コレステロール、L D L -コレステロール、前立腺酸ホスフ</p>
【注の見直し】		

項 目	現 行	改 正
	<p>ゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン酸・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン酸・ピルビク・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原及びHCV抗体価精密測定</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1に掲げるもの</p> <p>ス 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>ル 麻酔管理料 区分番号L009に掲げるもの</p> <p>注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及び栄養管理実施加算を除く。） ハ 注3のイからラまでに掲げるもの</p> <p>注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。 イ 入院基本料（特別入院基本料を除く。） ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A233に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号A234に掲げる医療安全対策加算を除く。） ハ 医学管理等（区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料及び区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料に限る。） ニ 検査（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げ</p>	<p>ァターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）</p> <p>チ～ヌ（略）</p> <p>ル 麻酔管理料（I） 区分番号L009に掲げるもの</p> <p>ヲ 麻酔管理料（II） 区分番号L010に掲げるもの</p> <p>ハ 注3のイからラまでに掲げるもの</p> <p>注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。 イ 入院基本料（特別入院基本料等を除く。） ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A233に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号A234に掲げる医療安全対策加算を除く。） ハ 医学管理等（区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料及び区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料に限る。） ニ 検査（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げ</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>る検査を除く。)</p> <p>ホ 画像診断（通則第4号及び第6号に規定する画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に規定する画像診断管理加算2並びに区分番号E003の3に掲げる動脈造影カテーテル法（イに限る。）を除く。)</p> <p>ヘ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。)</p> <p>ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。)</p> <p>チ リハビリテーション（薬剤料に限る。)</p> <p>リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。)</p> <p>ヌ 処置（1,000点未満のものに限る。)</p> <p>ル 病理診断（第13部第1節の病理標本作製料に限る。)</p>	<p>る検査を除く。)</p> <p>ホ 画像診断（第2章第4部通則第4号及び第6号に規定する画像診断管理加算1並びに同部通則第5号及び第7号に規定する画像診断管理加算2並びに区分番号E003の3に掲げる動脈造影カテーテル法（イに限る。）を除く。)</p> <p>ヘ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。)</p> <p>ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。)</p> <p>チ リハビリテーション（薬剤料に限る。)</p> <p>リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。)</p> <p>ヌ 処置（1,000点未満のものに限る。)</p> <p>ル 病理診断（第2章第13部第1節の病理標本作製料に限る。)</p>

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

項 目	現 行	改 正
B001 特定疾患治療管理料	B000 特定疾患療養管理料 1 診療所の場合 225点 2 許可病床数が100床未満の病院の場合147点 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。 注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。 注3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	
	B001 特定疾患治療管理料 1 ウイルス疾患指導料 イ ウイルス疾患指導料1 240点 ロ ウイルス疾患指導料2 330点 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。 2 特定薬剤治療管理料 470点 注1 ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。 注2 同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の	注2 同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定する

項 目	現 行	改 正
【項目の見直し】	<p>測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注3 ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。</p> <p>注4 抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月日以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与している患者について、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。</p> <p>注6 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、所定点数に2,740点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。</p>	<p>こととし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。</p>
	<p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>イ 測定方法が一般的なもの 220点</p> <p>ロ 測定方法が精密なもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に150点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。</p> <p>注4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。</p> <p>注5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカー</p>	<p>イ 尿中B T Aに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>の検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。</p> <p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>イ 月の1回目 500点</p> <p>ロ 月の2回目 400点</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>5 小児科療養指導料 250点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>6 てんかん指導料 250点</p> <p>注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>い。</p> <p>注5 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>7 難病外来指導管理料 250点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>8 皮膚科特定疾患指導管理料</p> <p>イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点</p> <p>ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点</p> <p>注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>9 外来栄養食事指導料 130点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>10 入院栄養食事指導料 130点</p> <p>注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p> <p>11 集団栄養食事指導料 80点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に</p>	

項 目	現 行	改 正
【項目の見直し】	<p>基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料 イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p>	<p>イ 遠隔モニタリングによる場合 460点</p>
【注の見直し】	<p>ロ イ以外の場合 320点 注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のもので、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>ロ (略) 注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のもので、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。</p>
【注の追加】	<p>(追加) 注2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>	<p>注2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる埋込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</p>
	<p>13 在宅療養指導料 170点 注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。</p>	<p>注3</p>
	<p>14 高度難聴指導管理料 イ 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 480点 ロ イ以外の場合 400点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。</p>	
	<p>注2 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p>	
	<p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,305点 注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げ</p>	<p>注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げ</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>る尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 尿沈渣顕微鏡検査</p> <p>ハ 糞便検査 潜血反応検査、ヘモグロビン定性</p> <p>ニ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度測定、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像</p> <p>ホ 出血・凝固検査 出血時間測定、凝固時間測定</p> <p>ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D H）、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T P）、ロイシンアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（C P K）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（G O T）、グルタミン・ピルビク・トランスアミナーゼ（G P T）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5A G）、1,25ジヒドロキシビタミンD₃（1,25(OH)₂D₃）、H D L-コレステロール、L D L-コレステロール、不飽和鉄結合能（U I B C）、総鉄結合能（T I B C）、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン</p> <p>ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T₃）精密測定、サイロキシシン（T₄）精密測定、甲状腺刺激ホルモン（T S H）精密測定、副甲状腺ホルモン（P T H）精密測定、遊離トリヨードサイロニン（F T₃）精密測定、C-ペプチド（C P R）精密測定、遊離サイロキシシン（F T₄）精密測定、カルシトニン精密測定、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（H A N P）精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（B N P）精密測定</p> <p>チ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査（定量）</p> <p>リ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体価、H C V抗体価</p> <p>ヌ 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（C R P）、血清補体価（C H₅₀）、免疫グロブリン、補体蛋白（C₃）、補体蛋白（C₄）、ト</p>	<p>る尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。</p> <p>イ～ロ（略）</p> <p>ハ 糞便検査 潜血反応検査、糞便中ヘモグロビン定性</p> <p>ニ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像</p> <p>ホ 出血・凝固検査 出血時間、凝固時間</p> <p>ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D）、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T）、ロイシンアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・ホスホキナーゼ（C K）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（A S T）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（A L T）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5A G）、1,25ジヒドロキシビタミンD₃（1,25(OH)₂D₃）、H D L-コレステロール、L D L-コレステロール、不飽和鉄結合能（U I B C）、総鉄結合能（T I B C）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン</p> <p>ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T₃）、サイロキシシン（T₄）、甲状腺刺激ホルモン（T S H）、副甲状腺ホルモン（P T H）、遊離トリヨードサイロニン（F T₃）、C-ペプチド（C P R）、遊離サイロキシシン（F T₄）、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（H A N P）、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（B N P）</p> <p>チ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査</p> <p>リ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体価、H C V抗体価（定性、定量）</p> <p>ヌ～ワ（略）</p>

項 目	現 行	改 正
	ランスフェリン、 β_2 -マイクログロ プリン (β_2 -m) ル 心電図検査 ヲ 写真診断 単純撮影 (胸部) ワ 撮影 単純撮影 (胸部)	
	16 喘息治療管理料	
	イ 1月目 75点 ロ 2月日以降 25点	
	注1 入院中の患者以外の喘息の患者に対し て、ピークフローメーターを用いて計画 的な治療管理を行った場合に、月1回に 限り算定する。	
	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に 適合しているものとして地方厚生局長等 に届け出た保険医療機関において、重度 喘息である20歳以上の患者 (中等度以上 の発作により当該保険医療機関に緊急受 診 (区分番号A000に掲げる初診料の注 4、区分番号A001に掲げる再診料の注 3又は区分番号A002に掲げる外来診療 料の注4に規定する加算を算定したもの に限る。) した回数が過去1年間に3回 以上あるものに限る。) に対して、治療 計画を策定する際に、日常の服薬方法、 急性増悪時における対応方法について、 その指導内容を文書により交付し、週1 回以上ピークフローメーターに加え一秒 量等計測器を用い、検査値等を報告させ た上で管理した場合に、次に掲げる点数 を月1回に限り加算する。	
	(1) 1月目 2,525点 (2) 2月日以降6月目まで 1,975点	
	17 慢性疼痛疾患管理料 130点	
	注1 診療所である保険医療機関において、 入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患 を主病とする患者に対して、療養上必要 な指導を行った場合に、月1回に限り算 定する。	
	注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区 分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分 番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、 区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、 区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部 固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる 低出力レーザー照射及び区分番号J 119-4に掲げる肛門処置の費用 (薬剤の 費用を除く。) は、所定点数に含まれる ものとする。	
	18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 500点	
	注1 小児科を標榜する保険医療機関におい て、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患 者であって入院中の患者以外のものに対 して、計画的な治療管理を行った場合 に、月1回に限り算定する。ただし、区 分番号B000に掲げる特定疾患療養管理 料又は区分番号B001の5に掲げる小児 科療養指導料を算定している患者につい ては算定しない。	
	注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定 する初診の日に行った指導又は当該初診 の日の同月内に行った指導の費用は、初 診料に含まれるものとする。	
	注3 入院中の患者に対して行った指導又は	

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>19 埋込型補助人工心臓指導管理料 6,000点 注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる埋込型補助人工心臓に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>20 糖尿病合併症管理料 170点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。</p> <p>21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点 注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>22 がん性疼痛緩和指導管理料 100点 注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>23 がん患者カウンセリング料 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>イ 初診時 560点</p> <p>ロ 再診時 380点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 670点</p> <p>ロ 再診時 490点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。</p> <p>注3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号C000に掲げる往診料（注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>（追加）</p>	<p>保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。</p> <p>注3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合には、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="141 266 197 291">【新設】</p> <p data-bbox="141 504 358 552">B001-3 生活習慣病管理料</p> <p data-bbox="159 819 275 844">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="380 133 793 158">B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点</p> <p data-bbox="380 162 793 262">注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="728 266 783 291">(新設)</p> <p data-bbox="380 558 616 583">B001-3 生活習慣病管理料</p> <p data-bbox="380 587 793 633">1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p data-bbox="392 637 793 662">イ 脂質異常症を主病とする場合 650点</p> <p data-bbox="392 666 793 691">ロ 高血圧症を主病とする場合 700点</p> <p data-bbox="392 695 793 720">ハ 糖尿病を主病とする場合 800点</p> <p data-bbox="380 724 536 749">2 1以外の場合</p> <p data-bbox="392 753 793 778">イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点</p> <p data-bbox="392 782 793 807">ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点</p> <p data-bbox="392 811 793 836">ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点</p> <p data-bbox="380 840 793 1136">注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者及び高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受けるものを除く。)に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。</p> <p data-bbox="380 1139 793 1290">注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料を除く)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="380 1294 793 1425">注3 糖尿病を主病とする患者(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。</p> <p data-bbox="380 1454 676 1479">B001-3-2 ニコチン依存症管理料</p> <p data-bbox="380 1483 793 1508">1 初回 230点</p> <p data-bbox="380 1512 793 1537">2 2回目から4回目まで 184点</p> <p data-bbox="380 1541 793 1566">3 5回目 180点</p> <p data-bbox="380 1570 793 1841">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="819 266 1232 291">B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 100点</p> <p data-bbox="819 295 1232 504">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者(B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。)に対して診療を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="819 819 1232 1107">注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B001-4 手術前医学管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフイー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B001-4 手術前医学管理料 1,192点</p> <p>注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L008に掲げる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に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。</p> <p>注3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査 ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像及び末梢血液一般検査</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検</p>	<p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。</p> <p>イ～ロ（略）</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B001-5 手術後医学管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原及びHCV抗体価精密測定</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1のイに掲げるもの</p> <p>ヌ 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>注6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>B001-5 手術後医学管理料（1日につき）</p> <p>1 病院の場合 1,188点</p> <p>2 診療所の場合 1,056点</p> <p>注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。</p> <p>注2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。</p> <p>注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p>	<p>糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）</p> <p>チ～ヌ（略）</p> <p>注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>ロ 尿中特殊物質定性定量検査 蛋白定量及び糖定量</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末梢血液一般検査</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T P）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D H）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（C P K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L -コレステロール、L D L -コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P 及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（G O T）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（G P T）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析</p> <p>ホ 心電図検査 ヘ 呼吸心拍監視 ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定 チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定 リ 中心静脈圧測定 ヌ 動脈血採取</p> <p>注4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査（I）判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注6 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。</p> <p>B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料 305点</p> <p>注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>注2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った</p>	<p>ロ 尿中特殊物質定性定量検査 尿蛋白及び尿グルコース</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（B U N）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-G T）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（L D）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ（L A P）、クレアチン・ホスホキナーゼ（C K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L -コレステロール、L D L -コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P 及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（A S T）、アラニアミノトランスフェラーゼ（A L T）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析</p> <p>ホ～ヌ （略）</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点 注 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。(追加)</p> <p>B002 開放型病院共同指導料 (I) 350点 注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(以下この表において「開放型病院」という。)に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。 注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。</p> <p>B003 開放型病院共同指導料 (II) 220点 注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。</p> <p>B004 退院時共同指導料 1 1 在宅療養支援診療所(地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の場合 1,000点 2 1以外の場合 600点 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番</p>	<p>注1</p> <p>注2 注1に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したのものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="141 1108 197 1134">【新設】</p> <p data-bbox="141 1454 358 1503">B 005-2 地域連携診療計画管理料</p> <p data-bbox="159 1532 275 1557">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="417 131 795 287">号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。</p> <p data-bbox="378 291 795 316">B 005 退院時共同指導料 2 300点</p> <p data-bbox="378 320 795 629">注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p data-bbox="378 633 795 790">注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p data-bbox="378 794 795 1054">注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。</p> <p data-bbox="378 1058 795 1107">注4 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p data-bbox="724 1110 783 1136">（新設）</p> <p data-bbox="378 1508 795 1534">B 005-2 地域連携診療計画管理料 900点</p> <p data-bbox="378 1537 795 1845">注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文</p>	<p data-bbox="814 1108 1232 1134">B 005-1-2 介護支援連携指導料 300点</p> <p data-bbox="814 1137 1232 1450">注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p data-bbox="814 1532 1232 1845">注1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p>	<p>注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p>
<p>B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 【名称の見直し】</p>	<p>B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 600点</p>	<p>B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ） 600点</p>
【注の追加】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、患者の同意を得た上で、注1に規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合には、地域連携診療計画退院計画加算として、所定点数に100点を加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p>	<p>注4 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注5 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p>
【新設】	(新設)	<p>B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ） 300点</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【新設】</p>	<p>B 005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。</p> <p>B 005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 350点 注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B 005-6 がん治療連携計画策定料 750点 注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基</p>

項 目	現 行	改 正
【新設】	(新設)	<p>づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p> <p>B005-6-2 がん治療連携指導料 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画策定病院を除く。)が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
【新設】	(新設)	<p>B005-7 認知症専門診断管理料 500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のものに対して、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。</p>
【新設】	(新設)	<p>B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>B006 救急救命管理料 500点</p> <p>注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。</p> <p>注2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B006-2 削除</p> <p>B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点</p> <p>注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>B007 退院前訪問指導料 410点</p> <p>注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。</p> <p>注2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点</p> <p>2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点</p> <p>3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に50点を加算する。</p> <p>注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>（削除）</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B 009 診療情報提供料 (I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B 009 診療情報提供料 (I) 250点</p> <p>注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> <p>注8 区分番号B 005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同</p>	<p>注4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>管理料（Ⅰ）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。</p> <p>注9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。（追加）</p> <p>注10 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算する。（追加）</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>注11</p>
【注の見直し】	<p>B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点 注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>B011 削除 B011-2 削除</p> <p>B011-3 薬剤情報提供料 10点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。</p> <p>注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副</p>	<p>注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B011-4 医療機器安全管理料 【点数の見直し】</p>	<p>作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。</p> <p>注3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。</p> <p>B011-4 医療機器安全管理料</p> <p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 50点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,000点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。</p> <p>B012 傷病手当金意見書交付料 100点 注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。</p> <p>B013 療養費同意書交付料 100点 注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。</p>	<p>100点</p> <p>1,100点</p> <p>B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 【名称の見直し】 【点数の見直し】 【注の見直し】</p> <p>B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点 注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。</p> <p>B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 【削除】</p> <p>B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点 注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>B016 後期高齢者診療料 【削除】</p> <p>B016 後期高齢者診療料 600点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。</p> <p>注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>注3 第2部在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。</p>	
<p>B017 後期高齢者外来継続指導料 【削除】</p>	<p>B017 後期高齢者外来継続指導料 200点 注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。</p>	(削除)
<p>B018 後期高齢者終末期相談支援料 【削除】</p>	<p>B018 後期高齢者終末期相談支援料 200点 注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	(削除)

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p style="text-align: right;">200点</p> <p>注1 1については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>注3 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。</p> <p>注4</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注3 患者における診療時間が1時間を超えた</p>	<p>注4</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p>	<p>場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。</p> <p>注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。</p> <p>注5 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。ただし、注4のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>注6 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。</p> <p>注7 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療（在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。</p> <p>注8 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の</p>	<p>注5 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）には、所定点数に10,000点を加算する。</p> <p>注6 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注5のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>注7</p> <p>注8</p> <p>注9</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 160 257 189">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 585 358 658">C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）</p> <p data-bbox="157 1325 257 1354">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 131 783 189">費用は、所定点数に含まれるものとする。（追加）</p> <p data-bbox="375 320 797 504">注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。</p> <p data-bbox="375 504 797 581">注4 区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p data-bbox="375 633 797 691">C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）</p> <p data-bbox="375 691 797 739">1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合</p> <p data-bbox="399 739 797 788">イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p data-bbox="399 788 797 817">ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p data-bbox="375 817 797 846">2 1以外の場合</p> <p data-bbox="399 846 797 894">イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p> <p data-bbox="399 894 797 923">ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点</p> <p data-bbox="375 923 797 1184">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="375 1184 797 1319">注2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p data-bbox="813 160 1234 314">注3 在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。</p> <p data-bbox="813 320 852 349">注4</p> <p data-bbox="813 504 852 533">注5</p> <p data-bbox="813 1325 1234 1479">注3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。</p> <p data-bbox="813 1479 852 1508">注4</p> <p data-bbox="813 1692 852 1721">注5</p>
	<p data-bbox="375 1798 797 1827">C003 在宅末期医療総合診療料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1827 797 1848">1 保険薬局において調剤を受けるために処方</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>C004 救急搬送診療料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>せんを交付する場合 1,495点</p> <p>2 1 以外の場合 1,685点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。</p> <p>注2 患者において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。</p> <p>注3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅末期医療総合診療料に含まれるものとする。</p> <p>注4 在宅末期医療総合診療に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>C004 救急搬送診療料 1,300点</p> <p>注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して当該診療を行った場合は、所定点数に150点を加算する。</p>	<p>注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。</p>
<p>C 005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>C 005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 555点</p> <p>ロ 週4日目以降 655点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 505点</p> <p>ロ 週4日目以降 605点</p> <p>注1 保険医療機関が、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。以下注5及び注6において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度</p>	<p>注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>(1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。))とする。</p> <p>注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p> <p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。</p>	<p>注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。</p> <p>注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。</p> <p>注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点</p>
【注の追加】	(追加)	注5
【注の追加】	(追加)	注6
	<p>注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。</p>	注7
	<p>注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援</p>	注8

項 目	現 行	改 正
【注の削除】	<p>事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。</p>	(削除)
【注の見直し】	<p>注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。</p>	<p>注9 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注8 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>	<p>注9 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注9 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p> <p>注10 在宅患者訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p>	<p>注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p> <p>注11 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p>
C005-1-2 居住施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）	C005-1-2 居住施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）
【名称の見直し】	<p>1 保健師、助産師又は看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 430点</p> <p>ロ 週4日目以降 530点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 380点</p> <p>ロ 週4日目以降 480点</p>	
【注の見直し】	<p>注1 保険医療機関が、居住施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）</p>	<p>注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定する</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。）とする。</p> <p>注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p> <p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。</p>	<p>日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。))を限度とする。</p> <p>注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。</p> <p>注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。</p> <p>注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1日に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点 ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点</p> <p>注7 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要</p>
【注の追加】	(追加)	注5
【注の追加】	(追加)	注6
【注の見直し】	注5	注7

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>な指導を行った場合に、居住系施設入居者等連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。</p> <p>注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。</p>	<p>導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。</p> <p>注8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。</p>
【注の削除】	<p>注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。</p>	<p>(削除)</p>
【注の見直し】	<p>注8 死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、居住系施設等ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>	<p>注9 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注9 居住系施設入居者等訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p> <p>注10 居住系施設入居者等訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p> <p>注11 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
<p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 60点</p> <p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1</p>	<p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に</p>

項 目	現 行	改 正
<p>C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。</p> <p>C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者（居住施設設入居者等を除く。）の場合 300点</p> <p>2 居住施設設入居者等である患者の場合 255点</p> <p>注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住施設設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住施設設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）まで算定する。</p> <p>注2 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>C007 訪問看護指示料 300点</p> <p>注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。</p>	<p>規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料	
【項目の見直し】	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 550点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点	1 同一建物居住者以外の場合 550点 2 同一建物居住者の場合 385点
【注の見直し】	注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。 注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。 注3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。	注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料	
【項目の見直し】	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 530点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 450点	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
【注の見直し】	注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。 注2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。	注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。
	C010 在宅患者連携指導料 900点	
	注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を	

項 目	現 行	改 正
	<p>踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料を算定している患者については算定しない。</p> <p>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点</p> <p>注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p>	
<p>第2節 在宅療養指導管理料</p> <p>通則</p> <p>第1款 在宅療養指導管理料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。</p> <p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。</p> <p>2 同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。</p>	<p>2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
【通則の追加】	(追加)	3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
C100 退院前在宅療養指導管理料	3 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。	4
【注の追加】	(追加)	注 1
【注の追加】	(追加)	注 2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。
【新設】	(新設)	C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点 注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C100 退院前在宅療養指導管理料 120点 注 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【注の追加】	(追加)	注 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号 J 038に掲げる人工腎臓又は J 042に規定する腹膜灌流の 1 を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用は、算定しない。
C102-2 在宅血液透析指導管理料	C101 在宅自己注射指導管理料 820点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【注の追加】	(追加)	注 1
C102-2 在宅血液透析指導管理料	C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 3,800点 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降 1 回につき 2,000 点を月 2 回に限り算定する。	8,000点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届
【点数の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、2,000点を月4回に限り算定する。</p> <p style="text-align: right;">(追加)</p> <p>C103 在宅酸素療法指導管理料</p> <p>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点 2 その他の場合 2,500点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点</p> <p>注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点</p> <p>注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C106 在宅自己導尿指導管理料 1,800点</p> <p>注1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点</p> <p>注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点</p> <p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点</p> <p>注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点</p> <p>注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性</p>	<p>け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。</p> <p>注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。</p>

項 目	現 行	改 正												
<p>【新設】</p>	<p>疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジン I₂ 製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。</p> <p>C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C113 削除</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点 注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p>												
<p>第2款 在宅療養指導管理材料加算 通則 【通則の見直し】</p> <p>C150 血糖自己測定器加算</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き月1回に限り算定する。</p> <p>2 前号にかかわらず本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。</p> <p>C150 血糖自己測定器加算</p> <table border="0"> <tr><td>1 月20回以上測定する場合</td><td>400点</td></tr> <tr><td>2 月40回以上測定する場合</td><td>580点</td></tr> <tr><td>3 月60回以上測定する場合</td><td>860点</td></tr> <tr><td>4 月80回以上測定する場合</td><td>1,140点</td></tr> <tr><td>5 月100回以上測定する場合</td><td>1,320点</td></tr> <tr><td>6 月120回以上測定する場合</td><td>1,500点</td></tr> </table> <p>注1 1から3までについては、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者を除く。）又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>注2 4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に</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>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。</p> <p>注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）</p> <p>ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3</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													

項 目	現 行	改 正
	<p>基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C151 注入器加算 300点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1,500点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C153 注入器用注射針加算 1 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点 2 1以外の場合 130点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C154 紫外線殺菌器加算 360点 注 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C155 自動腹膜灌流装置加算 2,500点 注 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>
<p>C156 透析液供給装置加算 【点数の見直し】</p>	<p>C156 透析液供給装置加算 8,000点 注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C157 酸素ポンペ加算 1 携帯用酸素ポンペ 880点 2 1以外の酸素ポンペ 3,950点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンペを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C158 酸素濃縮装置加算 4,000点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンペ加算の2は算定できない。</p> <p>C159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置 3,970点 2 携帯型液化酸素装置 880点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以</p>	<p>10,000点</p>

項 目	現 行	改 正
C164 人工呼吸器加算 【点数の見直し】	<p>外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	
	<p>C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点</p>	
	<p>注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	
	<p>C161 注入ポンプ加算 1,250点</p>	
	<p>注 在宅中心静脈栄養法又は在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者若しくは在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法若しくは在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
	<p>C162 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点</p>	
	<p>注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	
	<p>C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600点</p>	
	<p>注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	
	<p>C164 人工呼吸器加算</p>	
<p>1 陽圧式人工呼吸器 6,840点</p>	7,000点	
<p>注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p>		
<p>2 人工呼吸器 5,930点</p>	6,000点	
<p>注 鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p>	<p>注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p>	
<p>3 陰圧式人工呼吸器 3,000点</p>	7,000点	
<p>注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p>		
<p>注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。</p>		
<p>C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p>		
<p>1,210点</p>		
<p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>		
<p>C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算</p>		
<p>2,500点</p>		
<p>注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>		
<p>C167 疼痛管理用送信器加算</p>		
<p>600点</p>		
<p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>		

項 目	現 行	改 正
【新設】	<p>C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C169 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。 (新設)</p>	<p>注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C170 排痰補助装置加算 1,800点 注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
第3節 薬剤料	<p>C200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
第4節 特定保険医療材料料	<p>C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第3部 検査(1) ①新検査項目一覧

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 検体検査実送料					
(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	(名称の変更)
D001 2	VMA 定性	9	→ 9	D001 2	
D001 2	B-J 蛋白定性	9	→ 9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 3	ポルフィリン定性	10	→ 10	D001 3	
D001 3	アミラーゼ (定性、半定量)	10	→ 10	D001 3	(名称の変更)
D001 4	ビリルビン	12	→ 12	D001 4	(名称の変更)
D001 6	ウロビリノゲン	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	尿中ウロビリノゲン	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	→ 16	D001 5	
D001 6	尿浸透圧	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 7	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	→ 17	D001 6	(名称の変更)
D001 8	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG)	41	→ 41	D001 7	(名称の変更)
D001 9	尿中アルブミン定性	49	→ 49	D001 8	(名称の変更)
D001 10	尿中黄体形成ホルモン (LH) 定性	72	→ 72	D001 9	(名称の変更)
D001 10	尿中フィブリン分解産物 (FDP)	72	→ 72	D001 9	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロトランスフェリン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中ウロポルフィリン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロアルブミン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中デルタアミノレブリン酸	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中ポリアミン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 12	尿中ミオイノシトール	120	→ 120	D001 11	(名称の変更)
D001 13	尿中コプロポルフィリン	150	→ 150	D001 12	(名称の変更)
D001 14	尿中ポルフォビリノゲン	200	→ 200	D001 13	(名称の変更)
D001 15	尿中IV型コラーゲン	210	→ 210	D001 14	(名称の変更)
D002	尿沈渣顕微鏡検査	25	→ 25	D002	
D002 注	染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定	30	→ 30	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→ 9	D003 1	
D003 2	糞便中虫卵検出 (集卵法)	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 3	(名称の変更)
D003 4	糞便中虫体検出	23	→ 23	D003 4	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	→ 25	D003 5	(名称の変更)
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 6	(名称の変更)
D003 7	糞便中虫卵培養検査	40	→ 40	D003 7	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	→ 42	D003 8	(名称の変更)
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	60	→ 57	D003 9	(名称の変更)
D003 10	糞便中キモトリプシン	80	→ 80	D003 10	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D001 5	胃酸度測定	15	→ 15	D004 1	
D004 1	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 2	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 3	髄液一般検査	65	→ 62	D004 4	
D004 4	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	
D004 5	頸管粘液検査	75	→ 75	D004 6	
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
- -	涙液中総 IgE 定性	-	→ 100	D004 7	(新設)
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	135	→ 135	D004 8	(名称の変更)
D004 8	腔分泌液中乳酸脱水素酵素 (LD) 半定量	170	→ 170	D004 9	(名称の変更)
D004 9	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	
D004 10	関節液中コンドロカカルシン	300	→ 300	D004 11	
D004 11	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白 (SP-A)	380	→ 380	D004 12	

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 12	IgG インデックス	460 →	460	D004 13	
D004 13	髄液オリゴクローナルバンド	560 →	560	D004 14	(名称の変更)
D004 14	髄液 MBP	620 →	620	D004 15	
- -	悪性腫瘍組織検査			D004-2	(新設)
D004 15	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000 →	2,000	D004-2 1	
D004 16	抗悪性腫瘍剤感受性検査 (HDRA 法又は CD-DST 法)	2,000 →	2,000	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	9 →	9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12 →	12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15 →	15	D005 3	(名称の変更)
D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査	15 →	15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17 →	17	D005 4	
D005 5	末梢血液像	18 →	18	D005 5	
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算 (特殊染色ごとに)	27 →	27	D005 5	
D005 6	末梢血液一般検査	22 →	21	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	自己溶血試験	50 →	50	D005 9	
D005 9	血液粘稠度	50 →	50	D005 9	(名称の変更)
D005 9	ヘモグロビン A _{1c} (HbA _{1c})	50 →	50	D005 9	
D005 10	ヘモグロビン F (HbF)	60 →	60	D005 10	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130 →	130	D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	240 →	240	D005 12	(名称の変更)
D005 13	ターミナルデオキシスクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)	250 →	250	D005 13	(名称の変更)
D005 14	骨髓像	500 →	880	D005 14	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算 (特殊染色ごとに)	40 →	40	D005 14	
D005 15	モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査 (一連につき)	1,000 →	1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15 →	15	D006 1	(名称の変更)
D006 1	プロトロンビン時間	15 →	18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	凝固時間	18 →	18	D006 2	(名称の変更)
D006 7	トロンボテスト	29 →	18	D006 2	(項目の分割)
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	23 →	23	D006 4	(名称の変更)
D006 4	クリオフィブリノゲン検査	23 →	23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25 →	25	D006 5	(名称の変更)
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 7	ヘパリン抵抗試験	29 →	28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間	29 →	29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29 →	29	D006 7	(項目の分割)
D006 8	血小板凝集能	50 →	50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65 →	65	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン III	70 →	70	D006 10	
D006 11	フィブリン分解産物 (FDP)	80 →	80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	プラスミン	80 →	80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定 (Ratnoff法等)	80 →	80	D006 11	
D006 11	血清全プラスミン測定法 (血清SK活性化プラスミン値)	80 →	80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性値	80 →	80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	α_1 -アンチトリプシン	80 →	80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	100 →	95	D006 12	
D006 12	プラスミノゲン	100 →	100	D006 13	(名称の変更)
D007 20	凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100 →	100	D006 13	
D006 13	フィブリノゲン分解産物	120 →	120	D006 14	(名称の変更)
D006 14	D-Dダイマー定性	140 →	140	D006 15	
D006 14	α_2 -マクログロブリン	140 →	140	D006 15	
D006 14	アンチプラスミン	140 →	140	D006 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		
D006 14	フォン・ウィルブランド因子活性	140 →	140	D006 15	(名称の変更)
D006 15	PIVKA II	150 →	150	D006 16	
D006 15	D-Dダイマー	150 →	150	D006 16	(名称の変更)
D006 16	凝固因子インヒビター	160 →	160	D006 17	
D006 16	フォン・ウィルブランド因子抗原	160 →	160	D006 17	(名称の変更)
D006 17	プロテインS	170 →	170	D006 18	(名称の変更)
D006 17	α_2 -プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	170 →	170	D006 18	
D006 18	血小板第4因子 (PF ₄)	180 →	180	D006 19	(名称の変更)
D006 18	β -トロノボグロブリン	180 →	180	D006 19	(名称の変更)
D006 19	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)	200 →	200	D006 20	(名称の変更)
D006 19	プロトロンビンフラグメントF1+2	200 →	200	D006 20	(名称の変更)
D006 20	トロンボモジュリン	215 →	215	D006 21	(名称の変更)
D006 21	フィブリンモノマー複合体	240 →	240	D006 22	(名称の変更)
D006 21	凝固因子 (Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、ⅫⅢ)	240 →	240	D006 22	
D006 22	プロテインC	260 →	260	D006 23	
D006 22	tPA・PAI-1複合体	260 →	260	D006 23	
D006 23	フィブリノペプチイド	300 →	300	D006 24	(名称の変更)
D006 注	包括項目：3項目又は4項目	530 →	530	D006 注	
D006 注	包括項目：5項目以上	750 →	750	D006 注	
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査(造血管腫瘍核酸増幅同定検査)	2,000 →	2,000	D006-2	
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査	1,200 →	1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	2,000 →	4,000	D006-4	(名称の変更)
D006-5	染色体検査 (すべての費用を含む。)	2,000 →	2,600	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400 →	400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400 →	2,400	D006-6	
D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査	2,000 →	2,000	D006-7	(名称の変更)
- -	サイトケラチン (CK) 19mRNA	- →	2,000	D006-7	(新設)
- -	UDP グルクロン酸転移酵素遺伝子多型	- →	2,000	D006-7	(新設)
(生化学的検査 (I))					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11 →	11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン	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 (BUN)	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	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ (ChE)	11 →	11	D007 1	
D007 1	γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GT)	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	中性脂肪	11 →	11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カリウム	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カルシウム	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	マグネシウム	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	膠質反応	11 →	11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11 →	11	D007 1	
D007 1	グルコース	11 →	11	D007 1	
D007 1	乳酸脱水素酵素 (LD)	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	エステル型コレステロール	11 →	11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11 →	11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)	11 →	11	D007 1	
D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)	11 →	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	アルドラーゼ	11 →	11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11 →	11	D007 1	
D007 1	鉄	11 →	11	D007 1	
D007 1	試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	11 →	11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15 →	15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16 →	16	D007 3	
D007 4	HDL-コレステロール	17 →	17	D007 4	

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 4	前立腺酸ホスファターゼ	17 →	17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	P 及び HPO ₄	17 →	17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	17 →	17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17 →	17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17 →	17	D007 4	(名称の変更)
D007 5	LDL-コレステロール	18 →	18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18 →	18	D007 5	(名称の変更)
D007 6	銅	24 →	23	D007 6	(名称の変更)
D007 6	リパーゼ	24 →	24	D007 7	
D007 7	イオン化カルシウム	27 →	26	D007 8	
D007 7	マンガン	27 →	27	D007 9	
D007 8	ムコ蛋白	30 →	29	D007 10	
D007 9	ケトン体	32 →	31	D007 11	
D007 17	不飽和鉄結合能 (UIBC)	80 →	31	D007 11	
D007 18	総鉄結合能 (TIBC)	85 →	31	D007 11	
D007 9	アデノシンデアミナーゼ	32 →	32	D007 12	(名称の変更)
D007 10	グアナーゼ	35 →	35	D007 13	(名称の変更)
D007 11	リポ蛋白	45 →	45	D007 14	
D007 12	有機モノカルボン酸	48 →	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	胆汁酸	48 →	48	D007 15	
D007 12	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	48 →	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	アマラーゼ・アイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 12	γ-GT・アイソザイム	48 →	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 12	重炭酸塩	48 →	48	D007 15	
D007 13	AST・アイソザイム	50 →	49	D007 16	(名称の変更)
D007 13	アンモニア	50 →	50	D007 17	
D007 13	リポ蛋白分画 (アガロース法)	50 →	50	D007 17	(名称の変更)
D007 14	CK・アイソザイム	55 →	55	D007 18	(名称の変更)
D007 14	グリコアルブミン	55 →	55	D007 18	
D007 15	コレステロール分画	60 →	57	D007 19	
D007 15	カタラーゼ	60 →	60	D007 20	
D007 15	ケトン体分画	60 →	60	D007 20	
D007 16	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 17	G-6-PDH	80 →	80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	リポ蛋白分画 (ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	80 →	80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG)	80 →	80	D007 22	
D007 17	グリココル酸	80 →	80	D007 22	
D007 19	CK-MB	90 →	90	D007 23	(名称の変更)
D007 20	睪分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)	100 →	95	D007 24	
D007 20	乳酸脱水素酵素・アイソザイム 1 型	100 →	95	D007 24	
D007 20	アポリポ蛋白	100 →	95	D007 24	
D007 20	シスチンアミノペプチダーゼ (CAP)	100 →	100	D007 25	
D007 21	ヘパリン	110 →	110	D007 26	
D007 22	リポ蛋白 (a)	120 →	110	D007 26	(名称の変更)
D007 22	心筋トロポニン I	120 →	120	D007 27	(名称の変更)
D007 22	シアル化糖鎖抗原KL-6	120 →	120	D007 27	
D007 22	フェリチン	120 →	120	D007 27	
D007 22	アルコール	120 →	120	D007 27	
D007 22	ペントシジン	120 →	120	D007 27	
D007 22	イヌリン	120 →	120	D007 27	
D007 23	サーファクタント蛋白A (SP-A)	130 →	130	D007 28	
D007 23	心筋トロポニン T (定性、定量)	130 →	130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	ガラクトース	130 →	130	D007 28	
D007 23	アルミニウム	130 →	130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	シスタチンC	130 →	130	D007 28	(名称の変更)
D007 24	サーファクタント蛋白D (SP-D)	140 →	140	D007 29	
D007 25	血液ガス分析	150 →	150	D007 30	
D007 25	亜鉛	150 →	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	ミオグロビン	150 →	150	D007 30	
D007 25	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP)	150 →	150	D007 30	

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 25	P-Ⅲ-P	150 →	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	Ⅳ型コラーゲン	150 →	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	アルブミン非結合型ビリルビン	150 →	150	D007 30	
D007 25	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150 →	150	D007 30	
D007 26	アンギオテンシンⅠ転換酵素 (ACE)	160 →	160	D007 31	
D007 26	Ⅳ型コラーゲン・7S	160 →	160	D007 31	(名称の変更)
D007 26	ビタミンB ₁₂	160 →	160	D007 31	(名称の変更)
D007 27	葉酸	170 →	170	D007 32	(名称の変更)
D007 28	アルカリホスファターゼ・アイソザイム (ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	190 →	180	D007 33	(名称の変更)
D007 28	アセトアミノフェン	190 →	190	D007 34	(名称の変更)
D007 28	臌分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (IGFBP-1)	190 →	190	D007 34	
D007 28	ヒアルロン酸	190 →	190	D007 34	
D007 28	心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ	190 →	190	D007 34	(名称の変更)
D007 29	レムナント様リポ蛋白 (RLP) コレステロール	200 →	200	D007 35	
D007 29	トリプシン	200 →	200	D007 35	
- -	MDA-LDL	- →	200	D007 35	(新設)
D007 30	赤血球プロポルフィリン	210 →	210	D007 36	(名称の変更)
D007 30	臌ホスホリパーゼA ₂ (臌PLA ₂)	210 →	210	D007 36	(名称の変更)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ	230 →	230	D007 37	(名称の変更)
D007 31	肝細胞増殖因子 (HGF)	230 →	230	D007 37	
D007 31	CKアイソフォーム	230 →	230	D007 37	
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ (PH)	230 →	230	D007 37	(名称の変更)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250 →	250	D007 38	(名称の変更)
D007 32	臌分泌液中α-フェト蛋白	250 →	250	D007 38	
D007 34	ビタミンB ₁	290 →	270	D007 39	(名称の変更)
D007 33	赤血球プロポルフィリン	280 →	280	D007 40	(名称の変更)
D007 33	ビタミンB ₂	280 →	280	D007 40	
D007 35	プロカルシトニン (PCT)	320 →	320	D007 41	
D007 36	ビタミンC	330 →	330	D007 42	(名称の変更)
D007 37	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1,25(OH) ₂ D ₃)	400 →	400	D007 43	
D007 注	包括項目：5項目以上7項目以下	100 →	95	D007 注	
D007 注	包括項目：8項目又は9項目	109 →	104	D007 注	
D007 注	包括項目：10項目以上	129 →	123	D007 注	
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55 →	55	D008 1	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60 →	60	D008 2	
D008 2	17-ヒドロキシコルチコステロイド (17-OHCS)	60 →	60	D008 2	
D008 3	17-ケトステロイド (17-KS)	70 →	70	D008 3	(名称の変更)
D008 3	ホモバニール酸 (HVA)	70 →	70	D008 3	(名称の変更)
D008 4	バニールマンデル酸 (VMA)	90 →	90	D008 4	(名称の変更)
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95 →	95	D008 5	(名称の変更)
D008 6	プロラクチン (PRL)	100 →	100	D008 6	
D008 7	レニン活性	115 →	110	D008 7	(名称の変更)
D008 7	トリヨードサイロニン (T ₃)	115 →	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	甲状腺刺激ホルモン (TSH)	115 →	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	ガストリン	115 →	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	レニン定量	115 →	115	D008 8	(名称の変更)
D008 8	サイロキシン (T ₄)	120 →	120	D008 9	(名称の変更)
D008 8	インスリン (IRI)	120 →	120	D008 9	(名称の変更)
D008 9	成長ホルモン (GH)	125 →	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	卵胞刺激ホルモン (FSH)	125 →	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	C-ペプチド (CPR)	125 →	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	黄体形成ホルモン (LH)	125 →	125	D008 10	
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイロキシン結合能 (TBC)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離サイロキシン (FT ₄)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	コルチゾール	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	アルドステロン	140 →	140	D008 11	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 10	サイロキシン結合蛋白 (TBG)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	テストステロン	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイログロブリン	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	140 →	140	D008 11	(名称の変更)
D008 11	ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)	150 →	150	D008 12	
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)	150 →	150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCGβ) 分画	150 →	150	D008 12	
D008 11	グルカゴン	150 →	150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	カルシトニン	150 →	150	D008 12	(名称の変更)
D008 12	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx)	160 →	160	D008 13	(名称の変更)
- -	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	- →	160	D008 13	(新設)
D008 13	オステオカルシン	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	尿中βクロスラプス	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	セクレチン	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	プロジェステロン	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	遊離テストステロン	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	βクロスラプス (尿を除く。)	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	170 →	170	D008 14	(名称の変更)
D008 14	サイクリックAMP (C-AMP)	180 →	180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストリオール (E ₃)	180 →	180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストロジェン	180 →	180	D008 15	
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP)	190 →	180	D008 15	(名称の変更)
D008 15	副甲状腺ホルモン (PTH)	190 →	190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	カテコールアミン分画	190 →	190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	DHEA-S	190 →	190	D008 16	(名称の変更)
D008 16	尿中デオキシピリジノリン	200 →	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200 →	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)	200 →	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	エストラジオール (E ₂)	200 →	200	D008 17	(名称の変更)
D008 17	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画)	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	カテコールアミン	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	エリスロポエチン	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17α-ヒドロキシプロジェステロン	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	抗IA-2抗体	220 →	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	プレグナジオール	220 →	220	D008 18	
D008 18	メタネフリン	240 →	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ソマトメジンC	240 →	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)	240 →	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240 →	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	アルギニンバズプレッシン	240 →	240	D008 19	(名称の変更)
D008 19	プレグナントリオール	250 →	250	D008 20	(名称の変更)
D008 19	ノルメタネフリン	250 →	250	D008 20	(名称の変更)
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280 →	280	D008 21	(名称の変更)
D008 注	包括項目：3項目以上5項目以下	410 →	410	D008 注	
D008 注	包括項目：6項目又は7項目	630 →	630	D008 注	
D008 注	包括項目：8項目以上	900 →	900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80 →	80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原 (CEA)	115 →	115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	α-フェトプロテイン (AFP)	115 →	115	D009 2	
D009 2	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	115 →	115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)	115 →	115	D009 2	(名称の変更)
D009 3	DUPAN-2	130 →	130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	NCC-ST-439	130 →	130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	CA15-3	130 →	130	D009 3	(名称の変更)
D009 5	前立腺酸ホスファターゼ抗原	140 →	130	D009 3	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135 →	135	D009 4	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 5	PSA	140 →	140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	CA19-9	150 →	140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	塩基性フェトプロテイン (BFP)	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA72-4	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA-50	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	SPan-1 抗原	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	シアリルTn抗原	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ (NSE)	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	PIVKA II	150 →	150	D009 6	(名称の変更)
D009 7	尿中NMP22	160 →	160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	シアリルLe ^x -i (SLX) 抗原	160 →	160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	CA125	160 →	160	D009 7	(名称の変更)
-	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	- →	160	D009 7	(新設)
D009 8	シアリルLe ^x (CSLEX) 抗原	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	フリーPSA／トータルPSA比	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	I型プロコラーゲンC-プロペプチド	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	SP1	170 →	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	血清中抗p53抗体	170 →	170	D009 8	
D009 9	サイトケラチン19フラグメント	180 →	180	D009 9	(名称の変更)
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP)	180 →	180	D009 9	(名称の変更)
D009 10	尿中遊離型フコース	190 →	190	D009 10	
D009 10	CA602	190 →	190	D009 10	(名称の変更)
D009 10	AFPのレクチン反応性による分画比 (AFP-L ₃ %)	190 →	190	D009 10	
D009 10	CA54／61	190 →	190	D009 10	(名称の変更)
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT)	190 →	190	D009 10	(名称の変更)
D009 11	γ-セミノプロテイン	200 →	200	D009 11	(名称の変更)
D009 11	CA130	200 →	200	D009 11	(名称の変更)
D009 12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア (HCGβ-CF)	210 →	200	D009 11	(名称の変更)
D009 13	睪癌胎児性抗原 (POA)	220 →	220	D009 12	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中CEA	320 →	320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中 HER2 タンパク	320 →	320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	血清中 HER2 タンパク	320 →	320	D009 13	(名称の変更)
D009 15	インターロイキン2受容体 (IL-2R)	460 →	460	D009 14	(名称の変更)
D009 注	包括項目：2項目	230 →	230	D009 注	
D009 注	包括項目：3項目	290 →	290	D009 注	
D009 注	包括項目：4項目以上	420 →	420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	40 →	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	300 →	300	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	(名称の変更)
D010 5	イ 1種類につき	320 →	320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300 →	1,300	D010 5	
D010 6	アミノ酸分析 (定性)	350 →	350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	450 →	450	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200 →	1,200	D010 8	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21 →	21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21 →	21	D011 1	
D011 2	クームス試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30 →	30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34 →	34	D011 2	
D011 3	Rh (その他の因子) 血液型	160 →	160	D011 3	
D011 4	赤血球不規則抗体検査	170 →	170	D011 4	
D011 5	α-D-Nアセチルガラクトサミンルトランスフェラーゼ活性及びα-D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	200 →	200	D011 5	
D011 6	PAIgG (血小板関連IgG)	210 →	210	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260 →	260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体検査	270 →	270	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		
D012	感染症免疫学の検査			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査 (定性)	15 →	15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジン O 価 (ASO 価)	15 →	15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体価 (半定量)	27 →	27	D012 2	(名称の変更)
D012 3	抗ストレプトキナーゼ価 (ASK 価)	29 →	29	D012 3	
D012 4	TPHA 試験 (定性)	32 →	32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体価	32 →	32	D012 4	
D012 5	抗連鎖球菌多糖体抗体 (ASP)	34 →	34	D012 5	
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査	34 →	34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	TPHA 試験	55 →	53	D012 6	(名称の変更)
D012 7	アデノウイルス抗原 (定性)	60 →	60	D012 7	(名称の変更)
D012 7	迅速ウレアーゼ試験	60 →	60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原	65 →	65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体 (定性、半定量)	70 →	70	D012 9	(名称の変更)
D012 9	クラミジア・ニューモニエ IgG 抗体価	70 →	70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミジア・ニューモニエ IgA 抗体価	75 →	75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	80 →	80	D012 11	
D012 11	ウイルス抗体価 (半定量) (1項目当たり)	80 →	80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80 →	80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	百日咳菌抗体価 (半定量)	80 →	80	D012 11	(名称の変更)
D012 12	HTLV-I 抗体価 (半定量)	85 →	85	D012 12	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマ抗体価	95 →	95	D012 13	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価	95 →	95	D012 13	(名称の変更)
D012 14	赤痢アメーバ抗体価	100 →	-	-	(削除)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価 (ADNaseB)	100 →	100	D012 14	
D012 14	抗溶連菌エステラーゼ抗体 (ASE)	100 →	100	D012 14	
D012 15	抗抗酸菌抗体価	120 →	120	D012 15	(名称の変更)
D012 15	HIV-1 抗体価	120 →	120	D012 15	
D012 16	HIV-1,2抗体価	130 →	130	D012 16	
D012 17	A群β溶連菌迅速試験	140 →	140	D012 17	
D012 17	ノイラミニダーゼ	140 →	140	D012 17	
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	150 →	150	D012 18	
D012 18	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ b 型抗原	150 →	150	D012 18	
D012 18	インフルエンザウイルス抗原	150 →	150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	カンジダ抗原	150 →	150	D012 18	
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	150 →	150	D012 18	
D012 18	RSウイルス抗原	150 →	150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	FTA-ABS 試験	150 →	150	D012 18	
D012 19	D-アラビニトール	160 →	160	D012 19	
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエ IgM 抗体価	160 →	160	D012 19	(名称の変更)
D012 20	大腸菌 O157LPS 抗原	170 →	170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原	170 →	170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170 →	170	D012 20	
D012 21	マイコプラズマ抗原 (咽頭内)	180 →	170	D012 20	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原同定検査	180 →	180	D012 21	(名称の変更)
D012 21	大腸菌 O157LPS 抗体	180 →	180	D012 21	
D012 21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	180 →	180	D012 21	
D012 22	大腸菌抗原同定検査	190 →	180	D012 21	
D012 22	クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原	190 →	190	D012 22	
D012 22	HTLV-I 抗体価	190 →	190	D012 22	(名称の変更)
D012 23	ブルセラ凝集反応	210 →	210	D012 23	
D012 23	アデノウイルス抗原	210 →	210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	210 →	210	D012 23	
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価	210 →	210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	レプトスピラ抗体価	210 →	210	D012 23	
D012 24	ツツガムシ抗体価	220 →	220	D012 24	
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価	220 →	220	D012 24	(名称の変更)
D012 24	(1→3) -β-D-グルカン	220 →	220	D012 24	
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価	230 →	220	D012 24	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体価	230 →	230	D012 25	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	230 →	230	D012 25	(名称の変更)
D012 26	尿中レジオネラ抗原	240 →	240	D012 26	
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	240 →	240	D012 26	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 27	エンドトキシン検査	270	→ 270	D012 27	(名称の変更)
D012 27	抗ボレリア・ブルゲドルフェリ抗体価	270	→ 270	D012 27	(名称の変更)
D012 28	HIV-1 抗体価 (ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 28	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体価	300	→ 300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原	300	→ 300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異 IgG 抗体価	300	→ 300	D012 29	
D012 29	ワイルフェリックス反応	300	→ 300	D012 29	
D012 30	HIV-2 抗体価 (ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 30	(名称の変更)
D012 31	白血球中サイトメガロウイルス pp65抗原	410	→ 410	D012 31	
D012 32	HTLV-I 抗体価 (ウエスタンブロット法)	450	→ 450	D012 32	(名称の変更)
D012 33	HIV 抗原	600	→ 600	D012 33	(名称の変更)
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs 抗原 (定性、半定量)	29	→ 29	D013 1	(名称の変更)
D013 2	HBs 抗体価 (半定量)	32	→ 32	D013 2	(名称の変更)
D013 3	HBs 抗原	95	→ 90	D013 3	(名称の変更)
D013 3	HBs 抗体価	95	→ 90	D013 3	(名称の変更)
D013 4	HBe 抗原	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 4	HBe 抗体価	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	HCV 抗体価 (定性、定量)	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	HCV コア蛋白質	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	HBc 抗体価	150	→ 150	D013 6	
D013 6	IgM-HA 抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA 抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	IgM-HBc 抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HCV コア抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 7	HCV 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	170	→ 160	D013 7	
D013 8	HCV 特異抗体価測定による群別判定	240	→ 240	D013 8	
D013 9	B 型肝炎ウイルスコア関連抗原 (HBcrAg)	290	→ 290	D013 9	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	330	→ 330	D013 10	(名称の変更)
D013 11	HCV 特異抗体価	340	→ 340	D013 11	(名称の変更)
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	520	→ 494	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	30	→ 30	D014 2	
D014 3	サイロイドテスト	37	→ 37	D014 3	(項目の分割)
D014 3	マイクロゾームテスト	37	→ 37	D014 3	(項目の分割)
D014 4	Donath-Landsteiner 試験 (寒冷溶血反応)	55	→ 55	D014 4	
D014 5	LE テスト	70	→ 68	D014 5	
D014 6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	
D014 6	インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体価(蛍光抗体法)	120	→ 115	D014 7	
D014 7	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体価	120	→ 120	D014 8	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)	120	→ 120	D014 8	(名称の変更)
D014 8	抗 Jo-1 抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 8	抗サイログロブリン抗体	150	→ 150	D014 9	(名称の変更)
D014 8	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 8	抗 RNP 抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗 Sm 抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗 SS-A/Ro 抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗 SS-B/La 抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗 Scl-70 抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	C ₁ q 結合免疫複合体	170	→ 170	D014 10	(名称の変更)
D014 10	抗 DNA 抗体価	180	→ 180	D014 11	
D014 11	抗セントロメア抗体	190	→ 190	D014 12	(名称の変更)
D014 12	モノクローナル RF 結合免疫複合体	200	→ 200	D014 13	(名称の変更)
D014 13	C ₃ d 結合免疫複合体	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	IgG 型リウマチ因子	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	抗シトルリン化ペプチド抗体	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体	230	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗カルジオリピン β ₂ グリオプロテイン I (抗 CLβ ₂ GP I) 複合体抗体	230	→ 230	D014 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		
D014 14	抗 LKM-1 抗体	230 →	230	D014 15	(名称の変更)
D014 15	抗カルジオリピン抗体	250 →	250	D014 16	(名称の変更)
D014 15	TSH レセプター抗体	250 →	250	D014 16	(名称の変更)
D014 16	血清中抗アスモグレイン 3 抗体	270 →	270	D014 17	
D014 16	血清中抗 BP180NC16a 抗体	270 →	270	D014 17	
D014 17	ループスアンチコアグラント	290 →	290	D014 18	
D014 17	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	290 →	290	D014 18	
D014 17	抗好中球細胞質 ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	290 →	290	D014 18	
D014 17	抗糸球体基底膜抗体	290 →	290	D014 18	(名称の変更)
D014 18	血清中抗アスモグレイン 1 抗体	300 →	300	D014 19	
D014 19	TSH 刺激性レセプター抗体 (TSAb)	350 →	350	D014 20	(名称の変更)
- -	IgG4	- →	400	D014 21	(新設)
D014 20	抗 GM1IgG 抗体	460 →	460	D014 22	
D014 20	抗 GQ1bIgG 抗体	460 →	460	D014 22	
D014 21	抗アセチルコリンレセプター抗体価	900 →	900	D014 23	
D014 22	グルタミン受容体自己抗体	1,000 →	1,000	D014 24	
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	
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	(名称の変更)
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30 →	30	D015 2	
D015 2	G-6-Pase	30 →	30	D015 2	
D015 3	G-6-PDH 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	血清補体価 (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	42 →	42	D015 5	
D015 6	血清アミロイド A (SAA) 蛋白	48 →	48	D015 6	(名称の変更)
D015 7	トランスフェリン	60 →	60	D015 7	
D015 8	補体蛋白 (C ₃)	70 →	70	D015 8	
D015 8	補体蛋白 (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	100 →	100	D015 10	
D015 11	特異的 IgE	110 →	110	D015 11	
D015 12	β_2 -ミクログロブリン (β_2 -m)	115 →	115	D015 12	
D015 12	プレアルブミン	115 →	115	D015 12	
D015 13	レチノール結合蛋白 (RBP)	140 →	140	D015 13	
D015 14	α_1 -ミクログロブリン	150 →	150	D015 14	
D015 14	ハプトグロビン (型補正を含む。)	150 →	150	D015 14	
D015 15	C ₃ プロアクチベータ	160 →	160	D015 15	
D015 16	アレゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)	170 →	170	D015 16	(名称の変更)
D015 17	ヘモペキシン	180 →	180	D015 17	
D015 18	血中 APR スコア	200 →	200	D015 18	
D015 18	アトピー鑑別試験	200 →	200	D015 18	
- -	ヒト TARC	- →	200	D015 18	(新設)
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210 →	210	D015 19	
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	220 →	220	D015 20	
D015 21	免疫電気泳動法 (同一検体に対して一連につき)	240 →	240	D015 21	
D015 22	C ₁ インアクチベータ	290 →	290	D015 22	
D015 23	免疫グロブリン L 鎖 κ/λ 比	340 →	340	D015 23	
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- γ	420 →	600	D015 24	(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	表面免疫グロブリン (一連につき)	170 →	170	D016 1	(名称の変更)
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 2	
D016 3	フローサイトメトリー法による T 細胞・B 細胞百分率検査	210 →	210	D016 3	
D016 4	モノクローナル抗体法による T 細胞サブセット検査 (一連につき)	220 →	210	D016 3	
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 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		
D016 5	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査	290 →	270	D016 5	
D016 5	リンパ球幼若化検査（一連につき）	290 →	350	D016 6	
(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	32 →	42	D017 1	
- -	注 集菌塗抹法加算	- →	32	D017 1	(新設)
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	25 →	40	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	130 →	140	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	130 →	140	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	130 →	150	D018 3	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	120 →	130	D018 4	
D018 4	その他の部位からの検体	110 →	120	D018 5	
D018 5	簡易培養検査	55 →	60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	70 →	80	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1 菌種	130 →	140	D019 1	
D019 2	2 菌種	170 →	180	D019 2	
D019 3	3 菌種以上	220 →	230	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	120 →	130	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査 1	150 →	200	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査 2	140 →	180	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	280 →	290	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	- →	300	D022	
D022 1	3 薬剤以下	200 →	-	- -	(削除)
D022 2	4 薬剤以上	230 →	-	- -	(削除)
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査（1 菌種当たり）	130 →	130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定検査	210 →	210	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマナス核酸同定検査	210 →	210	D023 2	
D023 3	HBV 核酸定量検査	290 →	290	D023 3	
D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマナス同時核酸増幅同定検査	300 →	300	D023 4	(名称の変更)
D023 5	DNA ポリメラーゼ	310 →	310	D023 5	
D023 6	HCV 核酸同定検査	360 →	360	D023 6	
- -	HPV 核酸同定検査	- →	360	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	410 →	410	D023 7	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸同定検査	410 →	410	D023 7	(名称の変更)
D023 8	マイコプラズマ・イントラセルラー核酸同定検査	430 →	430	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HCV 核酸定量検査	450 →	450	D023 9	
D023 9	血清中の HBV プレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査	450 →	450	D023 9	
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	450 →	450	D023 9	
D023 9	SARS コロナウイルス核酸増幅同定検査	450 →	450	D023 9	(名称の変更)
D023 10	HIV- I 核酸定量検査	520 →	520	D023 10	
D023 10	注 濃縮前処理加算	130 →	130	D023 10	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550 →	550	D023 11	
D023 12	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000 →	6,000	D023 12	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')	55 →	55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験	70 →	70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (TDH) 検査	150 →	150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ペロトキシン検査	200 →	200	D023-2 4	(名称の変更)
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	基本的検体検査実施料（4 週間以内）	140 →	140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料（4 週間超え）	110 →	110	D025 2	

第 2 款 検体検査判断料

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		
D026	検体検査判断料			D026	
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	検体検査管理加算(Ⅰ)	40 →	40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅱ)	100 →	100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅲ)	300 →	300	D026 注	
- -	検体検査管理加算(Ⅳ)	- →	500	D026 注	(新設)
D027	基本的検体検査判断料	604 →	604	D027	
第3節 生体検査料					
(呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフイー等検査			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。)	80 →	80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80 →	80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130 →	130	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	70 →	70	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	
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	135 →	135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シヤント検査	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	
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 2	血管伸展性検査	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 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350 →	1,350	D207 4	
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	バリスタカルジオグラフ	90 →	90	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 →	320	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 →	1,500	D210 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		
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
- -	埋込型心電図検査	-	→ 90	D210-3	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	→ 800	D211	
- -	喘息運動負荷試験	-	→ 800	D211-2	(新設)
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 500	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	2 検査	80	→ 80	D214 1	(名称の変更)
D214 2	3 又は 4 検査	130	→ 130	D214 2	(名称の変更)
D214 3	5 又は 6 検査	180	→ 180	D214 3	(名称の変更)
D214 4	7 検査以上	220	→ 220	D214 4	(名称の変更)
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	(名称の変更)
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他 (頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	(名称の変更)
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	(名称の変更)
- -	ニ 胎児心エコー法	-	→ 1,000	D215 3	(新設)
D215 4	ドブラ法 (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	→ 3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	150	→ 150	D215 注	
D215 注	パルスドブラ法加算	200	→ 200	D215 注	
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	50	→ -	D216-2	
- -	超音波検査によるもの	-	→ 55	D216-2 1	(新設)
- -	導尿によるもの	-	→ 45	D216-2 2	(新設)
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA 法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
- -	大腿骨同時撮影加算	-	→ 90	D217 注	(新設)
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	→ 400	D218 1	
D218 2	1 時間を超え 1 時間 30 分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1 時間 30 分を超えた場合	700	→ 700	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 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	
D221	削除			D221	
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	
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	

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		
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時間を越えた場合（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	
D226	中心静脈圧測定（1日につき）			D226	
D226 1	4回以下の場合	100 →	100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200 →	200	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	100 →	100	D227 1	
D227 2	3時間を越えた場合（1日につき）	400 →	400	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 →	150	D230 1	
D230 2	2時間を越えた場合（1日につき）	450 →	450	D230 2	
D231	人工臓腑（一連につき）	5,000 →	5,000	D231	
- -	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	- →	700	D231-2	（新設）
D232	食道内圧測定検査	650 →	650	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	1,000 →	1,000	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。）	500 →	600	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250 →	250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	400 →	400	D235-2	
- -	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	- →	700	D235-3	（新設）
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 →	670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670 →	670	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 →	670	D236 3	
- -	聴性定常反応	- →	800	D236 4	（新設）
D236-2	光トポグラフィー	670 →	670	D236-2	
D236-3	神経磁気診断	5,000 →	5,000	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	1以外の場合	3,300 →	3,300	D237 2	
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	140 →	140	D238	
（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））	200 →	200	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）	250 →	150	D239 2	（名称の変更）
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）	400 →	400	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	300 →	300	D239-3	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト（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	140 →	140	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	括約筋電図	310 →	310	D242 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		
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	400 →	350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	400 →	350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	400 →	350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	400 →	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	300 →	300	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350 →	350	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	150 →	150	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	重心動揺計	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	
D250 5	動作分析検査	250 →	250	D250 5	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコープ	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	40 →	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	56 →	56	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400 →	400	D256 2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200 →	200	D256-2	
D257	細隙顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112 →	112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230 →	230	D258	
-	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	- →	500	D258-2	(新設)
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	

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		
D260 2	静量的視野検査	300 →	300	D260 2	
D261	屈折検査	74 →	69	D261	
D262	調節検査	74 →	74	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	74 →	69	D263 1	
D263 2	1 以外の場合	74 →	69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	85 →	82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55 →	55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	89 →	84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110 →	110	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	60 →	60	D267 1	
D267 2	1 以外の場合	38 →	38	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38 →	38	D268	
D269	眼球突出度測定	38 →	38	D269	
--	光学的眼軸長測定	- →	150	D269-2	(新設)
D270	削除				
D271	角膜知覚計検査	38 →	38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38 →	38	D272	
D272	立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）	38 →	38	D272	
D272	網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線條試験による）	38 →	38	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	
D275	圧迫隅角検査	76 →	76	D275	
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	
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	PL（Preferential Looking）法	100 →	100	D282-2	
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	56 →	56	D282-3 2	
（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			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80 →	80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D283 2	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80 →	80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450 →	450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80 →	80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450 →	450	D285 3	
（負荷試験等）					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150 →	150	D286	
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	(名称の変更)
D287 1	ロ ギナドトロピン（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	

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		
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	睪機能テスト (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	
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	モーゼンタル法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	キシローゼ試験	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	
- -	内服・点滴誘発試験	-	→ 1,000	D291-3	(新設)
(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	
D293 3	心機能検査 (心拍出量測定を含む。)	990	→ 990	D293 3	
D293 4	肺局所機能検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
D293 4	脳局所血流検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
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	→ 600	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ープ (部位を問わず一連につき)	620	→ 600	D298	

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		
- -	内視鏡下嚥下機能検査	-	→ 600	D298-2	(新設)
D299	喉頭ファイバースコープ	620	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査 (片側)	1,000	→ 1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500	→ 500	D301	
D301	気管支カメラ	500	→ 500	D301	
D302	気管支ファイバースコープ	1,500	→ 2,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	食道鏡検査	400	→ 400	D305	
D305	食道カメラ	400	→ 400	D305	
D306	食道ファイバースコープ	800	→ 800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D306 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D306 注	(新設)
D307	胃鏡検査	500	→ 500	D307	
D307	ガストロカメラ	500	→ 500	D307	
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D308 注	(新設)
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	→ 1,400	D309	
D310	小腸ファイバースコープ			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	2,000	→ 3,000	D310 1	
D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 2	
D310 3	その他のもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D310 注	
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ープ	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D312 注	
D313	大腸ファイバースコープ			D313	
D313 1	S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 2	下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 2	
D313 3	上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 3	
D313 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D313 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D313 注	(新設)
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	900	→ 950	D317	
- -	膀胱尿道鏡検査	-	→ 890	D317-2	(新設)
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	→ 1,000	D318	(名称の変更)
D319	腎盂尿管ファイバースコープ (片側)	1,500	→ 1,500	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコープ	150	→ 150	D321	
D322	子宮ファイバースコープ	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
第4節 診断穿刺・検体採取科					
D400	血液採取 (1日につき)			D400	
D400 1	静脈	11	→ 13	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	→ 14	D400 注	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 150	D403	
D403	胸椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 150	D403	

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		
D403	頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150 →	150	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児加算	100 →	100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	130 →	260	D404 1	
D404 2	その他	150 →	280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100 →	100	D404 注	
--	骨髄生検	-- →	730	D404-2	(新設)
--	6歳未満の乳幼児加算	-- →	100	D404-2 注	(新設)
D405	関節穿刺（片側）	100 →	100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	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	6歳未満の乳幼児加算	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	
--	センチネルリンパ節生検			D409-2	(新設)
--	併用法	-- →	5,000	D409-2 1	(新設)
--	単独法	-- →	3,000	D409-2 2	(新設)
D410	乳腺穿刺又は針生検（片側）	200 →	200	D410	
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	
--	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	-- →	4,000	D414-2	(新設)
D415	経気管肺生検法	3,300 →	4,000	D415	
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	6歳未満の乳幼児加算	2,000 →	2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。）	500 →	500	D417 1	(名称の変更)
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300 →	2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650 →	650	D417 3	
D417 3	ロ その他（前眼部を含む。）	350 →	350	D417 3	
D417 4	耳	400 →	400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400 →	400	D417 5	
D417 6	口腔	400 →	400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650 →	650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650 →	650	D417 8	
D417 9	乳腺	650 →	650	D417 9	
D417 10	直腸	650 →	650	D417 10	
D417 11	精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）	400 →	400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620 →	620	D417 12	
--	心筋	-- →	5,000	D417 13	(新設)
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	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	
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 →	180	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	
--	前房水採取	-- →	350	D419 4	(新設)

第3部 検査(1) ②名称を変更する項目

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001 1	蛋白定量	D001 1	尿蛋白
D001 2	糖定量	D001 2	尿グルコース
D001 3	アミラーゼ定性半定量	D001 3	アミラーゼ (定性、半定量)
D001 4	ビリルビン定量	D001 4	ビリルビン
D001 6	ウロビリニン定量	D001 5	ウロビリニン
D001 6	ウロビリノーゲン定量	D001 5	尿中ウロビリノーゲン
D001 6	浸透圧測定	D001 5	尿浸透圧
D001 7	ボルフィリン症スクリーニングテスト	D001 6	尿中ボルフィリン症スクリーニングテスト
D001 8	N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG)	D001 7	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG)
D001 9	アルブミン定性	D001 8	尿中アルブミン定性
D001 10	黄体形成ホルモン (LH) 定性	D001 9	尿中黄体形成ホルモン (LH) 定性
D001 10	線維素分解産物 (FDP) 測定	D001 9	尿中フィブリン分解産物 (FDP)
D001 11	マイクロトランスフェリン精密測定 (尿中)	D001 10	尿中マイクロトランスフェリン
D001 11	ウロボルフィリン定量	D001 10	尿中ウロボルフィリン
D001 11	アルブミン定量精密測定	D001 10	尿中マイクロアルブミン
D001 11	デルタアミノレブリン酸定量	D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸
D001 11	ポリアミン	D001 10	尿中ポリアミン
D001 12	ミオイノシトール定量	D001 11	尿中ミオイノシトール
D001 13	コプロボルフィリン定量	D001 12	尿中コプロボルフィリン
D001 14	ポルフォビリノーゲン定量	D001 13	尿中ポルフォビリノーゲン
D001 15	IV型コラーゲン定量精密測定	D001 14	尿中IV型コラーゲン
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定
D003 2	虫卵検査 (集卵法)	D003 2	糞便中虫卵検出 (集卵法)
D003 2	ウロビリニン定量	D003 2	糞便中ウロビリニン
D003 2	ウロビリノーゲン定量	D003 2	糞便中ウロビリノーゲン
D003 3	塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)
D003 4	虫体検出	D003 4	糞便中虫体検出
D003 5	脂質定量	D003 5	糞便中脂質
D003 6	ヘモグロビン定性	D003 6	糞便中ヘモグロビン定性
D003 7	虫卵培養検査	D003 7	糞便中虫卵培養検査
D003 8	ヘモグロビン定量	D003 8	糞便中ヘモグロビン
D003 9	ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン
D003 10	キモトリプシン	D003 10	糞便中キモトリプシン
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	D004 8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ
D004 8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素 (LDH) 半定量	D004 9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素 (LD) 半定量
D004 13	髄液オリゴクローナルバンド測定	D004 14	髄液オリゴクローナルバンド
D005 1	赤血球沈降速度測定	D005 1	赤血球沈降速度
D005 3	血液浸透圧測定	D005 3	血液浸透圧
D005 9	血液粘稠度測定	D005 9	血液粘稠度
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性精密測定	D005 12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性
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) 精密測定	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)
D006 1	出血時間測定	D006 1	出血時間
D006 1	プロトロンビン時間測定	D006 2	プロトロンビン時間
D006 2	凝固時間測定	D006 2	凝固時間
D006 4	フィブリノーゲン定量	D006 4	フィブリノーゲン
D006 4	クリオフィブリノーゲン検査	D006 4	クリオフィブリノーゲン検査
D006 5	トロンビン時間測定	D006 5	トロンビン時間
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間
D006 11	線維素分解産物 (FDP) 測定	D006 11	フィブリン分解産物 (FDP)
D006 11	プラスミン活性値測定検査	D006 11	プラスミン活性値
D006 12	プラスミノゲン	D006 13	プラスミノゲン
D006 13	フィブリノーゲン分解産物精密測定	D006 14	フィブリノーゲン分解産物
D006 14	フォン・ウィルブラント因子	D006 15	フォン・ウィルブラント因子活性
D006 15	D-Dダイマー定量	D006 16	D-Dダイマー
D006 16	第Ⅷ因子様抗原	D006 17	フォン・ウィルブラント因子抗原
D006 17	プロテイン S 精密測定	D006 18	プロテイン S
D006 18	血小板第4因子 (PF ₄) 精密測定	D006 19	血小板第4因子 (PF ₄)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006 18	β -トロンボグロブリン精密測定	D006 19	β -トロンボグロブリン
D006 19	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定	D006 20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)
D006 19	プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定	D006 20	プロトロンビンフラグメントF1+2
D006 20	トロンボモジュリン精密測定	D006 21	トロンボモジュリン
D006 21	フィブリンモノマー複合体定量	D006 22	フィブリンモノマー複合体
D006 23	フィブリノペプチド精密測定	D006 24	フィブリノペプチド
D006-3	Major bcr-abl mRNA 核酸増幅精密測定	D006-3	Major bcr-abl mRNA 核酸増幅検査
D006-4	遺伝病的検査	D006-4	遺伝学的検査
D006-7	WT1mRNA 定量	D006-7	WT1mRNA 核酸増幅検査
D007 1	アルカリフォスファターゼ	D007 1	アルカリホスファターゼ
D007 1	γ -グルタミールトランスペプチダーゼ(γ -GTP)	D007 1	γ -グルタミールトランスペプチダーゼ(γ -GT)
D007 1	Na 及び Cl	D007 1	ナトリウム及びクロール
D007 1	K	D007 1	カリウム
D007 1	Ca	D007 1	カルシウム
D007 1	Mg	D007 1	マグネシウム
D007 1	乳酸脱水素酵素 (LDH)	D007 1	乳酸脱水素酵素 (LD)
D007 1	酸性フォスファターゼ	D007 1	酸ホスファターゼ
D007 1	クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)	D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)
D007 4	前立腺酸性フォスファターゼ	D007 4	前立腺酸ホスファターゼ
D007 4	グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)	D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)
D007 4	グルタミン・ビルビック・トランスアミナーゼ(GPT)	D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)
D007 5	蛋白分画測定	D007 5	蛋白分画
D007 6	Cu	D007 6	銅
D007 9	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	D007 12	アデノシンデアミナーゼ
D007 10	グアナナーゼ (GU)	D007 13	グアナナーゼ
D007 12	有機モノカルボン酸定量	D007 15	有機モノカルボン酸
D007 12	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム	D007 15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム
D007 12	γ -GTP・アイソザイム	D007 15	γ -GT・アイソザイム
D007 13	GOT・アイソザイム	D007 16	AST・アイソザイム
D007 13	リポ蛋白分画	D007 17	リポ蛋白分画 (アガロース法)
D007 14	CPK・アイソザイム	D007 18	CK・アイソザイム
D007 17	G-6-PDH 定量	D007 22	G-6-PDH
D007 17	リポ蛋白分画精密測定	D007 22	リポ蛋白分画 (ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007 19	CPK・アイソザイム精密測定	D007 23	CK-MB
D007 22	リポ蛋白 (a) 精密測定	D007 26	リポ蛋白 (a)
D007 22	心筋トロポニン I 精密測定	D007 27	心筋トロポニン I
D007 23	心筋トロポニン T	D007 28	心筋トロポニン T (定性、定量)
D007 23	Al	D007 28	アルミニウム
D007 23	シスタチン C 精密測定	D007 28	シスタチン C
D007 25	Zn	D007 30	亜鉛
D007 25	P-Ⅲ-P精密測定	D007 30	P-Ⅲ-P
D007 25	Ⅳ型コラーゲン精密測定	D007 30	Ⅳ型コラーゲン
D007 26	Ⅳ型コラーゲン・7S 精密測定	D007 31	Ⅳ型コラーゲン・7S
D007 26	ビタミン B ₁₂ 定量精密測定	D007 31	ビタミン B ₁₂
D007 27	葉酸精密測定	D007 32	葉酸
D007 28	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定	D007 33	アルカリホスファターゼ・アイソザイム (ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007 28	アセトアミノフェン精密測定	D007 34	アセトアミノフェン
D007 28	心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定	D007 34	心室筋ミオシン軽鎖 I
D007 30	赤血球コプロポルフィリン定量	D007 36	赤血球コプロポルフィリン
D007 30	腓ホスホリパーゼ A ₂ (腓 PLA ₂) 精密測定	D007 36	腓ホスホリパーゼ A ₂ (腓 PLA ₂)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ精密測定	D007 37	リポ蛋白リパーゼ
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ (PH) 精密測定	D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ (PH)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定	D007 38	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性
D007 34	ビタミン B ₁ 定量	D007 39	ビタミン B ₁
D007 33	赤血球プロトポルフィリン定量	D007 40	赤血球プロトポルフィリン
D007 36	ビタミン C 定量精密測定	D007 42	ビタミン C
D008 3	17-ケトステロイド (17-KS) 精密測定	D008 3	17-ケトステロイド (17-KS)
D008 3	ホモバニール酸 (HVA) 精密測定	D008 3	ホモバニール酸 (HVA)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D008 4	バニールマンデル酸 (VMA) 精密測定	D008 4	バニールマンデル酸 (VMA)
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)精密測定	D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)
D008 7	レニン活性精密測定	D008 7	レニン活性
D008 7	トリヨードサイロニン (T ₃) 精密測定	D008 8	トリヨードサイロニン (T ₃)
D008 7	甲状腺刺激ホルモン (TSH) 精密測定	D008 8	甲状腺刺激ホルモン (TSH)
D008 7	ガストリン精密測定	D008 8	ガストリン
D008 7	レニン定量精密測定	D008 8	レニン定量
D008 8	サイロキシシン (T ₄) 精密測定	D008 9	サイロキシシン (T ₄)
D008 8	インスリン (IRI) 精密測定	D008 9	インスリン (IRI)
D008 9	成長ホルモン (GH) 精密測定	D008 10	成長ホルモン (GH)
D008 9	卵胞刺激ホルモン (FSH) 精密測定	D008 10	卵胞刺激ホルモン (FSH)
D008 9	C-ペプタイド (CPR) 精密測定	D008 10	C-ペプタイド (CPR)
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)
D008 10	サイロキシシン結合能 (TBC) 精密測定	D008 11	サイロキシシン結合能 (TBC)
D008 10	遊離サイロキシシン (FT ₄) 精密測定	D008 11	遊離サイロキシシン (FT ₄)
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価精密測定	D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価
D008 10	遊離トリヨードサイロニン (FT ₃) 精密測定	D008 11	遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)
D008 10	コルチゾール精密測定	D008 11	コルチゾール
D008 10	アルドステロン精密測定	D008 11	アルドステロン
D008 10	サイロキシシン結合蛋白 (TBG) 精密測定	D008 11	サイロキシシン結合蛋白 (TBG)
D008 10	テストステロン精密測定	D008 11	テストステロン
D008 10	サイログロブリン精密測定	D008 11	サイログロブリン
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG定量) 精密測定	D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)
D008 11	グルカゴン精密測定	D008 12	グルカゴン
D008 11	カルシトニン精密測定	D008 12	カルシトニン
D008 12	I型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTx) 精密測定	D008 13	I型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTx)
D008 13	オステオカルシン精密測定	D008 14	オステオカルシン
D008 13	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	D008 14	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)
D008 13	尿中βクロスラプス精密測定	D008 14	尿中βクロスラプス
D008 13	セクレチン精密測定	D008 14	セクレチン
D008 13	プロジェステロン精密測定	D008 14	プロジェステロン
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量	D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)
D008 13	遊離テストステロン精密測定	D008 14	遊離テストステロン
D008 13	βクロスラプス精密測定	D008 14	βクロスラプス (尿を除く。)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) 精密測定	D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)
D008 14	サイクリック AMP (C-AMP) 精密測定	D008 15	サイクリック AMP (C-AMP)
D008 14	エストリオール (E ₃) 精密測定	D008 15	エストリオール (E ₃)
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP) 精密測定	D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP)
D008 15	副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定	D008 16	副甲状腺ホルモン (PTH)
D008 15	カテコールアミン分画精密測定	D008 16	カテコールアミン分画
D008 15	DHEA-S 精密測定	D008 16	DHEA-S
D008 16	尿中デオキシピリジノリン精密測定	D008 17	尿中デオキシピリジノリン
D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定	D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)
D008 16	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)精密測定	D008 17	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)
D008 16	エストラジオール (E ₂) 精密測定	D008 17	エストラジオール (E ₂)
D008 17	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 精密測定	D008 18	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画)精密測定	D008 18	17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画)
D008 17	カテコールアミン精密測定	D008 18	カテコールアミン
D008 17	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)精密測定	D008 18	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)
D008 17	エリスロポエチン精密測定	D008 18	エリスロポエチン
D008 17	17α-ヒドロキシプロジェステロン精密測定	D008 18	17α-ヒドロキシプロジェステロン

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D008 17	抗IA-2抗体精密測定	D008 18	抗IA-2抗体
D008 18	メタネフリン精密測定	D008 19	メタネフリン
D008 18	ソマトメジンC精密測定	D008 19	ソマトメジンC
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定	D008 19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)
D008 18	メタネフリン分画精密測定	D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画
D008 18	アルギニンバズプレッシン精密測定	D008 19	アルギニンバズプレッシン
D008 19	プレグナントリオール精密測定	D008 20	プレグナントリオール
D008 19	ノルメタネフリン精密測定	D008 20	ノルメタネフリン
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定	D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)精密測定	D009 2	癌胎児性抗原(CEA)
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)精密測定	D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)精密測定	D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)
D009 3	DUPAN-2精密測定	D009 3	DUPAN-2
D009 3	NCC-ST-439精密測定	D009 3	NCC-ST-439
D009 3	CA15-3精密測定	D009 3	CA15-3
D009 5	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原
D009 4	エラスターゼ1精密測定	D009 4	エラスターゼ1
D009 5	PSA精密測定	D009 5	PSA
D009 6	CA19-9精密測定	D009 5	CA19-9
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)精密測定	D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)
D009 6	CA72-4精密測定	D009 6	CA72-4
D009 6	CA-50精密測定	D009 6	CA-50
D009 6	SPan-1抗原精密測定	D009 6	SPan-1抗原
D009 6	シアリル Tn 抗原精密測定	D009 6	シアリル Tn 抗原
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定	D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)
D009 6	PIVKA II精密測定	D009 6	PIVKA II
D009 7	尿中NMP22精密測定	D009 7	尿中NMP22
D009 7	シアリルLe ^x -i(SLX)抗原精密測定	D009 7	シアリルLe ^x -i(SLX)抗原
D009 7	CA125精密測定	D009 7	CA125
D009 8	シアリルLe ^x (CSLEX)抗原精密測定	D009 8	シアリルLe ^x (CSLEX)抗原
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比精密測定	D009 8	フリーPSA/トータルPSA比
D009 8	BCA225精密測定	D009 8	BCA225
D009 8	I型プロコラーゲンC-プロペプチド精密測定	D009 8	I型プロコラーゲンC-プロペプチド
D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド精密測定	D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド
D009 8	SP1精密測定	D009 8	SP1
D009 9	サイトケラチン19フラグメント精密測定	D009 9	サイトケラチン19フラグメント
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定	D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)
D009 10	CA602精密測定	D009 10	CA602
D009 10	CA54/61精密測定	D009 10	CA54/61
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定	D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)
D009 11	γ-セミノプロテイン精密測定	D009 11	γ-セミノプロテイン
D009 11	CA130精密測定	D009 11	CA130
D009 12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量(HCGβコア定量)精密測定	D009 11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア(HCGβ-CF)
D009 13	腺癌胎児性抗原(POA)精密測定	D009 12	腺癌胎児性抗原(POA)
D009 14	乳頭分泌液中CEA精密測定	D009 13	乳頭分泌液中CEA
D009 14	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	D009 13	乳頭分泌液中HER2タンパク
D009 14	血清中HER2タンパク測定	D009 13	血清中HER2タンパク
D009 15	インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定	D009 14	インターロイキン2受容体(IL-2R)
D010 5	アミノ酸定量	D010 5	アミノ酸
D012 2	トキソプラズマ抗体価測定	D012 2	トキソプラズマ抗体価(半定量)
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査(定量)	D012 5	梅毒脂質抗原使用検査
D012 6	TPHA試験(定量)	D012 6	TPHA試験
D012 7	アデノウイルス抗原	D012 7	アデノウイルス抗原(定性)
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体	D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)
D012 9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定	D012 9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定	D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価
D012 11	ウイルス抗体価(1項目あたり)	D012 11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体
D012 11	百日咳菌抗体価	D012 11	百日咳菌抗体価(半定量)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 12	HTLV-I 抗体価	D012 12	HTLV-I 抗体価 (半定量)
D012 13	トキソプラズマ抗体価精密測定	D012 13	トキソプラズマ抗体価
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価精密測定	D012 13	トキソプラズマIgM抗体価
D012 15	抗抗酸菌抗体価精密測定	D012 15	抗抗酸菌抗体価
D012 18	インフルエンザウイルス抗原精密測定	D012 18	インフルエンザウイルス抗原
D012 18	RSウイルス抗原精密測定	D012 18	RSウイルス抗原
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定	D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価
D012 20	大腸菌 O157LPS 抗原精密測定	D012 20	大腸菌 O157LPS 抗原
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原精密測定	D012 20	クラミジアトラコマチス抗原
D012 21	マイコプラズマ抗原精密測定 (咽頭内)	D012 20	マイコプラズマ抗原 (咽頭内)
D012 21	淋菌同定精密検査	D012 21	淋菌抗原同定検査
D012 22	HTLV-I 抗体価精密測定	D012 22	HTLV-I 抗体価
D012 23	アデノウイルス抗原精密測定	D012 23	アデノウイルス抗原
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定	D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定	D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価精密測定	D012 24	サイトメガロウイルス抗体価
D012 25	赤痢アメーバ抗体価精密測定	D012 25	赤痢アメーバ抗体価
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定 (1項目あたり)	D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定	D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原
D012 27	エンドトキシン定量検査	D012 27	エンドトキシン検査
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定	D012 27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価
D012 28	HIV-1 抗体価精密測定	D012 28	HIV-1 抗体価 (ウエスタンブロット法)
D012 29	百日咳菌抗体価精密測定	D012 29	百日咳菌抗体価
D012 29	結核菌群抗原精密測定	D012 29	結核菌群抗原
D012 30	HIV-2 抗体価精密測定	D012 30	HIV-2 抗体価 (ウエスタンブロット法)
D012 32	HTLV-I 抗体価精密測定 (ウエスタンブロット法)	D012 32	HTLV-I 抗体価 (ウエスタンブロット法)
D012 33	HIV 抗原精密測定	D012 33	HIV 抗原
D013 1	HBs 抗原	D013 1	HBs 抗原 (定性、半定量)
D013 2	HBs 抗体価	D013 2	HBs 抗体価 (半定量)
D013 3	HBs 抗原精密測定	D013 3	HBs 抗原
D013 3	HBs 抗体価精密測定	D013 3	HBs 抗体価
D013 4	HBe 抗原精密測定	D013 4	HBe 抗原
D013 4	HBe 抗体価精密測定	D013 4	HBe 抗体価
D013 5	HCV 抗体価精密測定	D013 5	HCV 抗体価 (定性、定量)
D013 5	HCV コア蛋白質測定	D013 5	HCV コア蛋白質
D013 6	IgM-HA 抗体価精密測定	D013 6	IgM-HA 抗体価
D013 6	HA 抗体価精密測定	D013 6	HA 抗体価
D013 6	IgM-HBc 抗体価精密測定	D013 6	IgM-HBc 抗体価
D013 6	HCV コア抗体価精密測定	D013 6	HCV コア抗体価
D013 9	B 型肝炎ウイルスコア関連抗原 (HBcrAg) 定量	D013 9	B 型肝炎ウイルスコア関連抗原 (HBcrAg)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価
D013 11	HCV 特異抗体価精密測定	D013 11	HCV 特異抗体価
D014 6	インスリン抗体精密測定	D014 6	インスリン抗体
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3) 精密測定	D014 8	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)
D014 8	甲状腺自己抗体精密測定	D014 9	抗サイログロブリン抗体
D014 9	C ₁ q 結合免疫複合体精密測定	D014 10	C ₁ q 結合免疫複合体
D014 11	抗セントロメア抗体精密測定	D014 12	抗セントロメア抗体
D014 12	モノクローナル RF 結合免疫複合体精密測定	D014 13	モノクローナル RF 結合免疫複合体
D014 13	C ₃ d 結合免疫複合体精密測定	D014 14	C ₃ d 結合免疫複合体
D014 13	IgG 型リウマチ因子精密測定	D014 14	IgG 型リウマチ因子
D014 13	抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定	D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体
D014 14	抗ミトコンドリア抗体精密測定	D014 14	抗ミトコンドリア抗体
D014 14	抗 LKM-1抗体精密測定	D014 15	抗 LKM-1抗体
D014 15	抗カルジオリビン抗体精密測定	D014 16	抗カルジオリビン抗体
D014 15	TSH レセプター抗体精密測定	D014 16	TSH レセプター抗体
D014 17	抗糸球体基底膜抗体精密測定	D014 18	抗糸球体基底膜抗体
D014 19	TSH 刺激性レセプター抗体 (TSAb) 精密測定	D014 20	TSH 刺激性レセプター抗体 (TSAb)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D015 1	C 反応性蛋白 (CRP) 定量	D015 1	C 反応性蛋白 (CRP)
D015 6	血清アミロイド A (SAA) 蛋白精密測定	D015 6	血清アミロイド A (SAA) 蛋白
D015 16	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT) 測定	D015 16	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- γ 測定	D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- γ
D016 1	表面免疫グロブリン測定検査 (一連につき)	D016 1	表面免疫グロブリン (一連につき)
D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅 同定精密検査	D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅 同定検査
D023 7	抗酸菌群核酸同定精密検査	D023 7	抗酸菌群核酸同定検査
D023 7	結核菌群核酸増幅同定検査	D023 7	結核菌群核酸同定検査
D023 8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセル ラー核酸同定精密検査	D023 8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセル ラー核酸同定検査
D023 9	SARS コロナウイルス核酸増幅検査	D023 9	SARS コロナウイルス核酸増幅同定検査
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検出検査	D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査
D210	ホルター型心電図検査 (解析料を含む。)	D210	ホルター型心電図検査
D214 1	2 誘導	D214 1	2 検査
D214 2	3 から 4 誘導	D214 2	3 又は 4 検査
D214 3	5 から 6 誘導	D214 3	5 又は 6 検査
D214 4	7 誘導以上	D214 4	7 検査以上
D215 2	断層撮影法	D215 2	断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)
D215 3	UCG	D215 3	心臓超音波検査
D215 3	イ 断層撮影法及びMモード法による検査	D215 3	イ 経胸壁心エコー法
D215 3	ロ Mモード法のみによる検査	D215 3	ロ Mモード法
D215 3	ハ 経食道の超音波法	D215 3	ハ 経食道心エコー法
D239 2	誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。)(一連 につき)	D239 2	誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。)(1 神 経につき)
D287 1	イ 成長ホルモン (GH) (一連として月 1 回)	D287 1	イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
D318	尿管カテーテル法 (ファイバースコープによる もの (膀胱尿道ファイバースコープを含む。)) (両側)	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)
D417 1	皮膚、筋肉 (皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。)	D417 1	皮膚、筋肉 (皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、 心筋を除く。)

第 3 部 検査(1) ③ 1つの検査を2つに分ける項目

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006 7	複合凝固因子検査	D006 2	トロンボテスト
		D006 7	ヘパプラスチンテスト
D014 3	甲状腺自己抗体検査	D014 3	サイロイドテスト
		D014 3	マイクロゾームテスト

第3部 検査(2) (通則・項目・注の追加・見直し) ※全体の点数改正等は(1)を参照

項 目	現 行	改 正
第1節 検体検査料		
第1款 検体検査実施料 通則	<p>1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき110点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。</p> <p>2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、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、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ5点を加算する。</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、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、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。</p>
【通則の見直し】		
(血液学的検査)		
D006 出血・凝固検査 【注の見直し】	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から23までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から24までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>
(生化学的検査 (I))		
D007 血液化学検査 【注の見直し】	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 5項目以上7項目以下 100点</p> <p>ロ 8項目又は9項目 109点</p> <p>ハ 10項目以上 129点</p> <p>注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 5項目以上7項目以下 95点</p> <p>ロ 8項目又は9項目 104点</p> <p>ハ 10項目以上 123点</p> <p>注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。</p>
(生化学的検査 (II))		
D008 内分泌学的検査 【注の見直し】	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目以上5項目以下 410点</p> <p>ロ 6項目又は7項目 630点</p> <p>ハ 8項目以上 900点</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目以上5項目以下 410点</p> <p>ロ 6項目又は7項目 630点</p> <p>ハ 8項目以上 900点</p>
D009 腫瘍マーカー 【注の見直し】	<p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p>	<p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から14までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
	イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点	イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点
(免疫学的検査) D014 自己抗体検査 【注の見直し】	注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
(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 【項目の見直し】	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 32点	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 42点 注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。
【点数の見直し】 D018 細菌培養同定検査	2 保温装置使用アメーバ検査 45点 3 その他のもの 25点	45点 40点
【項目の見直し】	1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 130点 2 消化管からの検体、血液又は穿刺液 130点 3 泌尿器又は生殖器からの検体 120点 4 その他の部位からの検体 110点 5 簡易培養検査 55点	1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 140点 2 消化管からの検体 140点 3 血液又は穿刺液 150点 4 泌尿器又は生殖器からの検体 130点 5 その他の部位からの検体 120点 6 簡易培養検査 60点
【注の見直し】	注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。	注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。
D022 抗菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） 【注の新設】 【項目の削除】	(新設) 1 3薬剤以下 200点 2 4薬剤以上 230点	D022 抗菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく） 300点 注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。 (削除) (削除)
D023 微生物核酸同定・定量検査	1 白血球中細菌核酸同定検査（1菌種当たり） 130点 2 淋菌核酸同定検査、クラミジアトラコマチス核酸同定検査 210点 3 H B V核酸定量検査 290点 4 淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査 300点 5 D N Aポリメラーゼ 310点 6 H C V核酸同定検査 360点	130点 210点 290点 4 淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査 300点 310点 6 H C V核酸同定検査、H P V核酸同定検査 360点
【名称の変更】	7 抗菌菌群核酸同定精密検査、結核菌群核酸増幅同定検査 410点	7 抗菌菌群核酸同定検査、結核菌群核酸同定検査 410点
【名称の変更】	8 マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査 430点	8 マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査 430点
【名称の変更】	9 H C V核酸定量検査、血清中のH B Vプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査、S A R Sコロナウイルス核酸増幅検査 450点 10 H I V-I 核酸定量検査 520点 注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて	9 H C V核酸定量検査、血清中のH B Vプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査、S A R Sコロナウイルス核酸増幅同定検査 450点 520点 注 (略)

項 目	現 行	改 正
D023-2 その他の微生物学的検査	行った場合は、130点を加算する。	
	11 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査 550点	550点
	12 H I V-ジェノタイプ薬剤耐性検査 6,000点	6,000点
	1 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (P B P2') 55点	55点
【名称の変更】	2 尿素呼吸試験 70点	70点
	3 腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (T D H) 検査 150点	150点
	4 大腸菌ペロトキシン検出検査 200点	4 大腸菌ペロトキシン検査 200点
	(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)	
【注の見直し】	1 入院の日から起算して4週間以内の期間 140点	140点
	2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 110点	110点
	注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。	
	注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ 尿中一般物質定性半定量検査 ロ 尿中特殊物質定性定量検査 ハ 尿沈渣顕微鏡検査 ニ 糞便検査 ホ 穿刺液・採取液検査 ヘ 血液形態・機能検査 ト 出血・凝固検査 チ 血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査) リ 血液化学検査 ヌ 免疫血液学的検査 A B O血液型及びRh (D) 血液型 ル 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗ストレプトリジンO価 (A S O価)、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査 (定量)、T P H A試験 (定量)、T P H A試験 (定性) 及びH I V-1抗体価 ヲ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体価、HBs抗原精密測定、HBs抗体価精密測定、H C V抗体価精密測定及びH C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 ワ 自己抗体検査 寒冷凝集反応及びリウマトイド因子 カ 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P) 定量、血清補体価 (C H ₅₀) 及び免疫グロブリン ヨ 微生物学的検査 注3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するH I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。	注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ヌ (略)
	ル 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗ストレプトリジンO価 (A S O価)、トキソプラズマ抗体価 (半定量)、梅毒脂質抗原使用検査、T P H A試験、T P H A試験 (定性) 及びH I V-1抗体価	ヲ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原 (定性、半定量)、HBs抗体価 (半定量)、HBs抗原、HBs抗体価、H C V抗体価 (定性、定量) 及びH C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 ワ (略)
	カ 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P) 定量、血清補体価 (C H ₅₀) 及び免疫グロブリン ヨ (略)	

項 目	現 行	改 正
第2款 検体検査判断料 D026 検体検査判断料	<p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 血液学的検査判断料 125点</p> <p>3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 144点</p> <p>4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>注2 注1の規定にかかわらず、区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合にあっては、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定しない。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算（Ⅱ）及び検体検査管理加算（Ⅲ）については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算（Ⅲ）を算定した場合には、検体検査管理加算（Ⅰ）又は検体検査管理加算（Ⅱ）は算定せず、検体検査管理加算（Ⅱ）を算定した場合には、検体検査管理加算（Ⅰ）又は検体検査管理加算（Ⅲ）は算定しない。</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 100点</p> <p>ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） 300点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝病的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p>	<p>34点</p> <p>125点</p> <p>144点</p> <p>144点</p> <p>144点</p> <p>150点</p> <p>注3 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。</p> <p>イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点</p> <p>ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 100点</p> <p>ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） 300点</p> <p>ニ 検体検査管理加算（Ⅳ） 500点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p>
【注の見直し】		
D027 基本的検体検査判断料	<p>604点</p> <p>注1 特定機能病院である保険医療機関において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査（Ⅰ）、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できるものとする。</p> <p>注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。た</p>	<p>604点</p> <p>注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3本文に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。た</p>
【注の見直し】		

項 目	現 行	改 正
	<p>だし、検体検査管理加算（Ⅲ）を算定した場合には、検体検査管理加算（Ⅰ）又は検体検査管理加算（Ⅱ）は算定せず、検体検査管理加算（Ⅱ）を算定した場合には、検体検査管理加算（Ⅰ）又は検体検査管理加算（Ⅲ）は算定しない。</p>	<p>だし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。</p>
<p>第3節 生体検査料 通則</p> <p>【通則の追加】</p> <p>（呼吸循環機能検査等） D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）</p>	<p>新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 呼吸機能検査等判断料 2 心臓カテーテル法による諸検査 3 心電図検査の注に掲げるもの 4 負荷心電図検査の注1に掲げるもの 5 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 6 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 7 深部体温計による深部体温測定 8 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察 9 脳波検査の注2に掲げるもの 10 脳波検査判断料 11 神経・筋検査判断料 12 ラジオアイソトープ検査判断料 13 内視鏡検査の通則第3号に掲げるもの 14 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算 15 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、臍臓カテーテル法 <p style="text-align: right;">（追加）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 右心カテーテル 3,600点 2 左心カテーテル 4,000点 <p>注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、1については10,800点又は3,600点を、2については12,000点又は4,000点を、それぞれ所定点数に加算する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。 <ol style="list-style-type: none"> イ 呼吸機能検査等判断料 ロ 心臓カテーテル法による諸検査 ハ 心電図検査の注に掲げるもの ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの ホ 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 ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 ト 深部体温計による深部体温測定 チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察 リ 脳波検査の注2に掲げるもの ス 脳波検査判断料 ル 神経・筋検査判断料 ヲ ラジオアイソトープ検査判断料 ワ 内視鏡検査の通則第3号に掲げるもの カ 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算 ヨ 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、臍臓カテーテル法 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。 <ol style="list-style-type: none"> イ 呼吸機能検査等判断料 ロ 心臓カテーテル法による諸検査 ハ 心電図検査の注に掲げるもの ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの ホ 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 ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 ト 深部体温計による深部体温測定 チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察 リ 脳波検査の注2に掲げるもの ス 脳波検査判断料 ル 神経・筋検査判断料 <ol style="list-style-type: none"> 1 3,600点 2 4,000点

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンプロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠動脈造影又は心筋採取を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、1,400点又は200点を加算する。	注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンプロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験又は冠動脈造影を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点又は1,400点を加算する。
【注の見直し】	注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。	注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。
【注の見直し】	注4 厚生労働大臣の定める施設基準を満たす保険医療機関において血管内視鏡検査を実施した場合は所定点数に300点を加算する。	
【注の見直し】	注5 同一月中に血管内超音波検査と血管内視鏡検査の両方を実施した場合は主たる検査の点数を算定する。	注5 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
	注6 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。	
	注7 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。	
D210 ホルター型心電図検査（解析料を含む。）		D210 ホルター型心電図検査
【注の新設】	1 30分又はその端数を増すごとに 90点 2 8時間を越えた場合 1,500点（新設）	90点 1,500点 注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】	（新設）	D210-3 埋込型心電図検査 90点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2 30分又はその端数を増すごとに算定する。 注3 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800点 注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。 注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	800点 注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、所定点数に100点を加算する。
【注の追加】	（追加）	注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、所定点数に100点を加算する。
【新設】	（新設）	D211-2 喘息運動負荷試験 800点 注 喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。

項 目	現 行	改 正
D214 脈波図、心機図、 ポリグラフ検査 【名称の変更】	1 2誘導 80点 2 3から4誘導 130点 3 5から6誘導 180点 4 7誘導以上 220点	1 2検査 80点 2 3又は4検査 130点 3 5又は6検査 180点 4 7検査以上 220点
【注の見直し】	注1 数種目を行った場合でも同時記録を行った最高誘導数により算定する。	注1 数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。
【注の見直し】	注2 脈波図、心機図、ポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、誘導数に数えない。 注3 検査の実施ごとに1から4までに掲げる所定点数を算定する。	注2 脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。
(超音波検査等) D215 超音波検査(記録 に要する費用を含む。)		
【名称の変更】	1 Aモード法 150点 2 断層撮影法 イ 胸腹部 530点 ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等) 350点	150点 2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) 530点
【名称の見直し】	3 UCG イ 断層撮影法及びMモード法による検査 880点 ロ Mモード法のみによる検査 500点 ハ 経食道の超音波法 1,500点(追加)	3 心臓超音波検査 イ 経胸壁心エコー法 880点 ロ Mモード法 500点 ハ 経食道心エコー法 1,500点 ニ 胎児心エコー法 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【項目の追加】	4 ドブラ法(1日につき) イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査 20点 ロ 脳動脈血流速度連続測定 150点 ハ 脳動脈血流速度マッピング法 400点 5 血管内超音波法 3,600点	20点 150点 400点 3,600点
【注の見直し】	注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。	注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。)は、加算点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注2 断層撮影法について、パルスドブラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。	注2 2について、パルスドブラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
【注の見直し】	注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注4 ドブラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。 注5 血管内超音波法について、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、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注6 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。	注3 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正
D216-2 残尿測定検査 【項目の見直し】	50点	1 超音波検査によるもの 55点 2 導尿によるもの 45点 注 (略)
D217 骨塩定量検査 【項目の見直し】	1 DEXA法による腰椎撮影 360点 2 MD法、SEX A法等 140点 3 超音波法 80点	1 DEXA法による腰椎撮影 360点 注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、所定点数に90点を加算する。 140点 80点
【注の新設】	(新設)	注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。
【新設】	(新設)	D231-2 皮下連続式グルコース測定 (一連につき) 700点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(脳波検査等) 【新設】	(新設)	D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査 (1日につき) 700点
D236 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。)	1 体性感覚誘発電位 670点 2 視覚誘発電位 670点 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点 注 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。	670点 670点 670点 注 (略)
【項目の追加】 (神経・筋検査)	(追加)	4 聴性定常反応 800点
D239 筋電図検査	1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) 200点 2 誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。) (一連につき) 250点 3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 (一連につき) 400点	200点 2 誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。) (1神経につき) 150点 400点
【名称の変更】	(追加)	注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。
【注の追加】	(追加)	注2
注 3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	(新設)	D258-2 網膜機能精密電気生理検査 (多局所網膜電位図) 500点 D269-2 光学的眼軸長測定 150点
(眼科学的検査) 【新設】	(新設)	
【新設】 (負荷試験等)	(新設)	
D286 肝及び腎のクリアランステスト 【注の見直し】	150点 注1 検査に当たって尿管カテーテル法又は膀胱尿道ファイバースコープを行った場合は、区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法又はD317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープの所定点数を併せて算定する。 注2 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定のコストは、所定点数に含まれるものと	150点 注1 検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又はD317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p>【新設】 D318 尿管カテーテル法 (ファイバースコープによるもの(膀胱尿道ファイバースコープを含む。)) (両側) 【名称の変更】 【注の新設】</p>	<p>3 上行結腸及び盲腸 1,550点 注 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。</p> <p>(追加)</p> <p>(新設)</p> <p>1,000点</p> <p>(新設)</p>	<p>1,550点 注1</p> <p>注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>D317-2 膀胱尿道鏡検査 890点</p> <p>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点 注 膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p> <p>D417 組織試験採取、切採法 【名称の変更】</p> <p>【項目の追加】</p> <p>D419 その他の検体採取</p> <p>【項目の追加】</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。) 500点 2 骨、骨盤、脊椎 2,300点 3 眼 イ 後眼部 650点 ロ 前眼部、その他 350点 4 耳 400点 5 鼻、副鼻腔 400点 6 口腔 400点 7 咽頭、喉頭 650点 8 甲状腺 650点 9 乳腺 650点 10 直腸 650点 11 精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸) 400点 12 末梢神経 620点</p> <p>(追加)</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、100点を加算する。</p> <p>1 胃液・十二指腸液採取(一連につき) 180点 2 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。) 180点 3 動脈血採取(1日につき) 50点 注 血液回路から採血した場合は算定しない。</p> <p>(追加)</p>	<p>D404-2 骨髓生検 730点 注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検 1 併用法 5,000点 2 単独法 3,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>D414-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA) 4,000点</p> <p>1 皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。) 500点 2,300点 650点 350点 400点 400点 400点 650点 650点 650点 400点 620点</p> <p>13 心筋 5,000点 注(略)</p> <p>4 前房水採取 350点</p>

第2章 特掲診療料 第4部 画像診断

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 画像診断の費用は、第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。 4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又は区分番号E004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。 5 区分番号E102及び区分番号E203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に180点を加算する。 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、 	

項 目	現 行	改 正																
	<p>受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。</p>																	
<p>第1節 エックス線診断料</p> <p>【通則の削除】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については区分番号E001に掲げる写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については同区分の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。</p> <p>4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について15点を加算する。</p> <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は算定しない。</p> <table border="0" data-bbox="381 1532 799 1638"> <tr> <td>イ 単純撮影の場合</td> <td>60点</td> </tr> <tr> <td>ロ 特殊撮影の場合</td> <td>64点</td> </tr> <tr> <td>ハ 造影剤使用撮影の場合</td> <td>72点</td> </tr> <tr> <td>ニ 乳房撮影の場合</td> <td>60点</td> </tr> </table> <p>6 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p> <p>E000 透視診断 110点</p>	イ 単純撮影の場合	60点	ロ 特殊撮影の場合	64点	ハ 造影剤使用撮影の場合	72点	ニ 乳房撮影の場合	60点	<p>(削除)</p> <p>4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。</p> <table border="0" data-bbox="827 1532 1238 1638"> <tr> <td>イ 単純撮影の場合</td> <td>57点</td> </tr> <tr> <td>ロ 特殊撮影の場合</td> <td>58点</td> </tr> <tr> <td>ハ 造影剤使用撮影の場合</td> <td>66点</td> </tr> <tr> <td>ニ 乳房撮影の場合</td> <td>54点</td> </tr> </table> <p>5</p>	イ 単純撮影の場合	57点	ロ 特殊撮影の場合	58点	ハ 造影剤使用撮影の場合	66点	ニ 乳房撮影の場合	54点
イ 単純撮影の場合	60点																	
ロ 特殊撮影の場合	64点																	
ハ 造影剤使用撮影の場合	72点																	
ニ 乳房撮影の場合	60点																	
イ 単純撮影の場合	57点																	
ロ 特殊撮影の場合	58点																	
ハ 造影剤使用撮影の場合	66点																	
ニ 乳房撮影の場合	54点																	

項 目	現 行	改 正
E001 写真診断	E001 写真診断	
	1 単純撮影	
	イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85点	
	ロ その他 43点	
	2 特殊撮影（一連につき） 96点	
	3 造影剤使用撮影 72点	
【点数の見直し】	4 乳房撮影（一連につき） 256点	306点
	注 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
E002 撮影	E002 撮影	
【項目の見直し】	1 単純撮影 65点	1 単純撮影
		イ アナログ撮影 60点
		ロ デジタル撮影 68点
	2 特殊撮影（一連につき） 264点	2 特殊撮影（一連につき）
		イ アナログ撮影 260点
		ロ デジタル撮影 270点
	3 造影剤使用撮影 148点	3 造影剤使用撮影
		イ アナログ撮影 144点
		ロ デジタル撮影 154点
	4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき）
		イ アナログ撮影 192点
		ロ デジタル撮影 202点
	注1 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	注1 (略)
	注2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	注2 (略)
	注3 3の造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、148点を加算する。	注3 造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、148点を加算する。
	注4 3の造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。	注4 造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。
	注5 3の造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。	注5 造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。
E003 造影剤注入手技	E003 造影剤注入手技	
	1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数	
	2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数	
	3 動脈造影カテーテル法	
	イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点	
	ロ イ以外の場合 1,180点	
	4 静脈造影カテーテル法 3,600点	
	5 内視鏡下の造影剤注入	
	イ 気管支鏡挿入	
	区分番号D301に掲げる気管支鏡検査の所定点数	
	ロ 気管支ファイバースコープ挿入	
	区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数	
	ハ 尿管カテーテル法(両側)	

項 目	現 行	改 正
【項目の追加】	<p>区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数</p> <p>6 腔内注入及び穿刺注入</p> <p>イ 注腸 300点</p> <p>ロ その他のもの 120点 (追加)</p> <p>E004 基本的エックス線診断料（1日につき）</p> <p>1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55点</p> <p>2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点</p> <p>注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。</p> <p>注2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ 区分番号E001に掲げる写真診断の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）</p> <p>ロ 区分番号E002に掲げる撮影の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）</p> <p>注3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するH I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。</p>	<p>7 嚥下造影 240点</p>
第2節 核医学診断料	<p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-3までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-3までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に120点を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>E100 シンチグラム（画像を伴うもの）</p> <p>1 部分（静態）（一連につき） 1,300点</p> <p>2 部分（動態）（一連につき） 1,800点</p> <p>3 全身（一連につき） 2,200点</p> <p>注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。</p> <p>注2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれ</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>それぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） 1,800点</p> <p>注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、所定点数に100点を加算する。</p> <p>注2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p> <p>注3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点</p> <p>2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>E102 核医学診断 375点</p> <p>注 行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	
<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p>	<p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E201に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>【通則の見直し】</p> <p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p>	<p>202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に120点を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p>	<p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ マルチスライス型の機器による場合 850点</p> <p>ロ イ以外の場合 660点</p>	<p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ又はロ以外の場合 600点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p> <p>注1 CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>注3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈CT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、所定点数に600点を加算する。</p> <p>注5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注1 CT撮影のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外</p>

項 目	現 行	改 正
<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>E 201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点 注 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> <p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点 2 1以外の場合 1,080点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 1及び2を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>注3 MRI撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のMRI撮影を行った場合は、心臓MRI撮影加算として、所定点数に300点を加算する。</p> <p>E 203 コンピューター断層診断 450点 注 コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	<p>傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。</p> <p>1,330点 1,000点</p>
<p>第4節 薬剤料</p>	<p>E 300 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第5節 特定保険医療材料</p>	<p>E 400 フィルム</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。</p> <p>注2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>E 401 特定保険医療材料（フィルムを除く。）</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第5部 投薬

項 目	現 行	改 正
通則	<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p>	
第1節 調剤料	<p>F 000 調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点</p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。</p>	
第2節 処方料 F 100 処方料	<p>F 100 処方料</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>2 1以外の場合 42点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。</p> <p>注2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。</p> <p>注3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。</p> <p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定め</p>	

項 目	現 行	改 正										
<p>【注の追加】</p>	<p>る疾患を主病とするものに限る。) に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。 (追加)</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。</p>										
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。</p> <table border="0" data-bbox="452 714 713 840"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td> 屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> <tr> <td>外用薬</td> <td>1調剤</td> </tr> </table> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>注2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p> <p>注4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	使用薬剤	単位	内服薬及び		浸煎薬	1剤1日分	屯服薬	1回分	外用薬	1調剤	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
使用薬剤	単位											
内服薬及び												
浸煎薬	1剤1日分											
屯服薬	1回分											
外用薬	1調剤											

項 目	現 行	改 正
第4節 特定保険医療材料料	F 300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
第5節 処方せん料 F 400 処方せん料 【注の追加】	F 400 処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。 注2 3歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。 注3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。 注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。 （追加）	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。
第6節 調剤技術基本料	F 500 調剤技術基本料 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。 注2 同一の患者につき同一月に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。 注3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、所定点数に10点を加算する。 注4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	

第2章 特掲診療料 第6部 注射

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。</p> <p>4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に5点を加算する。</p> <p>6 区分番号G002、G003、G003-3又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）</p> <p>7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p>8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、750点）</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）</p>
<p>第1節 注射料</p> <p>第1款 注射実施料</p>	<p>注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 30点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。</p> <p>注3 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p> <p>G002 動脈注射（1日につき）</p> <p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p> <p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点</p> <p>注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p>G003-2 削除</p> <p>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</p> <p>G004 点滴注射（1日につき）</p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 95点</p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 95点</p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 47点</p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。</p> <p>注4 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</p> <p>注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。</p> <p>注2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p>	

項 目	現 行	改 正
【新設】	<p>注5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。</p> <p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p>	<p>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。</p>
【新設】	<p>(新設)</p> <p>G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき) 125点</p> <p>G007 腱鞘内注射 25点</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>1 胸骨 80点</p> <p>2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>1 脳室 300点</p> <p>2 後頭下 220点</p> <p>3 腰椎 140点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 25点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 25点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 60点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p>	<p>G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。</p>
【新設】	<p>(新設)</p>	<p>G016 硝子体内注射 580点</p>
第2款 無菌製剤処理科 G020 無菌製剤処理科 【項目の見直し】	<p>G020 無菌製剤処理科</p> <p>1 無菌製剤処理科1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点</p> <p>2 無菌製剤処理科2 (1以外のもの) 40点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患</p>	<p>1 無菌製剤処理科1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>者に対して使用する薬剤について、必要があ って無菌製剤処理が行われた場合は、当該患 者に係る区分に従い1日につき所定点数を算 定する。</p>	
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>G100 薬剤</p> <p>1 薬価が1回分使用量につき15円以下である 場合 1点</p> <p>2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場 合 薬価から15円を控除した額を10円で除して 得た点数につき1点未満の端数を切り上げて 得た点数に1点を加算して得た点数</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有 する病院に入院している患者であって入院 期間が1年を超えるものに対する合算薬剤 料が、220点にその月における当該患者の 入院日数を乗じて得た点数を超える場合 (悪性新生物その他の特定の疾患に罹患し ている患者に対して投薬又は注射を行った 場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、 所定点数にかかわらず、220点にその月 における当該患者の入院日数を乗じて得た点 数により算定する。</p> <p>注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療 確保法第74条第1項に規定する入院時食事 療養費に係る食事療養又は健康保険法第85 条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条 第1項に規定する入院時生活療養費に係る 生活療養の食事の提供たる療養を受けてい る患者又は入院中の患者以外の患者に対し て投与されたビタミン剤(ビタミンB群製 剤及びビタミンC製剤に限る。)について は、当該患者の疾患又は症状の原因がビタ ミンの欠乏又は代謝異常であることが明ら かであり、かつ、必要なビタミンを食事 により摂取することが困難である場合その他 これに準ずる場合であって、医師が当該ビ タミン剤の注射が有効であると判断した場 合を除き、これを算定しない。</p> <p>注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が 定める。</p>	<p>(注の記述変更) 特別入院基本料 → 特別入院基本料等</p>
<p>第3節 特定保険医 療材料料</p>	<p>G200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、 別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第7部 リハビリテーション

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なりハビリテーションの費用は、第1節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。 4 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、運動器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については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手術料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、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、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。 6 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った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、運動器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を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。 7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。 	<ol style="list-style-type: none"> 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手術料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、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、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。
<p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 心大血管疾患リハビリテーション料</p>	<p>H000 心大血管疾患リハビリテーション料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 200点 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 	

項 目	現 行	改 正
	(1単位) 100点	
【注の見直し】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。</p>
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料		
【項目の見直し】	<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 100点</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (1単位) イ ロ以外の場合 245点 ロ 廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位) イ ロ以外の場合 200点 ロ 廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) イ ロ以外の場合 100点 ロ 廃用症候群の場合 100点</p>
【注の見直し】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であつて、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>H 002 運動器リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>に限り算定できるものとする。</p> <p>H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 80点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>（追加）</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 80点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（1については、病院又は有床診療所に限る。）において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する。</p> <p>注3 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。</p> <p>注4</p>
<p>H 003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 170点</p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 80点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から90日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日以内の間に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して</p>

項 目	現 行	改 正
<p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>H006 難病患者リハビリテーション料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>リハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p> <p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 300点</p> <p>注 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき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、運動器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を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。</p> <p>H004 摂食機能療法（1日につき） 185点 注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。</p> <p>H005 視能訓練（1日につき）</p> <p>1 斜視視能訓練 135点 2 弱視視能訓練 135点</p> <p>H006 難病患者リハビリテーション料（1日につき） 600点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して行われる場合に算定する。</p> <p>注2 当該保険医療機関において、難病患者リハビリテーションを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。</p> <p>（追加）</p>	<p>リハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。</p> <p>注 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき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、運動器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。</p> <p>640点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。</p> <p>（削除）</p> <p>注2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【新設】</p>	<p>H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 220点 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点 3 18歳以上の患者の場合 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p> <p>H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。</p>	<p>掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合 280点 ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合 140点</p> <p>H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位） 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。</p>
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>H100 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="141 1219 196 1242">【新規】</p> <p data-bbox="141 1644 351 1688">I 004 心身医学療法（1回につき）</p> <p data-bbox="159 1721 296 1744">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="417 137 793 160">(2) 30分未満の場合 350点</p> <p data-bbox="375 164 793 343">注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p data-bbox="375 349 793 500">注2 通院・在宅精神療養は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療養を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p data-bbox="375 506 793 606">注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療養を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。</p> <p data-bbox="375 639 793 683">I 002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点</p> <p data-bbox="375 689 793 840">注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="375 846 793 996">注2 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p data-bbox="375 1002 793 1103">注3 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1108 793 1153">I 003 標準型精神分析療法（1回につき） 390点</p> <p data-bbox="375 1159 793 1211">注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。</p> <p data-bbox="724 1219 793 1242">（新規）</p> <p data-bbox="375 1694 793 1719">I 004 心身医学療法（1回につき）</p> <p data-bbox="375 1725 793 1750">1 入院中の患者 70点</p> <p data-bbox="375 1756 793 1781">2 入院中の患者以外</p> <p data-bbox="375 1787 793 1812">イ 初診時 110点</p> <p data-bbox="375 1818 793 1843">ロ 再診時 80点</p> <p data-bbox="375 1848 793 1874">注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保</p>	<p data-bbox="819 1219 1232 1263">I 003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 420点</p> <p data-bbox="819 1269 1232 1344">注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p data-bbox="819 1350 1232 1501">注2 入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。</p> <p data-bbox="819 1506 1232 1559">注3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p data-bbox="819 1564 1232 1636">注4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="819 1721 864 1744">150点</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="142 1454 353 1503">I 008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p> <p data-bbox="159 1769 255 1792">【注の追加】</p>	<p data-bbox="417 133 793 185">除医療機関においても算定できるものとする。</p> <p data-bbox="375 189 793 291">注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p data-bbox="375 295 793 450">注3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 454 793 608">注4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 612 793 687">注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p> <p data-bbox="375 716 793 739">I 005 入院集団精神療法（1日につき） 100点</p> <p data-bbox="375 743 793 819">注1 入院中の患者について、入院の日から起算して6月に限り週2回を限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 823 793 898">注2 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 902 793 925">I 006 通院集団精神療法（1日につき） 270点</p> <p data-bbox="375 929 793 977">注1 入院中の患者以外の患者について、6月に限り週2回を限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 981 793 1056">注2 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1060 793 1083">I 007 精神科作業療法（1日につき） 220点</p> <p data-bbox="375 1087 793 1190">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p data-bbox="375 1193 635 1217">I 008 入院生活技能訓練療法</p> <p data-bbox="375 1221 793 1269">1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 100点</p> <p data-bbox="375 1273 793 1321">2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 75点</p> <p data-bbox="375 1325 793 1373">注1 入院中の患者について、週1回を限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 1377 793 1452">注2 入院生活技能訓練療法と同一日に行われる他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1508 793 1532">I 008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1535 793 1559">1 小規模なもの 275点</p> <p data-bbox="375 1562 793 1586">2 大規模なもの 330点</p> <p data-bbox="375 1590 793 1692">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p data-bbox="375 1696 793 1771">注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。</p> <p data-bbox="724 1775 783 1798">（追加）</p>	<p data-bbox="814 1377 1232 1452">注2 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="814 1775 1232 1850">注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に20点を加</p>

項 目	現 行	改 正
1 009 精神科デイ・ケア (1日につき) 【点数の見直し】	注3 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 1 009 精神科デイ・ケア (1日につき) 1 小規模なもの 550点 2 大規模なもの 660点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。 注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	算する。 注4 590点 700点 (削除) 注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。
【注の削除】		
【注の追加】	(追加)	
1 010 精神科ナイト・ケア (1日につき) 【点数の見直し】	注4 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 1 010 精神科ナイト・ケア (1日につき) 500点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。 注3 当該保険医療機関において、精神科ナイト・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	540点 (削除) 注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。
【注の削除】		
【注の追加】	(追加)	
1 010-2 精神科デイ・ナイト・ケア (1日につき) 【点数の見直し】	注4 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 1 010-2 精神科デイ・ナイト・ケア (1日につき) 1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	1,040点

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 291 255 316">【注の削除】</p> <p data-bbox="157 397 255 423">【注の追加】</p> <p data-bbox="141 1508 351 1557">I 012 精神科訪問看護・指導料</p>	<p data-bbox="417 131 795 208">合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p data-bbox="375 214 795 291">注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。</p> <p data-bbox="375 297 795 394">注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。</p> <p data-bbox="724 399 783 425">(追加)</p> <p data-bbox="375 504 795 687">注4 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p data-bbox="375 716 795 741">I 011 精神科退院指導料 320点</p> <p data-bbox="375 747 795 921">注1 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="375 927 795 1188">注2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。</p> <p data-bbox="375 1193 795 1219">I 011-2 精神科退院前訪問指導料 380点</p> <p data-bbox="375 1224 795 1373">注1 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する。</p> <p data-bbox="375 1379 795 1456">注2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、所定点数に320点を加算する。</p> <p data-bbox="375 1462 795 1510">注3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p data-bbox="375 1561 655 1586">I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p data-bbox="375 1591 795 1617">1 精神科訪問看護・指導料（I） 575点</p> <p data-bbox="375 1622 795 1647">2 精神科訪問看護・指導料（II） 160点</p> <p data-bbox="375 1653 795 1846">注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当</p>	<p data-bbox="827 291 886 316">(削除)</p> <p data-bbox="813 399 1238 504">注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>1015 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注2 注1ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間（注1ただし書に規定する期間を除く。）については、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注3 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。</p> <p>注4 注1に規定する場合であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。</p> <p>注5 注3に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p> <p>注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる居住施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。</p> <p>注7 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>1013 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点 注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>1014 医療保護入院等診療料 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の4第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>1015 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき） 1,000点 注1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1日につき6時間以上行った場合に算定する。</p>	<p>注5 注3に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p> <p>注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>1,040点</p>

第2章 特掲診療料 第9部 処置

項 目	現 行	改 正
通則	<ol style="list-style-type: none"> 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊な処置の処置料は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。 5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が、150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注4のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。 6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。 	
第1節 処置料	<p>(一般処置)</p> <p>J000 創傷処置</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 85点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 155点 5 6,000平方センチメートル以上 270点 <p>注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>注2 区分番号C109又はC112に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。</p> <p>J 001 熱傷処置</p> <p>1 100平方センチメートル未満 135点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 225点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 420点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 1,250点</p> <p>注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号 J 000に掲げる創傷処置の例により算定する。</p> <p>注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>注3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。</p> <p>J 001-2 絆創膏固定術 500点</p> <p>J 001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術 500点</p> <p>J 001-4 重度褥瘡処置（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 90点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 98点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 150点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 280点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 500点</p> <p>注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号 J 000に掲げる創傷処置の例により算定する。</p> <p>注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p>	
<p>J 001-5 後期高齢者処置（1日につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>J 001-5 後期高齢者処置（1日につき） 12点</p> <p>注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>J 001-5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 24点</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p>
<p>J 001-6 後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>J 001-6 後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき） 15点</p> <p>注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精</p>	<p>J 001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 30点</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるもの</p>

項 目	現 行	改 正
【新設】	<p>神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>注2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>に対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>注2 (略)</p>
	<p>J 001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 001-8 穿刺排膿後薬液注入 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 001-9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1日につき） 45点</p> <p>J 002 ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）</p> <p>1 持続的吸引を行うもの 50点</p> <p>2 その他のもの 25点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p>	<p>J 003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）</p> <p>1 被覆材を貼付した場合</p> <p>イ 100平方センチメートル未満 1,600点</p> <p>ロ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,680点</p> <p>ハ 200平方センチメートル以上 1,900点</p> <p>注 初回の貼付に限り、イにあつては1,690点を、ロにあつては2,650点を、ハにあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 その他の場合 900点</p>
J 011 骨髄穿刺	<p>J 004 流注膿瘍穿刺 190点</p> <p>J 005 脳室穿刺 500点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 006 後頭下穿刺 300点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 150点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 220点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 009 人工気胸（排気を含む。） 250点</p> <p>J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 230点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点</p> <p>J 011 骨髄穿刺</p>	

項 目	現 行	改 正	
【点数の見直し】	1 胸骨	130点	260点
	2 その他	150点	280点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		
	J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺	240点	
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		
	J 013 ダグラス窩穿刺	240点	
	J 014 乳腺穿刺	200点	
	J 015 甲状腺穿刺	150点	
	J 016 リンパ節等穿刺	200点	
	J 017 エタノールの局所注入	1,000点	
	注 甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		
	J 017-2 リンパ管腫局所注入	1,000点	
	J 018 喀痰吸引（1日につき）	48点	
	注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。		
	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。		
	注3 区分番号C103、C107、C109又はC112に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。		
	J 018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につき）	120点	
	J 018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき）	48点	
	注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。		
	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。		
	注3 区分番号C103、C107、C109又はC112に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。		
	J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）	550点	
	注1 持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。		
注2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。			
J 019-2 胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）	550点		
注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。			
J 020 胃持続ドレナージ（開始日）	50点		
注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。			
J 021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）	550点		
注1 持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1			

項 目	現 行	改 正
	<p>回に限り算定する。</p> <p>注2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> <p>J 022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 45点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。</p> <p>J 022-2 摘便 100点</p> <p>J 022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去 45点</p> <p>J 022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後） 45点</p> <p>J 023 気管支カテーテル薬液注入法 120点</p> <p>J 024 酸素吸入（1日につき） 65点</p> <p>注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。</p> <p>J 024-2 突発性難聴に対する酸素療法（1日につき） 65点</p> <p>J 025 酸素テント（1日につき） 65点</p> <p>注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。</p> <p>J 026 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点</p> <p>注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。</p> <p>J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 65点</p> <p>注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。</p> <p>J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点</p> <p>注1 体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。</p> <p>J 027 高気圧酸素治療（1日につき）</p> <p>1 救急的なもの</p> <p>イ 1人用高圧酸素治療 5,000点</p> <p>ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000点</p> <p>2 非救急的なもの 200点</p> <p>J 028 インキュベーター（1日につき） 120点</p> <p>注 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定</p>	

項 目	現 行	改 正
	点数に含まれるものとする。 J 029 鉄の肺（1日につき） 260点 J 029-2 減圧タンク療法 260点 J 030 食道ブジー法 100点 J 031 直腸ブジー法 100点 J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点 J 033 削除 J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 200点 J 035 削除 J 036 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点 注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、それぞれ100点又は50点を加算する。 J 037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。） 290点	
J 038 人工腎臓（1日につき）	J 038 人工腎臓（1日につき）	
【項目の見直し】	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） イ 4時間未満の場合 2,117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点 ハ 5時間以上の場合 2,397点 2 その他の場合 1,590点	1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,075点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点 ハ 5時間以上の場合 2,370点 2 その他の場合 1,580点
【注の見直し】	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に300点を加算する。 注2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。 注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。 注4 カニューレション料を含むものとする。 注5 区分番号C 102又はC 102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。	注5 区分番号C 102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C 102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J 042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）を限度として算定する。
【注の追加】	注6 1の場合にあっては、透析液、血液凝固防止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 注7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。 注8 区分番号J 038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。 (追加)	注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。
	J 038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき） 1,990点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に300点を加算する。 注2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき	

項 目	現 行	改 正
<p>J042 腹膜灌流（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>120点を加算する。</p> <p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>注4 区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p> <p>J039 血漿交換療法（1日につき） 4,200点</p> <p>注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J040 局所灌流（1日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J041 吸着式血液浄化法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J041-2 血球成分除去療法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J042 腹膜灌流（1日につき）</p> <p>1 連続携行式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期14日に限り1日につき100点を加算する。</p> <p>注2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p> <p>J043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき） 140点</p> <p>J043-2 瀉血療法 250点</p> <p>J043-3 ストーマ処置（1日につき）</p> <p>1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点</p> <p>2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合 100点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。</p> <p>J043-4 胃瘻カテーテル交換法 200点</p> <p>注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 100点</p> <p>注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(救急処置)</p>	<p>1 連続携行式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、1日につき500点を加算する。</p> <p>注2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として、算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
【新設】	J 044 救命のための気管内挿管 500点	
	J 044-2 体表面ベージング法又は食道ベージング法（1日につき） 400点	
	J 045 人工呼吸	
	1 30分までの場合 242点	
	2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数	
	3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点	
	注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に 行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定 又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、 所定点数に含まれるものとする。	
	注2 区分番号C 107に掲げる在宅人工呼吸指 導管理料を算定している患者に対して行っ た人工呼吸の費用は算定しない。	
		(新設)
		J 045-2 一酸化窒素吸入療法 920点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合するものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関において行われる場合に限 り算定する。	
	注2 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時 間又はその端数を増すごとに、所定点数に 920点を加算する。	
(注の削除)	J 046 非開胸的心マッサージ	(削除)
	1 30分までの場合 250点	
	2 30分を超えた場合 250点に30分又はその端数を増すごとに 40点を加算して得た点数	
	注 人工呼吸を併せて行った場合は、所定点 数に区分番号 J 045に掲げる人工呼吸の所 定点数を加算する。	
(注の削除)	J 047 カウンターショック（1日につき）	(削除)
	1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場 合 2,500点	
	2 その他の場合 3,500点	
	注 非開胸的心マッサージを併せて行った場合 は、所定点数に区分番号 J 046に掲げる非開 胸的心マッサージの所定点数を加算する。	
	J 048 心膜穿刺 500点	
	J 049 食道圧迫止血チューブ挿入法 2,700点	
	J 050 気管内洗浄（1日につき） 240点	
	注1 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加 算する。	
	注2 気管内洗浄と同時に 行う喀痰吸引又は酸 素吸入は、所定点数に含まれるものとし る。	
	J 051 胃洗浄 250点	
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算 する。	
	J 052 ショックパンツ（1日につき） 150点	
	注 2日目以降については、所定点数にかかわ らず1日につき50点を算定する。	
	J 052-2 熱傷温浴療法（1日につき） 1,740点	
	注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のもの について行った場合に受傷後60日以内に限り 算定する。	
	(皮膚科処置)	
	J 053 皮膚科軟膏処置	
	1 100平方センチメートル以上500平方センチ メートル未満 55点	
	2 500平方センチメートル以上3,000平方セン チメートル未満 85点	
	3 3,000平方センチメートル以上6,000平方セ	

項 目	現 行	改 正
	ンチメートル未満 155点 4 6,000平方センチメートル以上 270点 注1 100平方センチメートル未満の場合は、 第1章基本診療料に含まれ、算定できない。 注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者 処置指導管理料を算定している患者に対 して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定し ない。 J054 皮膚科光線療法（1日につき） 1 赤外線又は紫外線療法 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算 定する。 2 長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290 ナノメートル以上315ナノメートル以下のも の） 150点 3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313 ナノメートル以下に限定したもの） 350点 J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき） 1 色素レーザー照射療法 2,170点 注 照射面積が10平方センチメートルを超え た場合は、10平方センチメートル又はその 端数を増すごとに所定点数に500点を加算 する。ただし、8,500点の加算を限度とす る。 2 Qスイッチ付レーザー照射療法 2,800点 注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照 射療法を行った場合は、所定点数に2,000点 を加算する。	
J055 いぼ焼灼法 【点数の見直し】	J055 いぼ焼灼法 1 3箇所以下 220点 2 4箇所以上 270点 J055-2 イオントフォレーゼ 220点 J055-3 臍肉芽腫切除術 220点	210点 260点
J056 いぼ冷凍凝固法 【点数の見直し】	J056 いぼ冷凍凝固法 1 3箇所以下 220点 2 4箇所以上 270点 J057 軟属腫摘除 1 10箇所未満 120点 2 10箇所以上30箇所未満 220点 3 30箇所以上 350点 J057-2 面皰圧出法 49点 J057-3 鶏眼・胼胝処置 170点 注 月1回に限り算定する。 （泌尿器科処置） J058 膀胱穿刺 80点 J059 陰嚢水腫穿刺 80点 J059-2 血腫、膿腫穿刺 80点 J060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時にを行う留置カ テーテル設置及び留置カテーテル設置中の 膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるも のとする。 注2 区分番号C106又はC109に掲げる在宅自 己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処 置指導管理料を算定している患者に対して 行った膀胱洗浄の費用は算定しない。 J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につ ぎ） 60点 J061 腎盂洗浄（片側） 60点 J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,080点	210点 260点

項 目	現 行	改 正
J 070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 【点数の見直し】	注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
	J 063 留置カテーテル設置 40点	
	注1 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。	
	注2 区分番号C 106又はC 109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	
	J 064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点	
	注 区分番号C 106又はC 109に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	
	J 065 間歇的導尿（1日につき） 150点	
	J 066 尿道拡張法 180点	
	J 066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	
	J 067 誘導ブジー法 180点	
	J 068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点	
	J 069 前立腺液圧出法 50点	
	J 070 前立腺冷温榻 50点	
	J 070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 45点	50点
	注 入院中の患者以外の患者について算定する。	
	J 070-3 冷却痔処置（1日につき）（産婦人科処置） 50点	
	J 071 羊水穿刺（羊水過多症の場合） 120点	
	J 072 膣洗浄（熱性洗浄を含む。） 47点	
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	J 073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 47点	
	J 074 卵管内薬液注入法 60点	
	J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法 340点	
	J 076 子宮頸管内への薬物挿入法 45点	
	J 077 子宮出血止血法	
	1 分娩時のもの 520点	
	2 分娩外のもの 45点	
	J 078 子宮腔部薬物焼灼法 100点	
	J 079 子宮腔部焼灼法 180点	
	J 080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法	
	1 ラミナリア 120点	
	2 コルポイリントル 120点	
	3 金属拡張器（ヘガール等） 180点	
	4 メトロイリントル 340点	
J 081 分娩時鈍性頸管拡張法 380点		
J 082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー） 290点		
J 083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法 290点		
J 084 胎盤圧出法 45点		
J 085 クリステル胎児圧出法 45点		
J 085-2 人工羊水注入法 600点		
（眼科処置）		
J 086 眼処置 25点		
注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。		
注2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。		
J 086-2 義眼処置 25点		

項 目	現 行	改 正
	<p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 087 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 180点</p> <p>注 顕微鏡下に行った場合は、180点を加算する。</p> <p>J 088 霰粒腫の穿刺 45点</p> <p>J 089 睫毛除去</p> <p>1 少数の場合 25点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>2 多数の場合 45点</p> <p>注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。</p> <p>注2 1日に1回を限度として算定する。</p> <p>J 090 結膜異物除去（1眼瞼ごと） 100点</p> <p>J 091 鼻涙管ブジー法 45点</p> <p>J 091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 45点</p> <p>J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 45点</p> <p>J 093 強膜マッサージ 150点</p> <p>J 094 削除 （耳鼻咽喉科処置）</p> <p>J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 25点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>注2 点耳、簡単な耳垢栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p> <p>J 095-2 鼓室処置（片側） 55点</p> <p>注 鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>J 096 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）</p> <p>1 カテーテルによる耳管通気法（片側）30点</p> <p>2 ポリツツェル球による耳管通気法 20点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 12点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>注2 区分番号J 098に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても12点とする。</p> <p>注3 鼻洗浄については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p> <p>J 097-2 副鼻腔自然口開大処置 25点</p> <p>注 処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 098 口腔、咽頭処置 12点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>注2 区分番号J 097に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても12点とする。</p> <p>J 098-2 扁桃処置 40点</p> <p>J 099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 27点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 100 副鼻腔手術後の処置（片側） 45点</p> <p>注 当該処置と同一日に行われた区分番号J 097-2に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 101 鼓室穿刺（片側） 50点</p> <p>J 102 上顎洞穿刺（片側） 60点</p>	<p>注2 点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p>

項 目	現 行	改 正
	J 103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。） 180点	
	J 104 唾液腺管洗浄（片側） 60点	
	J 105 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）	
	1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合55点	
	2 1 以外の場合 25点	
	J 106 削除	
	J 107 削除	
	J 108 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの） 240点	
	J 109 鼻咽腔止血法（ペロック止血法） 440点	
	J 110 削除	
	J 111 耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側） 45点	
	J 112 唾液腺管ブジー法（片側） 45点	
	J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）	
	1 片側 100点	
	2 両側 150点	
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
	J 114 ネブライザー 12点	
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	J 115 超音波ネブライザー（1日につき） 24点 （整形外科的処置）	
	J 116 関節穿刺（片側） 100点	
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
	J 116-2 粘（滑）液嚢穿刺注入（片側） 80点	
	J 116-3 ガングリオン穿刺術 80点	
	J 116-4 ガングリオン圧碎法 80点	
	J 117 鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所を1日につき） 50点	
	注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に50点を加算する。	
	注2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	
	J 118 介達牽引（1日につき） 35点	
	注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
	J 118-2 矯正固定（1日につき） 35点	
	注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
	J 118-3 変形機械矯正術（1日につき） 35点	
	注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
	J 119 消炎鎮痛等処置（1日につき）	
	1 マッサージ等の手技による療法 35点	
	2 器具等による療法 35点	
	3 湿布処置 35点	
	注1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。	
	注2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。	
	注3 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は	

項 目	現 行	改 正
	<p>頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。</p> <p>注4 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。</p> <p>J119-2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき） 35点</p> <p>J119-3 低出力レーザー照射（1日につき） 35点</p> <p>J119-4 肛門処置（1日につき） （栄養処置） 24点</p> <p>J120 鼻腔栄養（1日につき） 60点</p> <p>注 区分番号C105又はC109に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。</p> <p>J121 滋養浣腸 45点</p> <p>（ギプス）</p> <p>通則</p> <p>1 既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。</p> <p>2 区分番号J123からJ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。</p> <p>3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。</p>	
	<p>J122 四肢ギプス包帯</p> <p>1 鼻ギプス 310点</p> <p>2 手指及び手、足（片側） 490点</p> <p>3 半肢（片側） 780点</p> <p>4 内反足矯正ギプス包帯（片側） 950点</p> <p>5 上肢、下肢（片側） 1,200点</p> <p>6 体幹より四肢にわたるギプス包帯（片側） 1,700点</p>	<p>310点</p> <p>490点</p> <p>780点</p> <p>950点</p> <p>1,200点</p> <p>6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側） 1,700点</p>
	<p>J123 体幹ギプス包帯 1,250点</p> <p>J124 鎖骨ギプス包帯（片側） 1,250点</p> <p>J125 ギプスベッド 1,400点</p> <p>J126 斜頸矯正ギプス包帯 1,500点</p> <p>J127 先天性股関節脱臼ギプス包帯 2,000点</p> <p>J128 脊椎側弯矯正ギプス包帯 3,000点</p> <p>J129 治療装具の採型ギプス</p> <p>1 義肢装具採型法（1肢につき） 200点</p> <p>2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点</p> <p>3 体幹硬性装具採型法 700点</p> <p>4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点</p> <p>J129-2 練習用仮義足又は仮義手</p> <p>1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点</p> <p>2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点</p> <p>J129-3 義肢装具採寸法（1肢につき） 200点</p> <p>J129-4 治療装具採型法（1肢につき） 700点</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>第2節 処置医療機器等加算</p> <p>J 200 腰部固定帯加算 (初回のみ) 【名称の変更】</p>	<p>J 200 腰部固定帯加算 (初回のみ) 170点</p> <p>J 201 酸素加算 注1 区分番号 J 024から J 028まで及び J 045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。 注2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p>J 200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算 (初回のみ)</p>
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>J 300 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>J 400 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第10部 手術(1) ①新手術項目一覧

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 手術料					
第1款 皮膚・皮下組織					
(皮膚、皮下組織)					
K000	創傷処理			K000	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680	→ 1,680	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,000	→ 2,000	3	
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	→ 470	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	→ 850	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	→ 1,320	6	
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	→ 1,400	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	→ 1,850	3	
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,200	→ 2,200	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	→ 450	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	→ 500	6	
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	→ 950	7	
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	→ 1,450	8	
K001	皮膚切開術			K001	
1	長径10センチメートル未満	470	→ 470	1	
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→ 820	2	
3	長径20センチメートル以上	1,470	→ 1,470	3	
K002	デブリードマン			K002	
1	100平方センチメートル未満	1,020	→ 1,020	1	
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,300	→ 2,300	2	
3	3,000平方センチメートル以上	3,700	→ 4,810	3	
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
1	長径3センチメートル未満	3,480	→ 3,480	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	7,060	→ 9,180	2	
3	長径6センチメートル以上	9,450	→ 14,170	3	
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004	
1	長径3センチメートル未満	2,110	→ 2,110	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	→ 4,360	2	
3	長径6センチメートル以上	5,610	→ 7,290	3	
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
K006-2	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006-3	鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K006-4	3 長径6センチメートル以上 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	4,160	→ 4,160	K006-4	
	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	→ 1,280		
	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→ 2,050		
	3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性 又は悪性皮膚腫瘍	3,230	→ 3,230		
K007	4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 皮膚悪性腫瘍切除術	4,160	→ 4,160	K007	
	1 広汎切除	18,000	→ 21,700		
K008	2 単純切除	11,000	→ 11,000	K008	
	1 腋臭症手術				
K008	1 皮弁法	5,730	→ 5,730	K008	
	2 皮膚有毛部切除術	3,000	→ 3,000		
	3 その他のもの	1,660	→ 1,660		
(形成)					
K009	皮膚剥削術			K009	
	1 25平方センチメートル未満	1,490	→ 1,490		
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	3,360	→ 4,370		
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	5,360	→ 6,970		
K010	4 200平方センチメートル以上	8,070	→ 10,490	K010	
	1 瘢痕拘縮形成手術				
K010	1 顔面	9,740	→ 9,740	K010	
	2 その他	8,060	→ 8,060		
K011	顔面神経麻痺形成手術			K011	
	1 静的なもの	14,700	→ 14,700		
K011	2 動的なもの	26,000	→ 39,000	K011	
	1 削除				
K012	削除			K012	
K013	分層植皮術			K013	
	1 25平方センチメートル未満	5,000	→ 3,330		
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,000	→ 4,590		
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→ 6,660		
K013-2	4 200平方センチメートル以上	13,000	→ 20,150	K013-2	
	1 全層植皮術				
K013-2	1 25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	K013-2	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→ 12,500		
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	20,000	→ 21,700		
	4 200平方センチメートル以上	30,000	→ 31,350		
K014	皮膚移植術(生体・培養)	4,700	→ 4,700	K014	【名称の見直し】
	皮膚移植術(死体)				
	200平方センチメートル未満	-	→ 5,190		
	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	-	→ 6,920		
	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未 満	-	→ 10,380		
	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未 満	-	→ 25,320		
K015	3,000平方センチメートル以上	-	→ 28,930	K015	
	1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				
	1 25平方センチメートル未満	3,760	→ 3,760		
K015	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,830	→ 8,800	K015	
	3 100平方センチメートル以上	10,400	→ 15,600		
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	→ 32,850	K016	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	43,000	→ 64,500	K017	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	11,700	→ 11,700	K019	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	49,200	→ 73,800	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
	1 4平方センチメートル未満	5,010	→ 5,010		
K021-2	2 4平方センチメートル以上	5,500	→ 5,500	K021-2	
	1 粘膜弁手術				
K021-2	1 4平方センチメートル未満	6,860	→ 8,920	K021-2	
	2 4平方センチメートル以上	7,250	→ 9,430		
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	10,400	→ 13,520	K022	
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
1	大腿	16,200	→ 21,060	1	
2	下腿	11,300	→ 14,690	2	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹					
(筋膜、筋、腱、腱鞘)					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024	筋切離術	2,370	→ 2,370	K024	
K025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 3,390	K025	
K026	股関節筋群解離術	9,340	→ 9,340	K026	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700	→ 16,700	K026-2	
K027	筋炎手術			K027	
1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→ 2,060	1	
2	その他の筋	1,210	→ 1,210	2	
K028	腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）	2,050	→ 2,050	K028	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	K029	
K030	四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術			K030	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹	6,060	→ 6,060	1	
2	手、足	3,750	→ 3,750	2	
K031	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹	12,200	→ 15,860	1	
2	手、足	10,200	→ 10,200	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
1	指（手、足）	6,070	→ 6,070	1	
2	その他のもの	8,180	→ 8,180	2	
K034	腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）	3,300	→ 3,300	K034	
K035	腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）	6,760	→ 8,790	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 6,760	K035-2	
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	6,700	→ 8,710	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	6,700	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	6,910	→ 8,980	K038	
K039	腱移植術（人工腱形成術を含む。）			K039	
1	指（手、足）	8,050	→ 10,470	1	
2	その他のもの	10,700	→ 13,910	2	
K040	腱移行術			K040	
1	指（手、足）	8,050	→ 10,470	1	
2	その他のもの	10,700	→ 13,910	2	
	指伸筋腱脱臼観血的整復術	-	→ 10,470	K040-2	【新設】
K041	削除			K041	
(四肢骨)					
K042	骨穿孔術	1,730	→ 1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-3	骨髄炎手術（骨結核手術を含む。）			K043-3	【名称の見直し】
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K044	骨折非観血的整復術			K044	
1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	1	
2	前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→ 1,440	3	
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
1	肩甲骨、上腕、大腿	4,400	→ 5,430	1	
2	前腕、下腿	3,600	→ 3,600	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	1,660	→ 1,660	3	
K046	骨折観血的手術			K046	
1	肩甲骨、上腕、大腿	12,800	→ 14,470	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	前腕、下腿、手舟状骨	8,760	→ 11,390	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	5,610	→ 7,290	3	
K047	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500	→ 12,500	K047	
K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500	→ 12,500	K047-2	
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	5,000	→ 5,000	K047-3	
K048	骨内異物（挿入物を含む。）除去術			K048	
1	頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	4,650	→ 6,050	1	
2	前腕、下腿	4,180	→ 4,180	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	2,900	→ 2,900	3	
K049	骨部分切除術			K049	
1	肩甲骨、上腕、大腿	4,540	→ 5,900	1	
2	前腕、下腿	4,410	→ 4,410	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,280	→ 3,280	3	
K050	腐骨摘出術			K050	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,850	→ 11,510	1	
2	前腕、下腿	6,170	→ 8,020	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420	3	
K051	骨全摘術			K051	
1	肩甲骨、上腕、大腿	16,500	→ 21,450	1	
2	前腕、下腿	7,720	→ 10,040	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,970	→ 5,160	3	
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	3,970	→ 5,160	K051-2	
K052	骨腫瘍切除術			K052	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340	→ 3,340	3	
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340	→ 3,340	3	
K052-3	多発性骨腫摘出術			K052-3	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340	→ 3,340	3	
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
1	肩甲骨、上腕、大腿	19,200	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿	17,700	→ 20,200	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	11,600	→ 14,470	3	
K054	骨切り術			K054	
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,800	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿	12,200	→ 15,860	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	6,100	→ 6,100	3	
K055	削除			K055	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	30,000	→ 33,900	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	25,000	→ 28,900	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
1	肩甲骨、上腕、大腿	16,900	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿、手舟状骨	15,400	→ 20,020	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	8,580	→ 11,150	3	
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
1	肩甲骨、上腕、大腿	18,500	→ 24,050	1	
2	前腕、下腿	16,300	→ 21,190	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	9,330	→ 12,130	3	
K058	骨長調整手術			K058	
1	骨端軟骨発育抑制術	9,670	→ 12,570	1	
2	骨短縮術	8,850	→ 11,510	2	
3	骨延長術（指（手、足））	12,000	→ 12,610	3	
4	骨延長術（指（手、足）以外）	15,800	→ 20,540	4	
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む。）			K059	
1	自家骨移植	8,300	→ 10,790	1	
2	同種骨移植（生体）	9,100	→ 12,870	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	同種骨移植（非生体）	9,900	→ 11,830	3	
(四肢関節、靱帯)					
K060	関節切開術			K060	
1	肩、股、膝	2,770	→ 2,770	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	2	
3	肩鎖、指（手、足）	680	→ 680	3	
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	→ 2,770	K060-2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
1	肩、股、膝	15,400	→ 15,400	1	
2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 10,100	2	
3	肩鎖、指（手、足）	3,330	→ 3,330	3	
K061	関節脱臼非観血的整復術			K061	
1	肩、股、膝	1,580	→ 1,580	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,000	→ 1,000	2	
3	肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	800	→ 800	3	
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）			K062	
1	リーメンビュージェル法	1,580	→ 2,050	1	
2	その他	2,270	→ 2,950	2	
K063	関節脱臼観血的整復術			K063	
1	肩、股、膝	18,500	→ 21,700	1	
2	胸鎖、肘、手、足	12,800	→ 14,470	2	
3	肩鎖、指（手、足）	8,920	→ 11,600	3	
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	12,500	→ 16,250	K064	
K065	関節内異物（挿入物を含む。）除去術			K065	【名称の見直し】
1	肩、股、膝	7,350	→ 9,560	1	
2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600	2	
3	肩鎖、指（手、足）	2,950	→ 2,950	3	
K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術			K065-2	【名称の見直し】
1	肩、股、膝	11,700	→ 11,700	1	
2	胸鎖、肘、手、足	7,900	→ 9,460	2	
3	肩鎖、指（手、足）	6,100	→ 6,100	3	
K066	関節滑膜切除術			K066	
1	肩、股、膝	10,500	→ 13,650	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 9,800	2	
3	肩鎖、指（手、足）	6,500	→ 6,500	3	
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	【名称の見直し】
1	肩、股、膝	13,800	→ 13,800	1	
2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 13,100	2	
3	肩鎖、指（手、足）	9,500	→ 12,350	3	
K066-3	滑液膜摘出術			K066-3	
1	肩、股、膝	10,500	→ 13,650	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 9,800	2	
3	肩鎖、指（手、足）	6,500	→ 6,500	3	
K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	【名称の見直し】
1	肩、股、膝	13,800	→ 13,800	1	
2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 13,100	2	
3	肩鎖、指（手、足）	9,500	→ 12,350	3	
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	9,800	→ 9,800	K066-5	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	13,100	→ 13,100	K066-6	【名称の見直し】
K066-7	掌指関節滑膜切除術	6,500	→ 6,500	K066-7	
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	9,500	→ 12,350	K066-8	【名称の見直し】
K067	関節鼠摘出手術			K067	
1	肩、股、膝	10,000	→ 10,000	1	
2	胸鎖、肘、手、足	8,680	→ 8,680	2	
3	肩鎖、指（手、足）	3,970	→ 3,970	3	
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術			K067-2	【名称の見直し】
1	肩、股、膝	14,100	→ 14,100	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,300	→ 14,690	2	
3	肩鎖、指（手、足）	7,100	→ 9,230	3	
K068	半月板切除術	8,800	→ 8,800	K068	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	11,100	→ 12,610	K068-2	【名称の見直し】
K069	半月板縫合術	9,800	→ 9,800	K069	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	9,000	→ 11,700	K069-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	12,700	→ 14,470	K069-3	【名称の見直し】
K070	ガングリオン摘出術			K070	
1	手、足、指（手、足）	3,050	→ 3,050	1	
2	その他（ヒグローム摘出術を含む。）	3,190	→ 3,190	2	
K071	削除			K071	
K072	関節切除術			K072	
1	肩、股、膝	11,400	→ 14,820	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,510	→ 12,360	2	
3	肩鎖、指（手、足）	4,360	→ 4,360	3	
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝	16,800	→ 16,800	1	
2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 13,130	2	
3	肩鎖、指（手、足）	6,140	→ 7,980	3	
K074	靱帯断裂縫合術			K074	
1	十字靱帯	10,100	→ 13,130	1	
2	膝側副靱帯	9,800	→ 12,740	2	
3	指（手、足）その他の靱帯	6,450	→ 6,450	3	
K074-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術			K074-2	【名称の見直し】
1	十字靱帯	13,000	→ 16,900	1	
2	膝側副靱帯	12,700	→ 12,700	2	
3	指（手、足）その他の靱帯	9,300	→ 12,090	3	
K075	非観血的関節授動術			K075	
1	肩、股、膝	1,320	→ 1,320	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260	2	
3	肩鎖、指（手、足）	490	→ 490	3	
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	26,500	→ 38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	16,900	→ 21,700	2	
3	肩鎖、指（手、足）	6,510	→ 8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	16,200	→ 21,060	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,210	→ 11,970	2	
3	肩鎖、指（手、足）	4,270	→ 5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	18,400	→ 18,400	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,000	→ 14,300	2	
3	肩鎖、指（手、足）	5,540	→ 5,540	3	
K079	靱帯断裂形成手術			K079	
1	十字靱帯	18,700	→ 21,700	1	
2	膝側副靱帯	11,500	→ 14,470	2	
3	指（手、足）その他の靱帯	9,680	→ 12,580	3	
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術			K079-2	【名称の見直し】
1	十字靱帯	20,800	→ 31,200	1	
2	膝側副靱帯	13,500	→ 13,500	2	
3	指（手、足）その他の靱帯	11,900	→ 12,610	3	
K080	関節形成手術			K080	
1	肩、股、膝	26,500	→ 39,750	1	
2	胸鎖、肘、手、足	17,600	→ 21,700	2	
3	肩鎖、指（手、足）	8,130	→ 10,570	3	
K080-2	内反足手術	17,600	→ 25,930	K080-2	
	肩腱板断裂手術	-	→ 18,700	K080-3	【新設】
	関節鏡下肩腱板断裂手術	-	→ 27,040	K080-4	
K081	人工骨頭挿入術			K081	
1	肩、股	15,000	→ 15,000	1	
2	肘、手、足	11,600	→ 14,470	2	
3	指（手、足）	5,370	→ 6,980	3	
K082	人工関節置換術			K082	
1	肩、股、膝	22,300	→ 28,990	1	
2	胸鎖、肘、手、足	17,500	→ 21,700	2	
3	肩鎖、指（手、足）	7,880	→ 10,240	3	
K082-2	人工関節除去術			K082-2	
1	肩、股、膝	15,500	→ 23,250	1	
2	胸鎖、肘、手、足	12,200	→ 15,860	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	肩鎖、指(手、足)	8,250	→ 10,730	3	
K082-3	人工関節再置換術			K082-3	
1	肩、股、膝	33,900	→ 50,850	1	
2	胸鎖、肘、手、足	26,300	→ 26,300	2	
3	肩鎖、指(手、足)	11,800	→ 15,340	3	
K083	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	→ 2,030	K083	
K083-2	内反足足板挺子固定	2,030	→ 2,030	K083-2	
(四肢切断、離断、再接合)					
K084	四肢切断術			K084	
1	肩甲帯	21,600	→ 28,080	1	
2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	14,400	→ 18,710	2	
3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K084-2	肩甲帯離断術	21,600	→ 28,080	K084-2	
K085	四肢関節離断術			K085	
1	肩、股、膝	15,400	→ 20,020	1	
2	肘、手、足	10,100	→ 10,100	2	
3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K086	断端形成術(軟部形成のみのもの)			K086	
1	指(手、足)	2,770	→ 2,770	1	
2	その他	3,300	→ 3,300	2	
K087	断端形成術(骨形成を要するもの)			K087	
1	指(手、足)	6,100	→ 6,100	1	
2	その他	8,760	→ 8,760	2	
K088	切断四肢再接合術			K088	
1	四肢	64,400	→ 96,600	1	
2	指(手、足)	36,400	→ 54,600	2	
(手、足)					
K089	爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090	ひょう疽手術			K090	
1	軟部組織のもの	990	→ 990	1	
2	骨、関節のもの	1,280	→ 1,280	2	
K090-2	風棘手術	990	→ 990	K090-2	
K091	陥入爪手術			K091	
1	簡単なもの	1,400	→ 1,400	1	
2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490	2	
K092	削除			K092	
K093	手根管開放手術	4,110	→ 4,110	K093	
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	7,100	→ 9,230	K093-2	
K094	足三関節固定(ランプリスディ)手術	15,000	→ 19,500	K094	
K095	削除			K095	
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	→ 2,750	K096	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097	
K098	手掌屈筋腱縫合術	6,560	→ 8,530	K098	
K099	指癒着拘縮手術	5,290	→ 5,290	K099	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術			K099-2	
1	1指	6,170	→ 8,020	1	
2	2指から3指	13,300	→ 17,290	2	
3	4指以上	17,600	→ 22,880	3	
K100	多指症手術			K100	
1	軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	7,840	→ 10,190	2	
K101	合指症手術			K101	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→ 5,630	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	→ 10,700	2	
K101-2	指癒着症手術			K101-2	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→ 5,630	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	→ 10,700	2	
K102	巨指症手術			K102	
1	軟部形成のみのもの	6,410	→ 6,410	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 11,840	2	
K103	屈指症手術、斜指症手術			K103	
1	軟部形成のみのもの	6,810	→ 8,850	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 11,840	2	
K104	削除			K104	
K105	裂手、裂足手術	15,000	→ 19,500	K105	
K106	母指化手術	16,600	→ 24,900	K106	
K107	指移植手術	42,500	→ 63,750	K107	
K108	母指対立再建術	9,850	→ 12,810	K108	
K109	神経血管柄付植皮術（手、足）	21,100	→ 31,650	K109	
K110	第四足指短縮症手術	9,060	→ 9,060	K110	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	9,060	→ 9,060	K110-2	
K111	削除			K111	
(脊柱、骨盤)					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	3,590	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	6,860	→ 8,920	K113	
K114及び K115	削除			K114及び K115	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	10,400	→ 13,520	K116	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K117	
K117-2	頸椎非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K117-2	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	1,980	→ 2,570	K117-3	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	18,900	→ 21,700	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	17,400	→ 18,710	K119	
K120	恥骨結合離開観血的手術	6,430	→ 6,430	K120	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→ 1,580	K120-2	
K121	骨盤骨折非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K121	
K122及び K123	削除			K122及び K123	
K124	腸骨翼骨折観血的手術	9,320	→ 12,120	K124	
K125	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折を除く。）	18,800	→ 22,450	K125	
K126	脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）			K126	
1	棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	1	
2	その他のもの	3,470	→ 4,510	2	
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	7,550	→ 9,820	K128	
K129及び K130	削除			K129及び K130	
K131	椎弓切除術	12,100	→ 12,100	K131	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100	→ 12,100	K131-2	
K132	椎弓形成手術	19,100	→ 21,700	K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	17,000	→ 22,100	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
1	前方摘出術	20,600	→ 26,780	1	
2	後方摘出術	17,200	→ 18,090	2	
3	側方摘出術	17,100	→ 21,700	3	
4	経皮的髓核摘出術	10,100	→ 12,930	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術			K134-2	
1	前方摘出術	33,600	→ 50,400	1	
2	後方摘出術	17,200	→ 25,800	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	19,700	→ 25,610	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	31,100	→ 46,650	K136	
K137	骨盤切断術	32,900	→ 37,420	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
1	神経処置を伴うもの	15,800	→ 20,540	1	
2	その他のもの	9,770	→ 12,700	2	
K139	脊椎骨切り術	26,900	→ 40,350	K139	
K140	骨盤骨切り術	19,900	→ 25,870	K140	
K141	白蓋形成手術	16,700	→ 21,710	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	28,000	→ 28,000	K141-2	
K142	脊椎固定術			K142	
1	前方椎体固定	34,800	→ 37,240	1	
2	後方又は後側方固定	25,100	→ 29,900	2	
3	後方椎体固定	34,800	→ 37,420	3	
4	前方後方同時固定	50,000	→ 75,000	4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K142-2	脊椎側彎症手術	34,800	→ -	K142-2	【項目の見直し】
	固定術	-	→ 37,420	K142-2 1	
	矯正術			2	
	初回挿入	-	→ 112,260	イ	
	交換術	-	→ 37,420	ロ	
	伸展術	-	→ 20,540	ハ	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	45,300	→ 67,940	K142-3	
K143	仙腸関節固定術	21,900	→ 22,450	K143	
K144	体外式脊椎固定術	22,000	→ 22,000	K144	
第3款 神経系・頭蓋					
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。					
(頭蓋、脳)					
K145	穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146	頭蓋開溝術	8,540	→ 11,100	K146	
K147	穿頭術（トレパナチオン）	1,840	→ 1,840	K147	
K148	試験開頭術	9,380	→ 12,190	K148	
K149	減圧開頭術			K149	
1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	21,300	→ 21,700		1
2	その他の場合	14,200	→ 18,460		2
K150	脳膿瘍排膿術	15,700	→ 18,090	K150	
K151	削除			K151	
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	102,000	→ 142,380	K151-2	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	29,300	→ 38,090	K152	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	29,300	→ 38,090	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	27,200	→ 35,360	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
1	片側の場合	26,300	→ 39,450		1
2	両側の場合	35,000	→ 52,500		2
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術）	58,500	→ 87,750	K154-2	
K155	脳切截術（開頭して行うもの）	8,060	→ 10,480	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	21,000	→ 31,500	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	19,100	→ 24,830	K157	
K158	視神経管開放術	20,800	→ 27,040	K158	
K159	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）	26,000	→ 39,000	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	26,000	→ 39,000	K159-2	
K160	脳神経手術（開頭して行うもの）	23,000	→ 28,940	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	25,300	→ 37,950	K160-2	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	13,900	→ 18,070	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	18,500	→ 24,050	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→ 8,450	K163	
K164	頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）			K164	
1	硬膜外のもの	24,400	→ 28,440		1
2	硬膜下のもの	24,900	→ 28,940		2
3	脳内のもの	33,200	→ 36,170		3
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
K164-3	脳血管塞栓（血栓）摘出術	24,400	→ 28,890	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	12,200	→ 15,860	K164-4	
K165	脳内異物摘出術	27,000	→ 35,100	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	21,600	→ 28,080	K166	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	32,900	→ 49,350	K167	
K168	脳切除術	20,800	→ 27,040	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
1	松果体部腫瘍	83,500	→ 116,670		1
2	その他のもの	82,000	→ 92,860		2
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	50,700	→ 76,050	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800	→ 83,700	K171	
K172	脳動静脈奇形摘出術	85,200	→ 127,800	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	18,500	→ 24,050	K173	
K174	水頭症手術			K174	
1	脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	21,800	→ 32,700		1
2	シャント手術	18,700	→ 18,700		2
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
1	1 箇所	42,200	→ 54,860	1	
2	2 箇所以上	55,800	→ 72,340	2	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）			K176	
1	1 箇所	44,400	→ 66,600	1	
2	2 箇所以上	61,300	→ 91,950	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
1	1 箇所	72,000	→ 103,710	1	
2	2 箇所以上	85,600	→ 128,400	2	
K178	脳血管内手術	40,900	→ -	K178	【項目の見直し】
	1 箇所	-	→ 61,350	1	
	2 箇所以上	-	→ 81,800	2	
K178-2	経皮的脳血管形成術	22,100	→ 33,150	K178-2	
K178-3	経皮的選択的脳血栓栓・塞栓溶解術			K178-3	【名称の見直し】
1	頭蓋内脳血管の場合	15,500	→ 23,250	1	
2	頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）	11,100	→ 14,430	2	
K179	髄液漏閉鎖術	23,300	→ 30,290	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
1	頭蓋骨のみのもの	9,730	→ 12,650	1	
2	硬膜形成を伴うもの	14,000	→ 18,200	2	
3	骨移動を伴うもの	21,000	→ 31,500	3	
K181	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）			K181	
1	片側の場合	26,300	→ 39,450	1	
2	両側の場合	35,000	→ 52,500	2	
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050	→ 12,070	K181-2	
K181-3	頭蓋内電極除去術	9,380	→ 12,880	K181-3	
(脊髄、末梢神経、交感神経)					
K182	神経縫合術			K182	
1	指（手、足）	9,720	→ 12,640	1	
2	その他のもの	14,500	→ 18,850	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
1	指（手、足）	20,600	→ 27,940	1	
2	その他のもの	25,400	→ 38,100	2	
K183	脊髄硬膜切開術	13,900	→ 18,070	K183	
K184	減圧脊髄切開術	14,500	→ 18,850	K184	
K185	脊髄切截術	20,800	→ 27,040	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	20,800	→ 27,040	K186	
K187	脊髄視床路切截術	21,800	→ 28,340	K187	
K188	神経剥離術	10,900	→ 10,900	K188	
K189	脊髄ドレナージ術	340	→ 340	K189	
K190	脊髄刺激装置植込術	17,900	→ 26,850	K190	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050	→ 10,470	K190-2	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置術	15,000	→ 22,500	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術	3,000	→ 3,900	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填	320	→ 500	K190-5	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
1	髄外のもの	36,700	→ 55,050	1	
2	髄内のもの	54,500	→ 78,820	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	56,700	→ 78,820	K192	
K193	神経腫切除術			K193	
1	指（手、足）	5,770	→ 5,770	1	
2	その他のもの	9,020	→ 9,020	2	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）			K193-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）			K193-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K194	神経捻除術			K194	
1	後頭神経	4,410	→ 4,410	1	
2	上眼窩神経	4,410	→ 4,410	2	
3	眼窩下神経	4,410	→ 4,410	3	
4	おとがい神経	4,410	→ 4,410	4	
5	下顎神経	6,170	→ 6,170	5	
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195	交感神経切除術			K195	
1	頸動脈周囲	6,500	→ 6,500	1	
2	股動脈周囲	6,170	→ 6,170	2	
K195-2	尾動脈腺摘出術	6,170	→ 6,170	K195-2	
K196	交感神経節切除術			K196	
1	頸部	14,000	→ 18,200	1	
2	胸部	14,000	→ 14,000	2	
3	腰部	9,610	→ 12,490	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500	→ 18,500	K196-2	
K196-3	ストッフエル手術	9,610	→ 9,610	K196-3	
K196-4	閉鎖神経切断術	9,610	→ 9,610	K196-4	
K196-5	末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）	9,610	→ 9,610	K196-5	
K197	神経移行術	18,200	→ 18,200	K197	
K198	神経移植術	17,800	→ 18,090	K198	
第4款 眼					
(涙道)					
K199	涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術	630	→ 630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術	1,810	→ 1,810	K202	
K203	涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	14,500	→ 21,750	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	8,580	→ 12,870	K206	
(眼瞼)					
K207	瞼縁縫合術（瞼板縫合術を含む。）	1,580	→ 1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
K209-2	外眥切開術	470	→ 470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術（毛根破壊）	560	→ 560	K211	
K212	兔眼矯正術	5,150	→ 5,150	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	K214	
K215	瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）	1,580	→ 1,580	K215	
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→ 5,140	K215-2	
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	→ 9,150	K216	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	→ 1,660	K217	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 2,820	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
1	眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
2	筋膜移植法	9,500	→ 14,250	2	
3	その他のもの	6,070	→ 6,070	3	
(結膜)					
K220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
1	少数のもの（1眼瞼ごと）	260	→ 260	1	
2	多数のもの	390	→ 390	2	
K222	結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
1	部分形成	2,460	→ 2,460	1	
2	皮膚及び結膜の形成	6,980	→ 10,470	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	全部形成（皮膚又は粘膜の移植を含む。）	8,580	→ 12,870	3	
K 223-2	内眦形成術	8,580	→ 12,870	K 223-2	
K 224	翼状片手術（弁の移植を要するもの）	4,130	→ 4,130	K 224	
K 225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K 225	
K 225-2	結膜腫瘍摘出術	6,890	→ 6,890	K 225-2	
K 225-3	結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K 225-3	
(眼窩、涙腺)					
K 226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K 226	
K 227	眼窩骨折視血の手術（眼窩ブローアウト骨折手術を含む。）	8,840	→ 11,490	K 227	
K 228	眼窩骨折整復術	13,600	→ 20,400	K 228	
K 229	眼窩内異物除去術（表在性）	5,670	→ 7,370	K 229	
K 230	眼窩内異物除去術（深在性）			K 230	
1	視神経周囲、眼窩尖端	12,800	→ 19,200	1	
2	その他	7,880	→ 10,240	2	
K 231 及び				K 231 及び	
K 232	削除			K 232	
K 233	眼窩内容除去術	8,710	→ 13,060	K 233	
K 234	眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	4,520	→ 5,880	K 234	
K 235	眼窩内腫瘍摘出術（深在性）	20,100	→ 30,150	K 235	
K 236	眼窩悪性腫瘍手術	24,800	→ 37,200	K 236	
K 237	眼窩縁形成手術（骨移植によるもの）	11,800	→ 17,700	K 237	
(眼球、眼筋)					
K 238	削除			K 238	
K 239	眼球内容除去術	3,020	→ 3,930	K 239	
K 240	削除			K 240	
K 241	眼球摘出術	2,820	→ 3,670	K 241	
K 242	斜視手術			K 242	
1	前転法	4,280	→ 4,280	1	
2	後転法	4,200	→ 4,200	2	
3	前転法及び後転法の併施	8,440	→ 8,440	3	
4	斜筋手術	6,610	→ 8,590	4	
5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,430	→ 9,460	5	
K 243	義眼台包埋術	3,950	→ 5,140	K 243	
K 244	眼筋移動術	12,400	→ 18,600	K 244	
K 245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	4,340	→ 5,640	K 245	
(角膜、強膜)					
K 246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K 246	
K 247	削除			K 247	
K 248	角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980	→ 980	K 248	
K 248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	980	→ 980	K 248-2	
K 249	角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K 249	
K 250	角膜切開術	990	→ 990	K 250	
K 251	削除			K 251	
K 252	角膜・強膜異物除去術	650	→ 650	K 252	
K 253	削除			K 253	
K 254	治療的角膜切除術	2,650	→ -	K 254	【名称の見直し】 【項目の見直し】
	エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	-	→ 10,000	1	
	その他のもの	-	→ 2,650	2	
K 255	強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	→ 7,700	K 255	
K 256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K 256	
K 257	角膜表層除去併用結膜被覆術	4,090	→ 5,320	K 257	
K 258	削除			K 258	
K 259	角膜移植術	39,800	→ 54,800	K 259	
K 260	強膜移植術	12,700	→ 14,470	K 260	
K 261	角膜形成手術	2,350	→ 3,060	K 261	
K 262	削除			K 262	
(ぶどう膜)					
K 263 及び				K 263 及び	
K 264	削除			K 264	
K 265	虹彩腫瘍切除術	7,490	→ 11,230	K 265	
K 266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	11,900	→ 17,850	K 266	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K267	削除			K267	
K268	緑内障手術			K268	
1	虹彩切除術	4,740	→ 4,740	1	
2	流出路再建術	14,200	→ 21,300	2	
3	濾過手術	21,000	→ 25,930	3	
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,700	→ 4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	K270	
K271	毛様体光凝固術	2,760	→ 3,590	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	1,660	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
(眼房、網膜)					
K274	前房、虹彩内異物除去術	6,050	→ 7,870	K274	
K275	網膜復位術	21,400	→ 32,100	K275	
K276	網膜光凝固術			K276	
1	通常のもの（一連につき）	11,200	→ 11,200	1	
2	その他特殊なもの（一連につき）	18,100	→ 18,100	2	
K277	網膜冷凍凝固術	10,500	→ 15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	39,600	→ 39,600	K277-2	
(水晶体、硝子体)					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279	硝子体切除術	11,000	→ 16,500	K279	
K280	硝子体茎顕微鏡下離断術			K280	
1	網膜付着組織を含むもの	24,500	→ 36,750	1	
2	その他のもの	20,500	→ 30,750	2	
K281	増殖性硝子体網膜症手術	38,600	→ 51,850	K281	
K282	水晶体再建術			K282	
1	眼内レンズを挿入する場合	12,100	→ 12,100	1	
2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
K282-2	後発白内障手術	1,520	→ 1,520	K282-2	
K283	削除			K283	
K284	硝子体置換術	4,080	→ 5,300	K284	
第5款 耳鼻咽喉					
(外耳)					
K285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
1	単純なもの	220	→ 220	1	
2	複雑なもの	790	→ 790	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,000	→ 3,000	K287	
K288	副耳（介）切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290	外耳道骨增生（外骨腫）切除術	5,900	→ 5,900	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	5,900	→ 5,900	K290-2	
K291	耳介腫瘍摘出術	4,090	→ 5,320	K291	
K292	外耳道腫瘍摘出術（外耳道真珠腫手術を含む。）	5,020	→ 5,020	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,000	→ 12,610	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）	23,400	→ 23,400	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 2,570	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
1	耳介軟骨形成を要するもの	8,620	→ 11,210	1	
2	耳介軟骨形成を要しないもの	5,270	→ 6,850	2	
K297	外耳道形成手術	9,200	→ 11,960	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	17,400	→ 22,620	K298	【名称の見直し】
K299	小耳症手術			K299	
1	軟骨移植による耳介形成手術	31,900	→ 47,850	1	
2	耳介挙上	7,270	→ 9,450	2	
(中耳)					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	3,590	→ 4,670	K301	
K302	上鼓室開放術	5,100	→ 6,630	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	10,600	→ 13,780	K303	
K304	乳突洞開放術（アントロトミー）	5,240	→ 6,810	K304	
K305	乳突切開術	10,500	→ 13,650	K305	
K306	錐体部手術	19,600	→ 25,480	K306	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,090	1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,090	1,420	K308-2	
K309	鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	2,670	2,670	K309	
K310	乳突充填術	4,790	4,790	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）	1,580	1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室内芽切除術	2,320	3,020	K312	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	20,100	26,130	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
1	切除	27,300	27,300	1	
2	側頭骨摘出術	52,800	52,800	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	8,490	K315	
K316	S状洞血栓（静脈炎）手術	13,300	17,290	K316	
K317	中耳根本手術	18,200	23,660	K317	
K318	鼓膜形成手術	17,200	17,200	K318	
K319	鼓室形成手術	32,900	32,900	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	27,000	K320	【名称の見直し】
(内耳)					
K321	内耳開窓術	17,800	26,700	K321	
K322	経迷路の内耳道開放術	36,800	55,200	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	21,500	21,700	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
1	部分摘出（膜迷路摘出術を含む。）	14,500	18,850	1	
2	全摘出	26,900	38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	17,300	18,920	K327	
K328	人工内耳埋込術	30,400	32,290	K328	
(鼻)					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	900	K331-2	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	1,640	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,380	5,380	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	11,300	14,690	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,110	2,110	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術（スツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	2,110	2,110	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,110	2,110	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	3,190	K337	
K338	鼻甲介切除術	1,520	-	K338	【項目の見直し】
	高周波電気凝固法によるもの	-	900	1	
	その他のもの	-	1,520	2	
K338-2	鼻甲介切除術（高周波電気凝固法によるもの）	900	削除	K338-2	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,590	2,590	K339	
K340	鼻茸摘出術	1,680	1,680	K340	
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	5,280	K340-2	
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	3,020	K341	
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	10,850	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
1	切除	17,000	17,000	1	
2	全摘	34,700	34,700	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	15,700	20,410	K344	【名称の見直し】
K345	萎縮性鼻炎手術（両側）	10,800	14,040	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	
1	単純なもの（膜性閉鎖）	2,800	2,800	1	
2	複雑なもの（骨性閉鎖）	16,000	20,800	2	
K347	鼻中隔矯正術	5,280	5,280	K347	
K347-2	変形外鼻手術	10,200	12,610	K347-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(副鼻腔)					
K348	削除			K348	
K349	上顎洞開窓術	2,000	→ 2,000	K349	
K350	前頭洞充填術	6,510	→ 8,460	K350	
K351	上顎洞血腫腫手術	8,000	→ 10,400	K351	
K352	上顎洞根治手術	5,120	→ 5,120	K352	
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	→ 5,120	K352-2	
K352-3	副鼻腔炎術後後出血止血法	5,120	→ 5,120	K352-3	
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	→ 7,230	K353	
K354	篩骨洞根治手術	9,210	→ 11,970	K354	
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	→ 7,430	K355	
K356	前頭洞根治手術	9,640	→ 12,530	K356	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	4,910	→ 4,910	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	→ 14,500	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	13,800	→ 14,470	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	13,900	→ 14,470	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	→ 16,200	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	16,200	→ 18,090	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	15,400	→ 20,020	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	15,900	→ 20,670	K363	
K364	汎副鼻腔根本手術	22,300	→ 22,300	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	17,100	→ 21,700	K365	【名称の見直し】
K366	削除			K366	
(咽頭、扁桃)					
K367	咽後膿瘍切開術	1,460	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,410	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
1	簡単なもの	420	→ 420	1	
2	複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
1	経口腔によるもの	3,430	→ 3,430	1	
2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 3,890	2	
3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 6,360	3	
4	外切開によるもの	11,600	→ 11,600	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
1	経口腔によるもの	3,430	→ 3,430	1	
2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 3,890	2	
3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 6,360	3	
4	外切開によるもの	11,600	→ 11,600	4	
K372	中咽頭腫瘍摘出術			K372	
1	経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	1	
2	外切開によるもの	11,100	→ 11,100	2	
K373	下咽頭腫瘍摘出術			K373	
1	経口腔によるもの	5,610	→ 5,610	1	
2	外切開によるもの	11,400	→ 11,400	2	
K374	咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→ 23,800	K374	
K375	鼻咽腔線維腫手術			K375	
1	切除	4,750	→ 6,180	1	
2	摘出	18,600	→ 24,180	2	
K375-2	鼻咽腔閉鎖術	12,800	→ 16,640	K375-2	
K376	上咽頭悪性腫瘍手術	21,400	→ 21,700	K376	
K377	口蓋扁桃手術			K377	
1	切除	1,430	→ 1,430	1	
2	摘出	3,600	→ 3,600	2	
K378	舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	K378	
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	【新設】
	経頸部によるもの	-	→ 20,000	1	
	経側頭下窩によるもの (下顎離断によるものを含む。)	-	→ 32,000	2	
	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	【新設】
	経頸部によるもの	-	→ 30,000	1	
	経側頭下窩によるもの (下顎離断によるものを含む。)	-	→ 50,000	2	
K380	過長茎状突起切除術	4,520	→ 4,520	K380	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K381	上咽頭形成手術	7,810	→ 7,810	K381	
K382	咽頭瘻閉鎖術	7,550	→ 9,820	K382	
K382-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	7,550	→ 9,820	K382-2	
(喉頭、気管)					
K383	喉頭切開・截開術	7,940	→ 10,320	K383	【名称の見直し】
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	→ 4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860	→ 2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	→ 3,890	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 11,410	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリリーブ切除術			K389	
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	1	
	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	2	
K390	喉頭異物摘出術			K390	
	1 直達鏡によらないもの	2,920	→ 2,920	1	
	2 直達鏡によるもの	4,040	→ 5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
	1 直達鏡によるもの	4,090	→ 5,320	1	
	2 開胸手術によるもの	22,300	→ 28,990	2	
K392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 2,450	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	→ 2,450	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	1	
	2 直達鏡によるもの	4,310	→ 4,310	2	
K394	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
	1 切除	33,100	→ 33,100	1	
	2 全摘	30,900	→ 40,170	2	
K395	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）	63,300	→ 94,950	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	→ 1,040	K396-2	
K397	喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	7,920	→ 10,300	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
	1 前方開大術	12,600	→ 16,380	1	
	2 前壁形成手術	12,100	→ 15,730	2	
	3 Tチューブ挿入術	6,920	→ 9,000	3	
K399	気管狭窄症手術	19,300	→ 25,090	K399	
K400	喉頭形成手術			K400	
	1 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	12,500	→ 16,250	1	
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	18,300	→ 21,930	2	
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	48,100	→ 58,490	K402	
K403	気管形成手術（管状気管、気管移植等）			K403	
	1 頸部からのもの	25,700	→ 33,410	1	
	2 開胸又は胸骨正中切開によるもの	46,000	→ 58,490	2	
	嚥下機能手術			K403-2	
	輪状咽頭筋切断術	-	→ 14,470	1	
	喉頭挙上術	-	→ 14,130	2	
	喉頭気管分離術	-	→ 21,700	3	
	喉頭全摘術	-	→ 21,700	4	
第6款 顔面・口腔・頸部					
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)					
K404	抜歯手術（1歯につき）			K404	
	1 乳歯	130	→ 130	1	
	2 前歯	150	→ 150	2	
	3 臼歯	260	→ 260	3	
	4 難抜歯	470	→ 470	4	
	5 埋伏歯	1,050	→ 1,050	5	
K405	削除			K405	
K406	口蓋腫瘍摘出術			K406	
	1 口蓋粘膜に限局するもの	400	→ 400	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 407	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720	→ 6,720	K 407	【項目の見直し】
	顎・口蓋裂形成手術				
	1 軟口蓋のみのもの	8,590	→ 11,170		
	2 硬口蓋に及ぶもの	14,300	→ 18,590		
	3 顎裂を伴うもの	14,900	→ -		
K 407-2	片側	-	→ 19,360	イ	
	両側	-	→ 29,040	ロ	
	軟口蓋形成手術	7,800	→ 7,800	K 407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)					
K 408	口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	K 408	
K 409	口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 5,230	K 409	
K 410	口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	K 410	
K 411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K 411	
K 412	頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→ 17,300	K 412	
K 413	舌腫瘍摘出術			K 413	
1	粘液嚢胞摘出術	940	→ 1,220	1	
	2 その他のもの	3,140	→ 3,140	2	
K 414	舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→ 6,550	K 414	
K 414-2	甲状腺舌管嚢胞摘出術	6,550	→ 6,550	K 414-2	
K 415	舌悪性腫瘍手術			K 415	
1	切除	11,700	→ 14,470	1	
	2 亜全摘	32,900	→ 49,350	2	
K 416 及び				K 416 及び	
K 417	削除			K 417	
K 418	舌形成手術（巨舌症手術）	4,490	→ 5,840	K 418	
K 418-2	舌繫帯痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K 418-2	
K 419	頬、口唇、舌小帯形成手術	450	→ 560	K 419	
K 420	削除			K 420	
(顔面)					
K 421	口唇腫瘍摘出術			K 421	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2 その他のもの	3,370	→ 3,370	2	
K 422	口唇悪性腫瘍手術	18,700	→ 21,700	K 422	
K 423	頬腫瘍摘出術			K 423	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2 その他のもの	3,370	→ 3,370	2	
K 424	頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 17,900	K 424	
K 425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	39,600	→ 59,400	K 425	
K 426	口唇裂形成手術（片側）			K 426	
1	口唇のみの場合	7,800	→ 10,140	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	→ 14,470	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	13,100	→ 17,030	3	
	K 426-2 口唇裂形成手術（両側）			K 426-2	
1	口唇のみの場合	11,700	→ 14,470	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	→ 18,300	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	19,700	→ 25,610	3	
(顔面骨、顎関節)					
K 427	頬骨骨折観血的整復術	8,930	→ 11,610	K 427	
K 427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	→ 27,000	K 427-2	
K 428	下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	K 428	
K 429	下顎骨折観血的手術			K 429	
1	片側	10,000	→ 10,000	1	
	2 両側	14,700	→ 19,110	2	
	下顎関節突起骨折観血的手術			K 429-2	【新設】
	片側	-	→ 21,700	1	
	両側	-	→ 36,170	2	
K 430	顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	K 430	
K 431	顎関節脱臼観血的手術	14,100	→ 18,330	K 431	
K 432	上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	K 432	
K 433	上顎骨折観血的手術	9,010	→ 11,710	K 433	
K 434	顔面多発骨折観血的手術	17,700	→ 26,550	K 434	
K 435	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 5,120	K 435	
K 436	顎骨腫瘍摘出術			K 436	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 437	1 長径3センチメートル未満	2,820	→ 2,820	1	
	2 長径3センチメートル以上	8,210	→ 8,210	2	
K 438	下顎骨部分切除術	7,660	→ 9,960	K 437	
K 438	下顎骨離断術	12,100	→ 15,730	K 438	
K 439	下顎骨悪性腫瘍手術			K 439	
K 440	1 切除	18,000	→ 21,700	1	
	2 切断	24,800	→ 28,940	2	
K 440	上顎骨切除術	12,000	→ 12,000	K 440	
K 441	上顎骨全摘術	19,600	→ 25,480	K 441	
K 442	上顎骨悪性腫瘍手術			K 442	
K 443	1 搔爬	4,520	→ 5,880	1	
	2 切除	20,600	→ 21,700	2	
	3 全摘	32,400	→ 37,420	3	
K 443	上顎骨形成術			K 443	
	1 単純な場合	12,500	→ 16,250	1	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600	→ 32,400	2	
3 骨移動を伴う場合	32,400	→ 48,600	3		
K 444	下顎骨形成術			K 444	
	1 おとがい形成の場合	4,990	→ 4,990	1	
	2 短縮又は伸長の場合	13,200	→ 17,160	2	
3 再建の場合	18,500	→ 27,750	3		
K 445	4 骨移動を伴う場合	27,800	→ 41,700	4	
	顎関節形成術	21,600	→ 32,400	K 445	
K 446	顎関節授動術			K 446	
K 447	1 徒手の授動術（バンピングを併用した場合）	990	→ 990	1	
	2 顎関節鏡下授動術	4,320	→ 5,620	2	
	3 開放授動術	13,500	→ 17,550	3	
K 447	顎関節円板整位術			K 447	
	1 顎関節鏡下円板整位術	12,600	→ 14,470	1	
2 開放円板整位術	17,000	→ 21,700	2		
(唾液腺)					
K 448	がま腫切開術	820	→ 820	K 448	
K 449	唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	K 449	
K 450	唾石摘出術			K 450	
K 451	1 表在性のもの	640	→ 640	1	
	2 深在性のもの	3,770	→ 3,770	2	
	3 腺体内に存在するもの	5,540	→ 5,540	3	
K 451	がま腫摘出術	4,580	→ 4,580	K 451	
K 452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 4,610	K 452	
K 453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 7,410	K 453	
K 454	顎下腺摘出術	7,440	→ 7,440	K 454	
K 455	顎下腺悪性腫瘍手術	20,000	→ 21,700	K 455	
K 456	削除			K 456	
K 457	耳下腺腫瘍摘出術			K 457	
K 458	1 耳下腺浅葉摘出術	16,100	→ 20,930	1	
	2 耳下腺深葉摘出術	18,400	→ 23,920	2	
K 458	耳下腺悪性腫瘍手術			K 458	
K 459	1 切除	19,000	→ 21,700	1	
	2 全摘	28,700	→ 28,940	2	
K 459	唾液腺管形成手術	6,720	→ 8,740	K 459	
K 460	唾液腺管移動術			K 460	
K 460	1 上顎洞内へのもの	6,720	→ 8,740	1	
	2 結膜嚢内へのもの	8,320	→ 10,820	2	
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))					
K 461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K 461	
K 462	1 片葉のみの場合	7,500	→ 7,500	1	
	2 両葉の場合	9,000	→ 9,000	2	
K 462	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	→ 16,000	K 462	
K 463	甲状腺悪性腫瘍手術			K 463	
K 464	1 切除	18,600	→ 18,600	1	
	2 全摘及び亜全摘	23,700	→ 23,700	2	
K 464	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K 464	
K 464	1 副甲状腺(上皮小体)摘出術	9,280	→ 12,060	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2 K465	副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植） 副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）	20,000 →	30,000	2 K465	
(その他の頸部)					
K466	斜角筋切断術	3,760 →	3,760	K466	
K467	頸癭、頸嚢摘出術	6,760 →	8,790	K467	
K468	頸肋切除術	6,260 →	8,140	K468	
K469	頸部郭清術			K469	
1	片側	12,400 →	16,120	1	
2	両側	17,100 →	22,230	2	
K470	頸部悪性腫瘍手術	21,200 →	27,560	K470	
K471	筋性斜頸手術	3,720 →	3,720	K471	
第7款 胸部					
(乳腺)					
K472	乳腺腫瘍切開術	820 →	820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
1	長径5センチメートル未満	2,660 →	2,660	1	
2	長径5センチメートル以上	5,180 →	5,180	2	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	9,880 →	9,880	K474-2	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）	3,400 →	4,200	K474-3	
K475	乳房切除術	6,040 →	6,040	K475	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040 →	6,040	K475-2	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			K476	
1	単純乳房切除術（乳腺全摘術）	11,400 →	11,400	1	
2	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	17,000 →	21,700	2	
3	乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	20,000 →	20,000	3	
4	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	27,600 →	29,100	4	
5	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの	29,100 →	29,100	5	
6	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの	24,100 →	29,100	6	
7	拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	34,000 →	36,170	7	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350 →	7,350	K476-2	
K476-3	乳房再建術（乳房切除後）			K476-3	
1	一期的に行うもの	21,900 →	32,850	1	
2	二期的に行うもの	30,000 →	45,000	2	
(胸壁)					
K477	胸壁腫瘍切開術	700 →	700	K477	
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740 →	5,740	K478	
K479	削除			K479	
K480	胸壁冷膿瘍手術	6,020 →	6,020	K480	
K480-2	流注膿瘍切開搔爬術	6,020 →	6,020	K480-2	
K481	肋骨骨折観血的手術	6,020 →	6,020	K481	
K482	肋骨切除術			K482	
1	第1肋骨	10,000 →	13,000	1	
2	その他の肋骨	3,310 →	3,310	2	
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320 →	9,320	K483	
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術			K484	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600 →	36,900	1	
2	その他のもの	19,500 →	21,700	2	
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600 →	36,900	1	
2	その他のもの	19,500 →	21,700	2	
K485	胸壁腫瘍摘出術	10,600 →	10,600	K485	
K486	胸壁瘻手術	14,600 →	18,090	K486	
K487	漏斗胸手術			K487	
1	胸骨拳上法によるもの	19,500 →	21,700	1	
2	胸骨翻転法によるもの	20,100 →	26,130	2	
3	胸腔鏡によるもの	30,200 →	30,200	3	
(胸腔、胸膜)					
K488	試験開胸術	9,070 →	9,070	K488	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K488-2	試験的開胸開腹術	14,600	→ 14,600	K488-2	
K489から K492まで	削除			K489から K492まで	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	14,000	→ 18,090	K493	
K494	胸腔内（胸膜内）血腫除去術	14,700	→ 14,700	K494	
K495	削除			K495	
K496	膿胸胸膜、胸膜肺切除術			K496	
1	1 肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 21,700		1
2	1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 25,500		2
K496-2	胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	40,400	→ 51,850	K496-2	
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	
1	1 肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 21,700		1
2	1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 25,500		2
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100	→ 23,100	K496-4	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	19,800	→ 29,700	K497	
K498	胸郭形成手術（膿胸手術の場合）			K498	
1	肋骨切除を主とするもの	23,000	→ 34,500		1
2	胸膜肺切除を併施するもの	31,700	→ 47,550		2
K499	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	9,370	→ 12,180	K499	
K500	削除			K500	
K501	乳糜胸手術	9,640	→ 12,530	K501	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	9,640	→ 12,530	K501-2	
(縦隔)					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→ 18,500	K502	
K502-2	縦隔切開術			K502-2	
1	頸部からのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390		1
2	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は傍脊柱によるもの	10,400	→ 13,520		2
3	経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→ 15,500		3
K503	縦隔郭清術	21,900	→ 28,470	K503	
K504	縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→ 35,400	K504	
(気管支、肺)					
K505	肺結核空洞吸引術（モナルジー法）	7,180	→ 7,180	K505	
K506	肺結核空洞切開術	14,300	→ 14,300	K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	21,700	→ 21,700	K507	
K508	気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）	6,010	→ 7,810	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術	7,200	→ 7,200	K508-2	
K509	気管支異物除去術			K509	
1	直達鏡によるもの	5,480	→ 7,120		1
2	開胸手術によるもの	27,400	→ 41,100		2
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	
	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	-	→ 10,000	K509-3	【新設】
K510	気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）	6,700	→ 6,700	K510	
K510-2	光線力学療法	6,700	→ -	K510-2	【項目の見直し】
	早期肺がん（0期又は1期に限る。）に対するもの	-	→ 8,710		1
	その他のもの	-	→ 8,710		2
K511	肺切除術			K511	
1	楔状部分切除	18,000	→ 18,090		1
2	区域切除（1肺葉に満たないもの）	35,900	→ 53,850		2
3	肺葉切除	35,800	→ 53,700		3
4	複合切除（1肺葉を超えるもの）	32,700	→ 55,050		4
5	1 側肺全摘	37,600	→ 56,400		5
6	気管支形成を伴う肺切除	43,500	→ 65,260		6
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術	37,500	→ 56,250	K513	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	37,500	→ 56,250	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	37,500	→ 56,250	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	37,500	→ 56,250	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
1	肺葉切除又はこれに満たないもの	36,900	→ 55,350		1
2	1 側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	41,000	→ 61,500		2
3	気管支形成を伴う肺切除	43,500	→ 65,250		3
4	胸膜肺全摘	58,000	→ 87,000		4

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
1	リンパ節郭清を伴わないもの	41,000	→ 61,500	1	
2	リンパ節郭清を伴うもの	58,000	→ 87,000	2	
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	49,800	→ 61,700	K514-3	
K514-4	同種死体肺移植術	91,800	→ 116,770	K514-4	
K514-5	移植用部分肺採取術（生体）	41,000	→ 52,400	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	66,700	→ 100,050	K514-6	
K515	肺剥皮術	22,800	→ 22,800	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	36,800	→ 55,200	K516	
K517	肺縫縮術	15,000	→ 18,090	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
1	楔状切除術	35,700	→ 53,550	1	
2	輪状切除術	38,100	→ 57,150	2	
3	気管分岐部切除術	58,900	→ 88,350	3	
4	気管分岐部切除術（再建を伴うもの）	65,400	→ 90,790	4	
K519	先天性気管狭窄症手術	65,400	→ 98,100	K519	
(食道)					
K520	食道縫合術（穿孔、損傷）			K520	
1	頸部手術	10,100	→ 13,130	1	
2	開胸手術	18,800	→ 21,700	2	
3	開腹手術	10,500	→ 13,650	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
1	開胸手術	15,400	→ 20,020	1	
2	胸骨切開によるもの	10,000	→ 13,000	2	
3	その他のもの（頸部手術を含む。）	5,080	→ 5,080	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
1	内視鏡によるもの	6,200	→ 8,060	1	
2	食道プジー法	2,520	→ 2,520	2	
	拡張用バルーンによるもの	-	→ 12,480	3	【項目の追加】
K522-2	食道ステント留置術	6,200	→ 6,300	K522-2	
	食道空置バイパス作成術	-	→ 41,550	K522-3	【新設】
K523	食道異物摘出術			K523	
1	頸部手術によるもの	15,000	→ 19,500	1	
2	開胸手術によるもの	16,700	→ 21,700	2	
3	開腹手術によるもの	16,400	→ 21,320	3	
K524	食道憩室切除術			K524	
1	頸部手術によるもの	13,300	→ 17,290	1	
2	開胸によるもの	18,600	→ 24,180	2	
K525	食道切除再建術			K525	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	→ 75,000	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	41,100	→ 61,650	2	
3	腹部の操作によるもの	27,400	→ 41,100	3	
K525-2	胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	→ 75,000	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	41,100	→ 61,650	2	
3	腹部の操作によるもの	27,400	→ 41,100	3	
4	バイパスのみ作成する場合	24,100	→ 36,150	4	
K526	食道腫瘍摘出術			K526	
1	内視鏡によるもの	6,520	→ 6,520	1	
2	開胸又は開腹手術によるもの	20,200	→ 26,260	2	
3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	27,500	→ 41,250	3	
K526-2	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,800	→ 6,800	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	→ 17,000	2	
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	6,800	→ 8,840	K526-3	
K527	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）			K527	
1	頸部食道の場合	28,700	→ 43,050	1	
2	胸部食道の場合	34,900	→ 56,950	2	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	45,800	→ 64,820	K528	
K529	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）			K529	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの（胸腔鏡下によるものを含む。）	88,200	→ 113,900	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	77,600	→ 97,770	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	腹部の操作によるもの	61,200	→ 69,840	3	
K530	食道アカラシア形成手術	18,700	→ 28,050	K530	
K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	26,000	→ 39,000	K530-2	
K531	食道切除後2次の再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	25,300	→ 37,950	1	
2	消化管利用によるもの	27,700	→ 45,700	2	
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	22,300	→ 26,340	1	
2	食道離断術を主とするもの	24,900	→ 28,940	2	
K532-2	食道静脈瘤手術（開腹）	22,300	→ 26,340	K532-2	
K533	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	8,990	→ 8,990	K533	
K533-2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→ 8,990	K533-2	
(横隔膜)					
K534	横隔膜縫合術			K534	
1	経胸又は経腹	16,500	→ 21,450	1	
2	経胸及び経腹	23,200	→ 28,940	2	
K534-2	横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
1	経胸又は経腹	16,500	→ 21,450	1	
2	経胸及び経腹	23,200	→ 28,940	2	
K535	胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
1	経胸又は経腹	15,900	→ 20,670	1	
2	経胸及び経腹	21,000	→ 27,300	2	
K536	後胸骨ヘルニア手術	16,200	→ 21,060	K536	
K537	食道裂孔ヘルニア手術			K537	
1	経胸又は経腹	16,200	→ 21,060	1	
2	経胸及び経腹	20,600	→ 26,780	2	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	25,200	→ 37,800	K537-2	
第8款 心・脈管					
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)					
K538	心膜縫合術	8,760	→ 8,760	K538	
K538-2	心筋縫合止血術（外傷性）	10,900	→ 10,900	K538-2	
K539	心膜切開術	9,200	→ 9,200	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 14,500	K539-2	
K540	収縮性心膜炎手術	33,300	→ 49,950	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	25,200	→ 30,210	K542	
K543	心房内血栓除去術	25,200	→ 30,210	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	40,400	→ 60,600	1	
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	60,100	→ 77,770	2	
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	82,000	→ 91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 8,950	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術	22,000	→ 22,000	K546	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	22,000	→ 22,000	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）	23,000	→ 23,000	K548	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	→ 22,000	K549	
K550	冠動脈内血栓溶解療法	10,300	→ 13,390	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,000	→ 15,110	K550-2	
K551	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）			K551	
1	1箇所のもの	49,700	→ 74,550	1	
2	2箇所以上のもの	53,900	→ 79,860	2	
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
1	1吻合のもの	51,100	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のもの	78,000	→ 85,880	2	
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）			K552-2	
1	1吻合のもの	58,800	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のもの	89,700	→ 89,700	2	
K553	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）			K553	
1	単独のもの	39,700	→ 59,550	1	
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	58,400	→ 78,730	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	81,000	→ 100,200	3	
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
1	単独のもの	50,800	→ 76,200	1	
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	70,200	→ 100,200	2	
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	87,800	→ 114,510	3	
K554	弁形成術			K554	
1	1弁のもの	57,500	→ 79,860	1	
2	2弁のもの	72,500	→ 93,170	2	
3	3弁のもの	85,000	→ 106,480	3	
K555	弁置換術			K555	
1	1弁のもの	57,000	→ 85,500	1	
2	2弁のもの	80,500	→ 100,200	2	
3	3弁のもの	93,500	→ 114,510	3	
K556	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,600	→ 42,940	K556	
K556-2	経皮的動脈弁拡張術	22,800	→ 34,200	K556-2	
K557	大動脈弁上狭窄手術	49,000	→ 71,570	K557	
K557-2	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	50,300	→ 75,450	K557-2	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	57,500	→ 86,250	K557-3	
K557-4	ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	72,800	→ 85,880	K557-4	
K558	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	103,000	→ 143,140	K558	
K559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	22,900	→ 29,580	K559	
K559-2	経皮的僧帽弁拡張術	22,800	→ 29,640	K559-2	
K560	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）			K560	【名称の変更】
1	上行大動脈（心臓弁置換（形成）又は冠動脈再建を伴うもの）	93,000	→ 114,510	1	
2	上行大動脈（その他のもの）	84,300	→ 100,200	2	
3	弓部大動脈	109,000	→ 114,510	3	
4	上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）及び弓部大動脈の同時手術	143,000	→ 171,760	4	
5	下行大動脈	75,300	→ 85,880	5	
6	胸腹部大動脈	111,000	→ 166,500	6	
7	腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	54,300	→ 54,300	7	
8	腹部大動脈（その他のもの）	52,000	→ 52,000	8	
K561	ステントグラフト内挿術			K561	
1	胸部大動脈	39,600	→ 56,560	1	
2	腹部大動脈	31,600	→ 47,400	2	
3	腸骨動脈	24,800	→ 37,200	3	
K562	動脈管開存症手術			K562	
1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	→ 12,700	1	
2	動脈管開存閉鎖術（直視下）	22,000	→ 22,000	2	
K563	肺動脈絞扼術	27,700	→ 39,410	K563	
K564	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	22,600	→ 33,900	K564	
K565	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	31,800	→ 47,700	K565	
K566	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	28,500	→ 42,750	K566	
K567	大動脈縮窄（離断）症手術			K567	
1	単独のもの	41,100	→ 57,250	1	
2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	68,300	→ 100,200	2	
3	複雑心奇形手術を伴うもの	119,300	→ 128,820	3	
	経皮的動脈形成術	-	→ 34,200	K567-2	【新設】
K568	大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
1	単独のもの	46,000	→ 69,000	1	
2	心内奇形手術を伴うもの	59,000	→ 88,500	2	
K569	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	79,000	→ 85,880	K569	
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
1	肺動脈弁切開術（単独のもの）	25,000	→ 25,000	1	
2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	45,700	→ 68,550	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	22,800	→ 24,550	K570-2	
	経皮的肺動脈形成術	-	→ 24,550	K570-3	【新設】
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
1	部分肺静脈還流異常	37,000	→ 48,110	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	2 総肺静脈還流異常	81,000	→ 93,040	2	
K572	肺静脈形成術	34,300	→ 51,450	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
	1 経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法）	6,900	→ 8,970	1	
	2 心房中隔欠損作成術	25,800	→ 25,800	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
	1 単独のもの	30,100	→ 30,100	1	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→ 37,500	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	→ 25,600	K574-2	
K575	三心房心手術	39,000	→ 58,500	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
	1 単独のもの	38,900	→ 50,570	1	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	49,100	→ 52,850	2	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	56,000	→ 64,410	3	
	4 右室流出路形成を伴うもの	55,500	→ 71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
	1 単独のもの	52,000	→ 71,570	1	
	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	59,000	→ 85,880	2	
K578	右室二腔症手術	53,000	→ 79,500	K578	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			K579	
	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独のもの）	36,000	→ 54,000	1	
	2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	53,200	→ 64,410	2	
K579-2	完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
	1 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	82,500	→ 107,350	1	
	2 ファロー四徴症手術を伴うもの	119,000	→ 143,140	2	
K580	ファロー四徴症手術			K580	
	1 右室流出路形成術を伴うもの	71,000	→ 71,000	1	
	2 末梢肺動脈形成術を伴うもの	80,500	→ 93,040	2	
K581	肺動脈閉鎖症手術			K581	
	1 単独のもの	92,000	→ 100,200	1	
	2 ラステリ手術を伴うもの	90,200	→ 128,820	2	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	131,000	→ 171,760	3	
K582	両大血管右室起始症手術			K582	
	1 単独のもの	72,000	→ 85,880	1	
	2 右室流出路形成を伴うもの	101,000	→ 128,820	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの（タウシヒ・ピング奇形手術）	120,300	→ 143,140	3	
K583	大血管転位症手術			K583	
	1 心房内血流転換手術（マスタート・セニング手術）	82,400	→ 114,510	1	
	2 大血管血流転換術（ジャターン手術）	100,900	→ 107,350	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	112,000	→ 128,820	3	
	4 ラステリ手術を伴うもの	90,200	→ 114,510	4	
K584	修正大血管転位症手術			K584	
	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	52,000	→ 78,000	1	
	2 根治手術（ダブルスイッチ手術）	162,500	→ 162,500	2	
K585	総動脈幹症手術	119,800	→ 119,800	K585	
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
	1 両方向性グレン手術	70,000	→ 71,570	1	
	2 フォンタン手術	78,000	→ 85,880	2	
	3 心室中隔造成術	146,000	→ 146,000	3	
K587	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	124,000	→ 141,460	K587	
K588	冠動脈瘻開胸的遮断術	39,000	→ 53,240	K588	
K589	冠動脈起始異常症手術	66,700	→ 85,880	K589	
K590	心室憩室切除術	41,000	→ 61,500	K590	
K591	心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591	
K592	肺動脈塞栓除去術	37,600	→ 37,600	K592	
	肺動脈血栓内膜摘除術	-	→ 100,190	K592-2	【新設】
K593	肺静脈血栓除去術	24,700	→ 30,210	K593	
K594	不整脈手術			K594	
	1 副伝導路切断術	71,000	→ 85,880	1	
	2 心室頻拍症手術	88,500	→ 100,200	2	
	3 メイズ手術	64,300	→ 93,170	3	
K595	経皮的カテーテル心筋焼灼術	20,900	→ -	K595	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	-	→ 31,350	1	
	その他のもの	-	→ 26,440	2	
K595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→ 22,800	K595-2	
K596	体外ペースメーカーキング	3,370	→ 3,370	K596	
K597	ペースメーカー移植術			K597	
1	心筋電極の場合	13,800	→ 13,800	1	
2	経静脈電極の場合	6,830	→ 7,820	2	
K597-2	ペースメーカー交換術	3,200	→ 3,610	K597-2	
	埋込型心電図記録計移植術	-	→ 1,260	K597-3	【新設】
	埋込型心電図記録計摘出術	-	→ 840	K597-4	【新設】
K598	両心室ペースメーカー移植術	20,500	→ 30,750	K598	
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	3,200	→ 3,200	K598-2	
K599	埋込型除細動器移植術	13,100	→ 17,030	K599	
K599-2	埋込型除細動器交換術	2,200	→ 2,860	K599-2	
K599-3	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術	14,000	→ 21,000	K599-3	
K599-4	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200	→ 3,200	K599-4	
K600	大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）			K600	
1	初日	8,780	→ 8,780	1	
2	2日目を以降	3,680	→ 3,680	2	
K601	人工心臓（1日につき）			K601	
1	初日	24,500	→ 24,500	1	
2	2日目を以降	3,000	→ 3,000	2	
K602	経皮的心臓補助法（1日につき）			K602	
1	初日	11,100	→ 11,100	1	
2	2日目を以降	3,120	→ 3,120	2	
K603	補助人工心臓（1日につき）			K603	
1	初日	30,000	→ 45,000	1	
2	2日目を以降30日目まで	5,000	→ 5,000	2	
3	31日目を以降	4,000	→ 4,000	3	
K604	埋込型補助人工心臓			K604	
1	初日（1日につき）	30,000	→ 45,000	1	
2	2日目を以降30日目まで（1日につき）	5,000	→ 5,000	2	
3	31日目を以降90日目まで（1日につき）	4,000	→ 4,000	3	
4	91日目を以降（1月につき）	6,000	→ 6,000	4	
K605	移植用心採取術	49,300	→ 61,200	K605	
K605-2	同種心移植術	104,100	→ 143,140	K605-2	
K605-3	移植用心臓採取術	74,200	→ 92,020	K605-3	
K605-4	同種心臓移植術	150,000	→ 198,990	K605-4	
(動脈)					
K606	血管露出術	530	→ 530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	8,610	→ 8,610	1	
2	その他のもの	3,130	→ 3,130	2	
K607-2	血管縫合術（簡単なもの）	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
1	開胸又は開腹を伴うもの	16,900	→ 21,970	1	
2	その他のもの（観血的なもの）	9,470	→ 9,470	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680	→ 1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	→ 3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
1	大動脈に及ぶもの	21,000	→ 31,500	1	
2	内頸動脈	19,500	→ 29,250	2	
3	その他のもの	15,300	→ 19,890	3	
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	22,100	→ 33,150	K609-2	
K610	動脈形成術、吻合術			K610	
1	頭蓋内動脈	36,000	→ 52,550	1	
2	胸腔内動脈（大動脈を除く。）	29,600	→ 44,400	2	
3	腹腔内動脈（大動脈を除く。）	29,600	→ 44,400	3	
4	指（手、足）の動脈	11,800	→ 11,800	4	
5	その他の動脈	10,700	→ 13,910	5	
K610-2	脳新生血管造成術	36,000	→ 52,550	K610-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	10,700	→ 13,910	K610-3	
K610-4	四肢の血管吻合術	10,700	→ 13,910	K610-4	
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）	10,700	→ 13,910	K610-5	
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置			K611	
1	開腹して設置した場合	13,800	→ 17,940	1	
2	四肢に設置した場合	12,500	→ 16,250	2	
3	頭頸部その他に設置した場合	12,800	→ 16,640	3	
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760	→ 7,760	K612	
K613	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	24,700	→ 29,580	K613	
K614	血管移植術、バイパス移植術			K614	
1	大動脈	52,100	→ 70,700	1	
2	胸腔内動脈	41,000	→ 61,500	2	
3	腹腔内動脈	39,500	→ 56,560	3	
4	頭、頸部動脈	36,700	→ 55,050	4	
5	その他の動脈	23,300	→ 23,300	5	
K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）	12,700	→ 16,510	K615	
	経皮的動脈遮断術	-	→ 1,390	K615-2	【新設】
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→ 15,800	K616	
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800	→ 10,800	K616-2	
	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	-	→ 24,550	K616-3	【新設】
(静脈)					
K617	下肢静脈瘤手術			K617	
1	抜去切除術	10,200	→ 10,200	1	
2	硬化療法（一連として）	1,720	→ 1,720	2	
3	高位結紮術	3,130	→ 3,130	3	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	→ 10,200	K617-2	
K617-3	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,680	→ 1,680	K617-3	
K618	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置			K618	
1	開腹して設置した場合	11,800	→ -		【項目の削除】
2	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1	
3	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	2	
K619	静脈血栓摘出術			K619	
1	開腹を伴うもの	19,000	→ 19,000	1	
2	その他のもの（観血的なもの）	13,100	→ 13,100	2	
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→ 32,100	K619-2	
K620	下大静脈フィルター留置	8,000	→ 8,000	K620	
K621	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	32,000	→ 32,000	K621	
K622	胸腔内頸静脈吻合術	23,400	→ 28,940	K622	
K623	静脈形成術、吻合術			K623	
1	胸腔内静脈	24,700	→ 24,700	1	
2	腹腔内静脈	24,700	→ 24,700	2	
3	指（手、足）の静脈	10,500	→ 10,850	3	
4	その他の静脈	13,500	→ 13,500	4	
K623-2	脾腎静脈吻合術	20,800	→ 20,800	K623-2	
(リンパ管、リンパ節)					
K624	削除			K624	
K625	リンパ管腫摘出術			K625	
1	長径5センチメートル未満	6,450	→ 8,390	1	
2	長径5センチメートル以上	11,300	→ 12,610	2	
K626	リンパ節摘出術			K626	
1	長径3センチメートル未満	1,200	→ 1,200	1	
2	長径3センチメートル以上	2,880	→ 2,880	2	
K626-2	リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	K626-2	
K627	リンパ節群郭清術			K627	
1	顎下部又は舌下部（浅在性）	6,970	→ 6,970	1	
2	頸部（深在性）	10,800	→ 14,040	2	
3	鎖骨上窩及び下窩	7,130	→ 9,270	3	
4	腋窩	10,500	→ 13,650	4	
5	胸骨旁	10,800	→ 14,040	5	
6	鼠径部及び股部	5,670	→ 5,670	6	
7	後腹膜	24,900	→ 28,940	7	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
8 K628	骨盤 リンパ管吻合術	14,700 →	18,740	8 K628	
第9款 腹部					
(腹壁、ヘルニア)					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270 →	1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
1	腹壁に限局するもの	1,820 →	1,820	1	
2	腹腔に通ずるもの	6,450 →	6,450	2	
K632	腹壁腫瘍摘出術			K632	
1	形成手術を必要としない場合	4,310 →	4,310	1	
2	形成手術を必要とする場合	9,810 →	9,810	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
1	腹壁瘢痕ヘルニア	7,440 →	7,440	1	
2	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200 →	6,200	2	
3	臍ヘルニア	4,200 →	4,200	3	
4	臍帯ヘルニア	13,900 →	14,470	4	
5	鼠径ヘルニア	6,000 →	6,000	5	
6	大腿ヘルニア	8,740 →	8,740	6	
7	腰ヘルニア	8,240 →	8,240	7	
8	骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）	12,000 →	14,470	8	
9	内ヘルニア	12,600 →	14,470	9	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	20,800 →	20,800	K634	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810 →	2,810	K635	
K635-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730 →	6,730	K635-2	
K635-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000 →	12,000	K635-3	
K636	試験開腹術	5,550 →	5,550	K636	
	ダメージコントロール手術	- →	7,210	K636-2	【新設】
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
1	横隔膜下膿瘍	8,880 →	8,880	1	
2	ダグラス窩膿瘍	5,340 →	5,340	2	
3	虫垂周囲膿瘍	5,340 →	5,340	3	
4	その他のもの	6,670 →	6,670	4	
	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	- →	10,800	K637-2	【新設】
K638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290 →	3,290	K638	
K639	急性汎発性腹膜炎手術	12,000 →	12,000	K639	
K639-2	結核性腹膜炎手術	12,000 →	12,000	K639-2	
K640	腸間膜損傷手術			K640	
1	縫合、修復のみのもの	8,320 →	8,320	1	
2	腸管切除を伴うもの	18,800 →	18,800	2	
K641	大網切除術	8,490 →	8,490	K641	
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K642	
1	腸切除を伴わないもの	11,100 →	11,100	1	
2	腸切除を伴うもの	17,100 →	21,700	2	
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	32,000 →	48,000	K643	
K644	臍腸管瘻手術			K644	
1	腸管切除を伴わないもの	5,260 →	5,260	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,400 →	17,400	2	
K645	骨盤内臓全摘術	71,900 →	107,850	K645	
(胃、十二指腸)					
K646	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	10,100 →	10,100	K646	
K647	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	11,300 →	11,300	K647	
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600 →	18,600	K647-2	
K648	胃切開術	7,670 →	7,670	K648	
K649	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	10,900 →	10,900	K649	
K650	削除			K650	
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	- →	7,590	K651	【新設】
K652	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）	10,400 →	10,400	K652	
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970 →	4,970	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剝離術	11,000	→ 14,130	2	【名称の見直し】
3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 4,790	3	
4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 4,000	4	
K653-2	食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）	3,200	→ 3,200	K653-2	
K653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	K653-3	
K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970	→ 4,970	K653-4	
K654	内視鏡的消化管止血術	4,310	→ 4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	10,400	→ 10,400	K654-2	
K654-3	腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	→ 20,400	K654-3	
K655	胃切除術			K655	
1	単純切除術	20,700	→ 21,700	1	
2	悪性腫瘍手術	42,600	→ 55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
1	単純切除術	30,000	→ 30,000	1	
2	悪性腫瘍手術	51,000	→ 62,360	2	
K655-3	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	20,700	→ 20,700	K655-3	
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	
1	単純切除術	30,900	→ 30,900	1	
2	悪性腫瘍切除術	55,100	→ 55,100	2	
K656	胃縮小術	18,300	→ 21,700	K656	
K657	胃全摘術			K657	
1	単純全摘術	32,800	→ 49,200	1	
2	悪性腫瘍手術	58,300	→ 69,840	2	
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
1	単純全摘術	41,900	→ 58,300	1	
2	悪性腫瘍手術	69,100	→ 74,830	2	
K658	削除			K658	
K659	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）			K659	
1	単独のもの	13,600	→ 13,600	1	
2	ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	2	
3	胃切除術を併施するもの	24,900	→ 28,940	3	
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
1	単独のもの	15,000	→ 15,000	1	
2	ドレナージを併施するもの	21,100	→ 21,700	2	
3	胃切除術を併施するもの	27,500	→ 28,940	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 25,500	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 15,800	K661	
K662	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	13,600	→ 13,600	K662	
K663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K663	
K664	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。）	9,460	→ 9,460	K664	
K665	胃瘻閉鎖術	9,050	→ 10,590	K665	
K666	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）	10,500	→ 10,500	K666	
K666-2	腹腔鏡下幽門形成術	15,300	→ 15,300	K666-2	
K667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	25,100	→ 28,940	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	→ 12,000	K667-3	
K668	胃横断術（静脈瘤手術）	17,600	→ 21,700	K668	
(胆嚢、胆道)					
K669	胆管切開術	12,100	→ 12,100	K669	【名称の見直し】
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 10,900	K670	
K671	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）			K671	
1	胆嚢摘出を含むもの	19,600	→ 21,700	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	16,700	→ 18,800	2	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	
1	胆嚢摘出を含むもの	25,600	→ 25,600	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	22,700	→ 22,700	2	
K672	胆嚢摘出術	15,200	→ 19,760	K672	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	→ 20,300	K672-2	
K673	胆管形成手術（胆管切除術を含む。）	27,600	→ 28,940	K673	
K674	総胆管拡張症手術	28,000	→ 28,000	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
1	胆嚢に局限するもの（リンパ節郭清を含む。）	28,500	→ 29,930	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	肝切除（葉以上）を伴うもの	50,500	→ 75,750	2	
3	睪頭十二指腸切除を伴うもの	65,300	→ 97,950	3	
4	睪頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	112,000	→ 139,680	4	
K 676	削除			K 676	
K 677	胆管悪性腫瘍手術	47,200	→ 70,800	K 677	
	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K 677-2	【新設】
	血行再建あり	-	→ 121,050	1	
	血行再建なし	-	→ 97,050	2	
K 678	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）	16,300	→ 16,300	K 678	
K 679	胆嚢胃（腸）吻合術	10,500	→ 10,500	K 679	
K 680	総胆管胃（腸）吻合術	17,300	→ 21,700	K 680	
K 681	胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,200	K 681	
K 682	胆管外瘻造設術			K 682	
	1 開腹によるもの	12,300	→ 12,300	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K 682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K 682-2	
K 683	削除			K 683	
K 684	先天性胆道閉鎖症手術	37,800	→ 56,700	K 684	
K 685	内視鏡的胆道結石除去術 （胆道碎石術を伴うもの）	9,830	→ 9,830	K 685	
K 686	内視鏡的胆道拡張術	9,180	→ 11,930	K 686	
K 687	内視鏡的乳頭切開術			K 687	
	1 乳頭括約筋切開のみのもの	7,230	→ 9,400	1	
	2 胆道碎石術を伴うもの	17,100	→ 21,190	2	
K 688	内視鏡的胆道ステント留置術	6,830	→ 8,880	K 688	
K 689	経皮経肝胆管ステント挿入術	8,110	→ 9,440	K 689	
(肝)					
K 690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	K 690	
K 691	肝膿瘍切開術			K 691	
	1 開腹によるもの	11,000	→ 11,000	1	
	2 開胸によるもの	12,200	→ 12,200	2	
K 691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K 691-2	
K 692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,200	K 692	
K 692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,300	→ 21,700	K 692-2	
K 693	肝内結石摘出術（開腹）	20,100	→ 21,700	K 693	
K 694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	18,800	→ 21,700	K 694	
K 695	肝切除術			K 695	
	1 部分切除	21,500	→ 27,950	1	
	2 区域切除・亜区域切除	26,300	→ 39,450	2	【項目の見直し】
	3 葉切除	49,000	→ 73,500	3	
	4 拡大葉切除	64,700	→ 97,050	4	
	5 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	80,700	→ 97,770	5	
	腹腔鏡下肝切除術			K 695-2	【新設】
	部分切除	-	→ 50,600	1	
	外側区域切除	-	→ 62,100	2	
K 696	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術	19,600	→ 21,700	K 696	
K 697	肝内胆管外瘻造設術			K 697	
	1 開腹によるもの	13,200	→ 14,470	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K 697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）	13,600	→ 13,600	K 697-2	
K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000	→ 15,000	K 697-3	
K 697-4	移植用部分肝採取術（生体）	48,000	→ 72,000	K 697-4	
K 697-5	生体部分肝移植術	63,700	→ 95,550	K 697-5	
K 697-6	移植用肝採取術（死体）	56,800	→ 85,200	K 697-6	
K 697-7	同種死体肝移植術	108,600	→ 142,380	K 697-7	
(膵)					
K 698	急性膵炎手術	21,600	→ -	K 698	【項目の見直し】
	感染性壊死部切除を伴うもの	-	→ 49,390	1	
	その他のもの	-	→ 21,700	2	
K 699	膵結石手術			K 699	
	1 膵切開によるもの	20,200	→ 21,700	1	
	2 経十二指腸乳頭によるもの	21,500	→ 21,700	2	
K 700	膵中央切除術	-	→ 45,000	K 700	【新設】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K701	脾破裂縫合術	19,200	→ 19,200	K701	
K702	脾尾部腫瘍切除術			K702	
1	脾尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合	21,200	→ -	1	【項目の追加】
	脾同時切除の場合	-	→ 21,200	イ	
	脾温存の場合	-	→ 21,750	ロ	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	30,000	→ 38,890	2	
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	35,000	→ 52,500	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	40,000	→ 55,870	4	
K703	脾頭部腫瘍切除術			K703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	55,200	→ 69,840	1	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	66,000	→ 83,810	2	
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	72,500	→ 83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	78,900	→ 111,740	4	
K704	脾全摘術	60,900	→ 91,350	K704	
K705	脾嚢胞胃（腸）吻合術	18,800	→ 21,700	K705	
K706	脾管空腸吻合術	28,000	→ 28,940	K706	
K707	脾嚢胞外瘻造設術			K707	
1	内視鏡によるもの	10,900	→ 14,130	1	
2	開腹によるもの	12,100	→ 12,100	2	
K708	脾管外瘻造設術	13,500	→ 14,470	K708	
K708-2	脾管誘導手術	13,500	→ 14,470	K708-2	
K709	脾瘻閉鎖術	21,000	→ 21,700	K709	
K709-2	移植用脾採取術（死体）	46,800	→ 48,700	K709-2	
K709-3	同種死体脾移植術	88,600	→ 112,570	K709-3	
K709-4	移植用脾腎採取術（死体）	70,000	→ 82,580	K709-4	
K709-5	同種死体脾腎移植術	108,600	→ 140,420	K709-5	
(脾)					
K710	脾縫合術（部分切除を含む。）	11,400	→ 24,410	K710	
K711	脾摘出術	18,500	→ 21,700	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	28,500	→ 28,500	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)					
K712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 8,350	K712	
K713	腸切開術	7,420	→ 7,420	K713	
K714	腸管癒着症手術	10,900	→ 10,900	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剝離術	16,600	→ 16,600	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
1	非観血的なもの	2,860	→ 3,450	1	
2	観血的なもの	5,530	→ 5,530	2	
K716	小腸切除術			K716	
1	悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→ 11,700	1	
2	悪性腫瘍手術	28,000	→ 29,930	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→ 25,600	K716-2	
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）	11,800	→ 14,470	K717	
K718	虫垂切除術			K718	
1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→ 6,210	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	8,210	→ 11,470	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880	→ 14,140	2	
K719	結腸切除術			K719	
1	小範囲切除	17,900	→ 17,900	1	
2	結腸半側切除	25,700	→ 25,700	2	
3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	→ 32,700	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
1	小範囲切除、結腸半側切除	35,700	→ 35,700	1	
2	全切除、亜全切除	41,700	→ 41,700	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	→ 41,700	K719-3	
K719-4	ビックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K720	結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（開腹によるもの）	13,000	→ 14,470	K720	
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721	【項目の見直し】
1	長径2センチメートル未満	6,740	→ 5,000	1	
2	長径2センチメートル以上	5,360	→ 7,000	2	
K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	5,360	→ -	K721-2	【項目の見直し】
	長径2センチメートル未満	-	→ 5,000	1	
	長径2センチメートル以上	-	→ 7,000	2	
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→ 5,360	K721-3	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→ 8,950	K722	
K723	削除			K723	
K724	腸吻合術	9,040	→ 9,040	K724	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 6,140	K725	
K726	人工肛門造設術	6,590	→ 6,590	K726	
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	→ 7,790	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	→ 9,830	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
1	腸管切除を伴わないもの	11,600	→ 11,600	1	
2	腸管切除を伴うもの	21,100	→ 21,700	2	
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
1	腸管切除を伴わないもの	10,500	→ 10,500	1	
2	腸管切除を伴うもの	16,700	→ 16,700	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
1	腸管切除を伴わないもの	10,800	→ 10,800	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,700	→ 21,700	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
1	腸管切除を伴わないもの	10,300	→ 10,300	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,500	→ 21,700	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	12,900	→ 14,470	K734	
K735	先天性巨大結腸症手術	32,700	→ 49,050	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	6,560	→ 8,530	K735-2	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	42,300	→ 63,450	K735-3	
K736	人工肛門形成術			K736	
1	開腹を伴うもの	8,400	→ 8,400	1	
2	その他のもの	3,670	→ 3,670	2	
(直腸)					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→ 2,690	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
1	経肛門（内視鏡によるもの）	3,960	→ 5,150	1	
2	開腹によるもの	10,400	→ 10,400	2	
K739	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）			K739	
1	経肛門	4,010	→ 4,010	1	
2	経括約筋	8,250	→ 8,250	2	
3	経腹及び経肛	12,000	→ 14,470	3	
	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	-	→ 20,120	K739-2	【新設】
K740	直腸切除・切断術			K740	
1	切除術	27,000	→ 40,500	1	
2	低位前方切除術	44,200	→ 66,300	2	
3	超低位前方切除術（経肛門の結腸囊肛門吻合によるもの）	50,100	→ 69,840	3	
4	切断術	50,100	→ 75,150	4	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
1	切除術	42,100	→ 63,150	1	
2	低位前方切除術	53,400	→ 77,780	2	
3	切断術	60,000	→ 77,780	3	
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	18,900	→ 21,700	K741	
K742	直腸脱手術			K742	
1	経会陰によるもの	7,370	→ 7,370	1	
2	直腸挙上固定を行うもの	9,260	→ 9,260	2	
3	骨盤底形成を行うもの	12,100	→ 14,470	3	
4	腹会陰からのもの（腸切除を含む。）	23,900	→ 28,940	4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(肛門、その周辺)					
K743	痔核手術（脱肛を含む。）			K743	
1	硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
2	硬化療法（四段階注射法によるもの）	2,800	→ 4,220	2	
3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	3	
4	根治手術	5,360	→ 5,360	4	
5	P P H	6,390	→ 11,260	5	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3	脱肛根本手術	5,360	→ 5,360	K743-3	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→ 5,360	K743-4	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	→ 3,750	K743-5	
K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750	→ 3,750	K743-6	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→ 3,110	K744	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→ 2,050	K745	
K746	痔瘻根治手術			K746	
1	単純なもの	3,750	→ 3,750	1	
2	複雑なもの	7,400	→ 7,400	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	→ 7,400	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
1	切除	20,100	→ 21,700	1	
2	直腸切断を伴うもの	42,300	→ 63,450	2	
K749	肛門拡張術（観血的なもの）	1,630	→ 1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
1	瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→ 3,990	1	
2	組織置換によるもの	14,000	→ 18,200	2	
K751	鎖肛手術			K751	
1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	1	
2	会陰式	12,800	→ 14,470	2	
3	仙骨会陰式	21,800	→ 32,700	3	
4	腹会陰、腹仙骨式	39,800	→ 59,700	4	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	24,700	→ 37,050	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	46,600	→ 69,900	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
1	肛門狭窄形成手術	5,580	→ 5,580	1	
2	直腸粘膜脱形成手術	6,600	→ 6,600	2	
K753	毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
第10款 尿路系・副腎					
(副腎)					
K754	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）	16,800	→ 21,700	K754	
K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	→ 31,000	K754-2	
K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	36,000	→ 30,000	K754-3	
K755	副腎腫瘍摘出術			K755	
1	皮質腫瘍	21,200	→ 27,560	1	
2	髄質腫瘍（褐色細胞腫）	25,400	→ 33,020	2	
K756	副腎悪性腫瘍手術	35,800	→ 36,170	K756	
(腎、腎盂)					
K757	腎破裂縫合術	23,300	→ 28,940	K757	
K757-2	腎破裂手術	23,800	→ 29,440	K757-2	
K758	腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759	腎切半術	28,600	→ 28,940	K759	
K760	癒合腎離断術	27,900	→ 36,170	K760	
K761	腎被膜剥離術（除神経術を含む。）	8,820	→ 8,820	K761	
K762	腎固定術	8,260	→ 8,260	K762	
K763	腎切石術	16,300	→ 21,190	K763	
K764	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	18,800	→ 28,200	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	19,100	→ 28,650	K765	
K766	経皮的尿管拡張術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	13,000	→ 13,000	K766	
K767	腎盂切石術	16,100	→ 20,930	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	19,300	→ 19,300	K768	
K769	腎部分切除術	19,300	→ 25,090	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	28,000	→ 33,790	K769-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	→ 33,000	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	→ 10,500	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	→ 18,800	K770-2	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	16,300	→ 16,300	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	32,100	→ 41,730	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	→ 37,100	K772-3	
K773	腎（尿管）悪性腫瘍手術	32,900	→ 32,900	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	42,300	→ 63,450	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	47,300	→ 47,300	K773-3	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎（腎盂）瘻造設術	12,600	→ 12,600	K775	
K776	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術	15,000	→ 19,500	K776	
K777	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術	16,900	→ 21,700	K777	
K778	腎盂形成手術	19,600	→ 25,480	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	29,500	→ 44,250	K778-2	
K779	移植用腎採取術（生体）	22,800	→ 34,200	K779	
K779-2	移植用腎採取術（死体）	30,000	→ 41,900	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）	38,600	→ 51,850	K779-3	
K780	同種死体腎移植術	74,800	→ 98,770	K780	
K780-2	生体腎移植術	40,000	→ 60,000	K780-2	
(尿管)					
K781	経尿道の尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む。）	14,800	→ 14,800	K781	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,000	→ 7,000	K781-2	
K782	尿管切石術			K782	
1	上部及び中部	8,180	→ 8,180	1	
2	膀胱近接部	12,000	→ 12,000	2	
K783	経尿道の尿管狭窄拡張術	16,100	→ 16,100	K783	
K783-2	経尿道の尿管ステント留置術	2,270	→ 3,400	K783-2	
K783-3	経尿道の尿管ステント除去術	1,000	→ 1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	12,400	→ 14,470	K784	
K784-2	尿管剥離術	12,400	→ 14,470	K784-2	
K785	経尿道の腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 18,000	K785	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 14,900	K786	
K787	尿管尿管吻合術	16,100	→ 20,930	K787	
K788	尿管腸吻合術	10,100	→ 13,130	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	23,900	→ 31,070	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 9,930	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	15,300	→ 19,890	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	21,800	→ 28,340	K792	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	16,700	→ 21,700	K793	
K794	尿管口形成手術	14,300	→ 14,300	K794	
	経尿道の尿管癌切除術	-	→ 15,500	K794-2	【新設】
(膀胱)					
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 9,750	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
1	経尿道的手術	7,990	→ 7,990	1	
2	膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2	経尿道の尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）	7,990	→ 7,990	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	7,120	→ 7,120	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道の電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
	膀胱水圧拡張術	-	→ 5,500	K800-3	【新設】
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	35,800	→ 37,420	1	
2	その他のもの	26,500	→ 34,450	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460	→ 9,460	K802	
K802-2	膀胱脱手術	9,980	→ -	K802-2	【項目の見直し】
	メッシュを使用するもの	-	→ 24,720	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	その他のもの	-	→ 12,970		2
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	
1	腸管切除を伴わないもの	11,100	→ 11,100		1
2	腸管切除を伴うもの	17,100	→ 21,700		2
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	
1	切除	20,700	→ 22,450		1
2	全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	34,300	→ 51,450		2
3	全摘（尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの）	54,300	→ 69,840		3
4	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	65,600	→ 98,400		4
5	全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	69,000	→ 103,500		5
6	経尿道的手術	10,400	→ 10,400		6
K804	尿管摘出術	9,350	→ 9,350	K804	
K805	膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→ 6,050	K806	
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	14,900	→ 19,370	K807	
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	14,900	→ 19,370	K808	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	20,000	→ 26,000	K809	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	16,400	→ 18,090	K809-2	
K810	ボアリー氏手術	20,800	→ 27,040	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	24,800	→ 32,240	K811	
K812	回腸（結腸）導管造設術	25,500	→ 33,150	K812	
	排泄腔外反症手術			K812-2	【新設】
	外反膀胱閉鎖術	-	→ 51,850		1
	膀胱腸裂閉鎖術	-	→ 103,710		2
(尿道)					
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
1	前部尿道	2,180	→ 2,180		1
2	後部尿道	5,250	→ 5,250		2
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
1	摘出	16,300	→ 21,190		1
2	内視鏡による場合	11,900	→ 15,470		2
3	尿路変更を行う場合	45,900	→ 45,900		3
K818	尿道形成手術			K818	
1	前部尿道	13,100	→ 13,100		1
2	後部尿道	21,400	→ 32,100		2
K819	尿道下裂形成手術	20,000	→ 30,000	K819	
K819-2	陰莖形成術	20,000	→ 30,000	K819-2	
K820	尿道上裂形成手術	20,000	→ 30,000	K820	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→ 13,300	K821	
K821-2	尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200	→ 14,200	K821-2	
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3	
K822	女子尿道脱手術	6,370	→ 6,370	K822	
K823	尿失禁手術			K823	
1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	→ 21,800		1
2	その他のもの	17,300	→ 17,300		2
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	13,800	→ 17,940	K823-2	
第11款 性器					
(陰茎)					
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	K824	
K825	陰茎全摘術	9,840	→ 12,790	K825	
K826	陰茎切断術	4,500	→ 4,500	K826	
K826-2	陰茎折症手術	6,580	→ 6,580	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	4,500	→ 4,500	K826-3	
K827	陰茎悪性腫瘍手術			K827	
1	陰茎切除	14,300	→ 14,300		1
2	陰茎全摘	21,600	→ 28,080		2
K828	包茎手術			K828	
1	背面切開術	740	→ 740		1

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	環状切除術	2,040	→ 2,040	2	
K828-2	陰茎持続勃起症手術			K828-2	
1	亀頭—陰茎海綿体瘻作成術（ウィンター法）によるもの	3,120	→ 3,120	1	
2	その他のシャント術によるもの	10,400	→ 15,600	2	
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)					
K829	精管切断、切除術（両側）	2,550	→ 2,550	K829	
K830	精巣摘出術	2,770	→ 2,770	K830	
K830-2	精巣外傷手術			K830-2	
1	陰囊内血腫除去術	3,200	→ 3,200	1	
2	精巣白膜縫合術	3,400	→ 3,400	2	
K831	停留精巣摘出術	4,830	→ 削除	K831	
K831-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣摘出術	13,830	→ 削除	K831-2	
K832	精巣上体摘出術	4,200	→ 4,200	K832	
K833	精巣悪性腫瘍手術	9,260	→ 9,460	K833	
K834	精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,480	K834	
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	11,000	→ 14,300	K834-2	
K835	陰囊水腫手術			K835	
1	交通性陰囊水腫手術	3,620	→ 3,620	1	
2	その他	2,290	→ 2,290	2	
K836	停留精巣固定術	8,260	→ 8,260	K836	
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	18,800	→ 24,440	K836-2	
K837	精管形成手術	6,690	→ 8,700	K837	
K838	精索捻転手術			K838	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	→ 7,650	1	
2	その他のもの	6,330	→ 6,330	2	
(精囊、前立腺)					
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	K839	
K840	前立腺被膜下摘出術	13,100	→ 13,100	K840	
K841	経尿道の前立腺手術	18,500	→ 18,500	K841	
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→ 19,000	K841-2	
K841-3	経尿道的前立腺高温治療（一連につき）	5,000	→ 5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000	→ 5,000	K841-4	
K842	削除			K842	
K843	前立腺悪性腫瘍手術	31,600	→ 31,600	K843	
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	45,300	→ 67,950	K843-2	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	→ 50,300	K843-3	
(外陰、会陰)					
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	790	→ 790	K844	
K845	処女膜切開術	790	→ 790	K845	
K846	処女膜切除術	980	→ 980	K846	
K847	輪状処女膜切除術	2,230	→ 2,230	K847	
K848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	2,760	→ 2,760	K848	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→ 2,340	K849	
K850	女子外性器悪性腫瘍手術			K850	
1	切除	18,800	→ 22,450	1	
2	皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	27,700	→ 41,550	2	
K850-2	陰絨毛性腫瘍摘出術	14,100	→ 18,330	K850-2	
K851	会陰形成手術			K851	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	4,430	→ 4,430	2	
K851-2	外陰・腔血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2	
K851-3	癒合陰唇形成手術			K851-3	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	4,430	→ 4,430	2	
(腔)					
K852	腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）			K852	
1	前又は後壁裂創	2,760	→ 2,760	1	
2	前後壁裂創	4,160	→ 4,160	2	
3	腔円蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 6,370	3	
4	直腸裂傷を伴うもの	18,900	→ 24,570	4	
K853	腔閉鎖術			K853	
1	中央腔閉鎖術（子宮全脱）	6,370	→ 6,370	1	
2	その他	2,580	→ 2,580	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K854	腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2,230	→ 2,230	K854	
K854-2	後陰門蓋切開（子宮外妊娠）	2,230	→ 2,230	K854-2	
K855	腔中隔切除術			K855	
1	不全隔のもの	1,260	→ 1,260	1	
2	全中隔のもの	2,540	→ 2,540	2	
K856	腔壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	K856	
K856-2	腔壁囊腫切除術	2,540	→ 2,540	K856-2	
K856-3	腔ポリリーブ切除術	1,040	→ 1,040	K856-3	
K856-4	腔壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K856-4	
K857	腔壁悪性腫瘍手術	22,300	→ 22,450	K857	
K858	腔腸瘻閉鎖術	18,900	→ 24,570	K858	
K859	造腔術、腔閉鎖症術			K859	
1	拡張器利用によるもの	2,130	→ 2,130	1	
2	遊離植皮によるもの	11,300	→ 14,470	2	
3	腔断端挙上によるもの	18,400	→ 21,700	3	
4	腸管形成によるもの	24,200	→ 31,460	4	
5	筋皮弁移植によるもの	31,500	→ 47,250	5	
K860	腔壁形成手術	5,650	→ 5,650	K860	
K860-2	腔断端挙上術（腔式、腹式）	19,500	→ 22,450	K860-2	
(子宮)					
K861	子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	
K862	クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863	腹腔鏡下子宮内膜症巣除去術	19,100	→ 19,100	K863	
K863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剝離術を含む。）	11,000	→ 14,300	K863-2	
K864	子宮位置矯正術			K864	
1	アレキササンダー手術	4,040	→ 4,040	1	
2	開腹による位置矯正術	5,800	→ 5,800	2	
3	癒着剝離矯正術	8,320	→ 10,820	3	
K865	子宮脱手術			K865	
1	腔壁形成手術及び子宮位置矯正術	10,000	→ 13,000	1	
2	ハルバン・シャウタ手術	10,000	→ 13,000	2	
3	マンチェスター手術	10,800	→ 10,850	3	
4	腔壁形成手術及び子宮全摘術（腔式、腹式）	19,200	→ 21,700	4	
K866	子宮頸管ポリリーブ切除術	990	→ 990	K866	
K866-2	子宮腔部冷凍凝固術	990	→ 990	K866-2	
K867	子宮頸部（腔部）切除術	3,330	→ 3,330	K867	
K867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	→ 470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術（腔部切斷術を含む。）	3,330	→ 3,330	K867-3	
K867-4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→ 3,330	K867-4	
K868から K870まで	削除			K868から K870まで	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術（腔式）	3,980	→ 3,980	K871	
K872	子宮筋腫摘出（核出）術			K872	
1	腹式	14,500	→ 18,850	1	
2	腔式	8,450	→ 10,990	2	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	25,300	→ 28,940	K872-2	
K872-3	子宮鏡下有莖粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリリーブ切除術	4,730	→ 4,730	K872-3	
K872-4	痕跡副角子宮手術			K872-4	
1	腹式	14,500	→ 14,500	1	
2	腔式	8,450	→ 8,450	2	
K872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	→ 8,450	K872-5	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500	→ 14,470	K873	
K874及び K875	削除			K874及び K875	
K876	子宮腔上部切斷術	7,310	→ 7,310	K876	
K877	子宮全摘術	17,600	→ 21,700	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500	→ 38,500	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	8,450	→ 10,990	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	19,100	→ 21,640	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	39,000	→ 58,500	K879	
K880	削除			K880	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K881	腹壁子宮瘻手術	12,500	→ 16,250	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	13,600	→ 17,680	K882	
K883	子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	K883	
K883-2	子宮頸管閉鎖症手術			K883-2	
1	非観血的	180	→ 180	1	
2	観血的	3,590	→ 3,590	2	
K884	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）	12,500	→ 16,250	K884	
(子宮附属器)					
K885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
K886	子宮附属器癒着剥離術（両側）			K886	
1	開腹によるもの	8,910	→ 8,910	1	
2	腹腔鏡によるもの	17,900	→ 17,900	2	
K887	卵巣部分切除術（腔式を含む。）			K887	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-2	卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）			K887-2	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-3	卵管口切開術			K887-3	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	12,200	→ 15,860	K887-4	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）			K888	
1	開腹によるもの	9,300	→ 12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	19,600	→ 25,480	2	
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）			K888-2	
1	開腹によるもの	9,300	→ 12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600	→ 25,480	2	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	33,000	→ 58,500	K889	
K890	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	16,200	→ 21,060	K890	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	23,800	→ 35,700	K890-2	
(産科手術)					
K891	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	2,440	→ 2,440	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,080	→ 2,080	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
1	低位（出口）鉗子	2,080	→ 2,080	1	
2	中位鉗子	3,660	→ 3,660	2	
K895	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）			K896	
1	筋層に及ぶもの	1,650	→ 1,650	1	
2	肛門に及ぶもの	2,970	→ 2,970	2	
3	陰門蓋に及ぶもの	3,320	→ 3,320	3	
4	直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 6,310	4	
K897	頸管裂創縫合術（分娩時）	3,770	→ 3,770	K897	
K898	帝王切開術			K898	
1	緊急帝王切開	17,800	→ 19,340	1	
2	選択帝王切開	15,000	→ 19,340	2	
	前置胎盤を合併する場合	-	→ 21,700	3	【項目の追加】
K899	胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220	→ 3,220	K899	
K900	臍帯還納術	1,240	→ 1,240	K900	
K900-2	脱垂肢整復術	1,240	→ 1,240	K900-2	
K901	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	1,890	→ 1,890	K901	
K902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	K902	
K903	子宮破裂手術			K903	
1	子宮全摘除を行うもの	21,300	→ 22,450	1	
2	子宮膈上部切断を行うもの	15,800	→ 20,540	2	
3	その他のもの	8,580	→ 11,150	3	
K904	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	21,300	→ 27,690	K904	
K905	子宮内反症整復手術（腔式、腹式）			K905	
1	非観血的	340	→ 340	1	
2	観血的	8,180	→ 10,630	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K906	子宮頸管縫縮術			K906	
1	マクドナルド法	1,740 →	1,740	1	
2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090 →	3,090	2	
3	縫縮解除術（チューブ除去術）	1,500 →	1,500	3	
K907	胎児外回転術	670 →	670	K907	
K908	胎児内（双合）回転術	1,190 →	1,190	K908	
K909	流産手術			K909	
1	妊娠11週までの場合	1,910 →	1,910	1	
2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	3,710 →	4,820	2	
K909-2	子宮内容除去術（不全流産）	1,910 →	1,910	K909-2	
K910	削除			K910	
K911	胞状奇胎除去術	4,280 →	4,280	K911	
K912	子宮外妊娠手術			K912	
1	開腹によるもの	9,420 →	10,850	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600 →	18,600	2	
K913	新生児仮死蘇生術			K913	
1	仮死第1度のもの	840 →	840	1	
2	仮死第2度のもの	2,220 →	2,220	2	
(その他)					
	性腺摘出術			K913-2	【新規】
	開腹によるもの	- →	4,830	1	
	腹腔鏡によるもの	- →	14,300	2	
第12款 削除					
第13款 臓器提供管理料					
K914	脳死臓器提供管理料	14,200 →	14,200	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000 →	5,000	K915	
第2節 輸血料					
K920	輸血			K920	
1	自家採血輸血（200mLごとに）			1	
イ	1回目	750 →	750	イ	
ロ	2回目以降	650 →	650	ロ	
2	保存血液輸血（200mLごとに）			2	
イ	1回目	450 →	450	イ	
ロ	2回目以降	350 →	350	ロ	
3	自己血貯血			3	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）			イ	
(1)	液状保存の場合	200 →	200	(1)	
(2)	凍結保存の場合	400 →	400	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）			ロ	
(1)	液状保存の場合	200 →	200	(1)	
(2)	凍結保存の場合	400 →	400	(2)	
4	自己血輸血			4	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）			イ	
(1)	液状保存の場合	750 →	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500 →	1,500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）			ロ	
(1)	液状保存の場合	750 →	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500 →	1,500	(2)	
5	交換輸血（1回につき）	5,250 →	5,250	5	
K920-2	輸血管理料			K920-2	
1	輸血管理料Ⅰ	200 →	200	1	
2	輸血管理料Ⅱ	70 →	70	2	
K921	造血幹細胞採取（一連につき）			K921	【項目の見直し】
	骨髄採取			1	
	同種移植の場合	- →	19,200	イ	
	自家移植の場合	- →	15,000	ロ	
	末梢血幹細胞採取			2	
	同種移植の場合	- →	19,200	イ	
	自家移植の場合	- →	15,000	ロ	
K922	造血幹細胞移植			K922	【項目の見直し】
	骨髄移植			1	
	同種移植の場合	- →	65,600	イ	
	自家移植の場合	- →	25,000	ロ	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 922-2 K 923	末梢血幹細胞移植			2	イ ロ 3
	同種移植の場合	- →	65,600		
	自家移植の場合	- →	30,000		
	臍帯血移植	- →	44,300		
	臍帯血移植	44,300 →	削除		
	術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）	4,500 →	4,500	K 923	
第3節 手術医療機器等加算					
K 930	脊髄誘発電位測定等加算	3,130 →	3,130	K 930	
K 931	超音波凝固切開装置等加算	3,000 →	3,000	K 931	
K 932	創外固定器加算	10,000 →	10,000	K 932	
K 933	イオントフォレーゼ加算	45 →	45	K 933	
K 934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000 →	1,000	K 934	
K 935	止血用加熱凝固切開装置加算	700 →	700	K 935	
K 936	自動縫合器加算	2,500 →	2,500	K 936	
K 936-2	自動吻合器加算	5,500 →	5,500	K 936-2	
K 936-3	微小血管自動縫合器加算	2,500 →	2,500	K 936-3	
K 937	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000 →	30,000	K 937	
K 938	体外衝撃波消耗性電極加算	3,000 →	3,000	K 938	
K 939	画像等手術支援加算			K 939	
1	ナビゲーションによるもの	2,000 →	2,000	1	
2	実物大臓器立体モデルによるもの	2,000 →	2,000	2	

第10部 手術(1) ②名称が変更する項目

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K 014	皮膚移植術	K 014	皮膚移植術（生体・培養）
K 043-3	骨髄炎・骨結核手術	K 043-3	骨髄炎手術（骨結核手術を含む。）
K 065	関節内異物（挿入物）除去術	K 065	関節内異物（挿入物を含む。）除去術
K 065-2	関節内異物（挿入物）除去術（関節鏡下）	K 065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術
K 066-2	関節滑膜切除術（関節鏡下）	K 066-2	関節鏡下関節滑膜切除術
K 066-4	滑液膜摘出術（関節鏡下）	K 066-4	関節鏡下滑液膜摘出術
K 066-6	膝蓋骨滑液囊切除（関節鏡下）	K 066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術
K 066-8	掌指関節滑膜切除術（関節鏡下）	K 066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術
K 067-2	関節鼠摘出手術（関節鏡下）	K 067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術
K 068-2	半月板切除術（関節鏡下）	K 068-2	関節鏡下半月板切除術
K 069-3	半月板縫合術（関節鏡下）	K 069-3	関節鏡下半月板縫合術
K 074-2	靭帯断裂縫合術（関節鏡下）	K 074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術
K 079-2	靭帯断裂形成手術（関節鏡下）	K 079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術
K 178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術	K 178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
K 254	角膜切除術	K 254	治療の角膜切除術
K 298	外耳道造設術（外耳道閉鎖症手術）	K 298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K 320	アブミ骨手術（アブミ骨摘出術又は可動化手術）	K 320	アブミ骨摘出術・可動化手術
K 344	翼突管神経切除術（経鼻腔）	K 344	経鼻腔の翼突管神経切除術
K 365	翼突管神経切除術（経上顎洞）	K 365	経上顎洞の翼突管神経切除術
K 383	喉頭切開術（喉頭截開術）	K 383	喉頭切開・截開術
K 653-4	表在性早期胃癌光線力学療法	K 653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
K 667-3	内視鏡下食道噴門部縫縮術	K 667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

第10部 手術(2) (項目/注の新設・見直し・追加)

※全体の点数改正等は(1)を参照

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置(区分番号J122からJ129-4までに掲げるものを除く。)及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 第1節に掲げられていない手術であって特殊な手術の手術料は、第1節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K702、K703、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、</p>	<p>4 区分番号K007(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254(1を算定する場合に限る。)、K328、K443の3、K444の4、K476(注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K800-3、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K702、K703、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K779-3、K</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【通則の見直し】</p>	<p>K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>6 区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びに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。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>	<p>780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>8 3歳未満の乳幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。</p> <p>10 H I V抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。</p> <p>11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（M R S A）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染者又は結核患者に対して、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号L004に掲げ</p>	<p>8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【通則の見直し】</p>	<p>る脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。</p> <p>12 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注4のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p> <p>13 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。</p> <p>14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>15 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を途中で中絶しなければならない場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。</p>	<p>14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、白蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>
<p>第1節 手術料</p> <p>第1款 皮膚・皮下組織 (皮膚、皮下組織) K002 デブリードマン</p> <p>【注の追加】</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p>	<p>K002 デブリードマン</p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,020点</p> <p>2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 2,300点</p> <p>3 3,000平方センチメートル以上 3,700点</p> <p>注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、5回を限度として算定する。</p> <p>注2 注1の場合を除き、当初の1回に限り算定する。</p> <p>(追加)</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p> <p>1 広汎切除 18,000点</p>	<p>1,020点</p> <p>2,300点</p> <p>4,810点</p> <p>注3 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。</p> <p>21,700点</p>

項 目	現 行	改 正
【注の新設】 (形 成) K013 分層植皮術	2 単純切除 11,000点 (新設)	11,000点 注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検(悪性黒色腫に係るものに限る。)を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。
【注の見直し】 K013-2 全層植皮術	K013 分層植皮術 1 25平方センチメートル未満 5,000点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,000点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点 4 200平方センチメートル以上 13,000点 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	3,330点 4,590点 6,660点 20,150点 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部(胸部を含む。)又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。
【注の見直し】 K014 皮膚移植術 【名称の見直し】 【注の見直し】	K013-2 全層植皮術 1 25平方センチメートル未満 10,000点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点 4 200平方センチメートル以上 30,000点 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	10,000点 12,500点 21,700点 31,350点 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部(胸部を含む。)又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。
【新設】	K014 皮膚移植術 4,700点 注1 同種皮膚移植を行った場合に算定する。 注2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 (新設)	K014 皮膚移植術(生体・培養) 4,700点 注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。 K014-2 皮膚移植術(死体) 1 200平方センチメートル未満 5,190点 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 6,920点 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 10,380点 4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 25,320点 5 3,000平方センチメートル以上 28,930点
第2款 筋骨格系・四肢・体幹 (筋膜、筋、腱、腱鞘) K026-2 股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	K026-2 股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症) 16,700点 (新設)	16,700点 注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
【注の新設】 【新設】 K043-3 骨髄炎・骨結核手術 【名称の見直し】	K043-3 骨髄炎・骨結核手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 8,580点	K040-2 指伸筋腱脱臼観血的整復術 10,470点 K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む。) 8,580点

項 目	現 行	改 正
	2 前腕、下腿 5,150点	5,150点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 3,590点	3,590点
(四 肢 骨) K051-2 中手骨又は中足骨摘除術 (2本以上)	K051-2 中手骨又は中足骨摘除術 (2本以上) 3,970点	5,160点
【注の新設】	(新設)	注 2本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。
(四肢関節、靱帯) K065 関節内異物 (挿入物) 除去術 【名称の見直し】	K065 関節内異物 (挿入物) 除去術 1 肩、股、膝 7,350点 2 胸鎖、肘、手、足 4,600点 3 肩鎖、指 (手、足) 2,950点	K065 関節内異物 (挿入物を含む。) 除去術 9,560点 4,600点 2,950点
K065-2 関節内異物 (挿入物) 除去術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K065-2 関節内異物 (挿入物) 除去術 (関節鏡下) 1 肩、股、膝 11,700点 2 胸鎖、肘、手、足 7,900点 3 肩鎖、指 (手、足) 6,100点	K065-2 関節鏡下関節内異物 (挿入物を含む。) 除去術 11,700点 9,460点 6,100点
K066-2 関節滑膜切除術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K066-2 関節滑膜切除術 (関節鏡下) 1 肩、股、膝 13,800点 2 胸鎖、肘、手、足 13,100点 3 肩鎖、指 (手、足) 9,500点	K066-2 関節鏡下関節滑膜切除術 13,800点 13,100点 12,350点
K066-4 滑液膜摘出術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K066-4 滑液膜摘出術 (関節鏡下) 1 肩、股、膝 13,800点 2 胸鎖、肘、手、足 13,100点 3 肩鎖、指 (手、足) 9,500点	K066-4 関節鏡下滑液膜摘出術 13,800点 13,100点 12,350点
K066-6 膝蓋骨滑液嚢切除 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K066-6 膝蓋骨滑液嚢切除 (関節鏡下) 13,100点	K066-6 関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術 13,100点
K066-8 掌指関節滑膜切除術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K066-8 掌指関節滑膜切除術 (関節鏡下) 9,500点	K066-8 関節鏡下掌指関節滑膜切除術 12,350点
K067-2 関節鼠摘出手術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K067-2 関節鼠摘出手術 (関節鏡下) 1 肩、股、膝 14,100点 2 胸鎖、肘、手、足 11,300点 3 肩鎖、指 (手、足) 7,100点	K067-2 関節鏡下関節鼠摘出手術 14,100点 14,690点 9,230点
K068-2 半月板切除術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K068-2 半月板切除術 (関節鏡下) 11,100点	K068-2 関節鏡下半月板切除術 12,610点
K069-3 半月板縫合術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K069-3 半月板縫合術 (関節鏡下) 12,700点	K069-3 関節鏡下半月板縫合術 14,470点
K074-2 靱帯断裂縫合術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K074-2 靱帯断裂縫合術 (関節鏡下) 1 十字靱帯 13,000点 2 膝側副靱帯 12,700点 3 指 (手、足) その他の靱帯 9,300点	K074-2 関節鏡下靱帯断裂縫合術 16,900点 12,700点 12,090点
K079-2 靱帯断裂形成手術 (関節鏡下) 【名称の見直し】	K079-2 靱帯断裂形成手術 (関節鏡下) 1 十字靱帯 20,800点	K079-2 関節鏡下靱帯断裂形成手術 31,200点

項 目	現 行	改 正	
【新設】 【新設】 (脊柱、骨盤) K132 椎弓形成手術 【注の見直し】 K134 椎間板摘出術 【注の新設】 K142 脊椎固定術 【注の見直し】 K142-2 脊椎側彎症手術 【項目の見直し】 【注の見直し】 K142-3 内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定） 【注の見直し】	2 膝側副靱帯 13,500点 3 指（手、足）その他の靱帯 11,900点 （新設） （新設） K132 椎弓形成手術 19,100点 注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に9,550点を加算する。ただし、加算点数は38,200点を限度とする。 K134 椎間板摘出術 1 前方摘出術 20,600点 2 後方摘出術 17,200点 3 側方摘出術 17,100点 4 経皮的髄核摘出術 10,100点 （新設） K142 脊椎固定術 1 前方椎体固定 34,800点 2 後方又は後側方固定 25,100点 3 後方椎体固定 34,800点 4 前方後方同時固定 50,000点 注 椎間が2以上の場合は、1 椎間を増すごとに、1 にあっては17,400点、2 にあっては12,550点、3 にあっては17,400点、4 にあっては25,000点を加算する。ただし、加算点数は1 にあっては69,600点、2 にあっては50,200点、3 にあっては69,600点、4 にあっては100,000点を限度とする。 K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点 注 椎間が2以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に17,400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする。	13,500点 12,610点 K080-3 肩腱板断裂手術 18,700点 K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術 27,040点 21,700点 注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に10,850点を加算する。ただし、加算点数は43,400点を限度とする。 26,780点 18,090点 21,700点 12,930点 注 2 について、2 以上の椎間板の摘出を行う場合には、1 椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。 37,240点 29,900点 37,420点 75,000点 注 椎間が2以上の場合は、1 椎間を増すごとに、1 にあっては18,620点、2 にあっては14,950点、3 にあっては18,710点、4 にあっては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1 にあっては74,480点、2 にあっては59,800点、3 にあっては74,840点、4 にあっては150,000点を限度とする。 K142-2 脊椎側彎症手術 1 固定術 37,420点 2 矯正術 イ 初回挿入 112,260点 ロ 交換術 37,420点 ハ 伸展術 20,540点 注 1 及び2 のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。 67,940点 注 椎間が2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に33,970点を加算する。ただし、加算点数は135,880点を限度とする。	
	第3款 神経系・頭蓋 (頭蓋、脳) K145 穿頭脳室ドレナージ 【名称の見直し】 【注の削除】 K177 脳動脈瘤頸部クリッピング K177 脳動脈瘤頸部クリッピング	K145 穿頭脳室ドレナージ 1,940点 注 3 歳以上6 歳未満の幼児の場合は、60点を加算する。 K177 脳動脈瘤頸部クリッピング	K145 穿頭脳室ドレナージ術 1,940点 (削除)

項 目	現 行	改 正
<p>【注の新設】</p> <p>K 178 脳血管内手術 【項目の見直し】</p> <p>K 178-3 選択的脳血栓・塞栓溶解術 【名称の見直し】</p> <p>(脊髄、末梢神経、交感神経) K 190-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填 【注の見直し】</p>	<p>1 1箇所 72,000点 2 2箇所以上 85,600点 (新設)</p> <p>K 178 脳血管内手術 40,900点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> <p>K 178-3 選択的脳血栓・塞栓溶解術 1 頭蓋内脳血管の場合 15,500点 2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈) 11,100点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> <p>K 190-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填 320点</p> <p>注 3月に1回に限り算定する。</p>	<p>103,710点 128,400点</p> <p>注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。 注2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。</p> <p>K 178 脳血管内手術 1 1箇所 61,350点 2 2箇所以上 81,800点</p> <p>K 178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術 23,250点 14,430点</p> <p>500点 注 1月に1回に限り算定する。</p>
<p>第4款 眼 (角膜、強膜) K 254 角膜切除術 【名称の見直し】 【項目の見直し】</p> <p>【注の新設】</p>	<p>K 254 角膜切除術 2,650点 (新設)</p>	<p>K 254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) 10,000点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 2 その他のもの 2,650点</p>
<p>第5款 耳鼻咽喉 (外 耳) K 298 外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術) 【名称の見直し】</p> <p>(中 耳) K 320 アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術) 【名称の見直し】</p> <p>(鼻) K 338 鼻甲介切除術 【項目の見直し】</p> <p>K 344 翼突管神経切除術(経鼻腔) 【名称の見直し】 (副鼻腔) K 365 翼突管神経切除術</p>	<p>K 298 外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術) 17,400点</p> <p>K 320 アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術) 27,000点</p> <p>K 338 鼻甲介切除術 1,520点</p> <p>K 344 翼突管神経切除術(経鼻腔) 15,700点</p>	<p>K 298 外耳道造設術・閉鎖症手術 22,620点</p> <p>K 320 アブミ骨摘出術・可動化手術 27,000点</p> <p>K 338 鼻甲介切除術 1 高周波電気凝固法によるもの 900点 2 その他のもの 1,520点</p> <p>K 344 経鼻腔的翼突管神経切除術 20,410点</p>

項 目	現 行	改 正
(経上顎洞) 【名称の見直し】 (咽頭、扁桃) 【新設】 【新設】 (喉頭、気管) K383 喉頭切開術 (喉頭 截開術) 【名称の見直し】 【新設】	K365 翼突管神経切除術 (経上顎洞) 17,100点 (新設) (新設) K383 喉頭切開術 (喉頭截開術) 7,940点 (新設)	K365 経上顎洞的翼突管神経切除術 21,700点 K379 副咽頭間隙腫瘍摘出術 1 経頸部によるもの 20,000点 2 経側頭下窩によるもの (下顎離断によるものを含む。) 32,000点 K379-2 副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術 1 経頸部によるもの 30,000点 2 経側頭下窩によるもの (下顎離断によるものを含む。) 50,000点 K383 喉頭切開・截開術 10,320点 K403-2 嚥下機能手術 1 輪状咽頭筋切断術 14,470点 2 喉頭挙上術 14,130点 3 喉頭気管分離術 21,700点 4 喉頭全摘術 21,700点
第6款 顔面・口腔・頸部 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) K407 顎・口蓋裂形成手術 【項目の見直し】 (顔面骨、顎関節) 【新設】	K407 顎・口蓋裂形成手術 1 軟口蓋のみのもの 8,590点 2 硬口蓋に及ぶもの 14,300点 3 顎裂を伴うもの 14,900点 (新設)	1 軟口蓋のみのもの 11,170点 2 硬口蓋に及ぶもの 18,590点 3 顎裂を伴うもの イ 片側 19,360点 ロ 両側 29,040点 K429-2 下顎関節突起骨折観血的手術 1 片側 21,700点 2 両側 36,170点
第7款 胸部 (乳腺) K476 乳腺悪性腫瘍手術 【注の新設】	K476 乳腺悪性腫瘍手術 1 単純乳房切除術 (乳腺全摘術) 11,400点 2 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの) 17,000点 3 乳房切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの) 20,000点 4 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴うもの (内視鏡下によるものを含む。)) 27,600点 5 乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの 29,100点 6 乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの 24,100点 7 拡大乳房切除術 (胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの) 34,000点 (新設)	11,400点 21,700点 20,000点 29,100点 29,100点 29,100点 36,170点 注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は、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。 注2 色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色

項 目	現 行	改 正
(気管支、肺) 【新設】 K 510-2 光線力学療法 (早期肺癌 (0期又は1期)に限る。) 【項目の見直し】	(新設) K 510-2 光線力学療法 (早期肺癌 (0期又は1期)に限る。) 6,700点	素の費用は、算定しない。 K 509-3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術 10,000点 K 510-2 光線力学療法 1 早期肺癌 (0期又は1期に限る。) に対するもの 8,710点 2 その他のもの 8,710点
(食道) K 522 食道狭窄拡張術 【項目の追加】	K 522 食道狭窄拡張術 1 内視鏡によるもの 6,200点 2 食道ブジー法 2,520点 注 短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。	1 内視鏡によるもの 8,060点 2 食道ブジー法 2,520点 3 拡張用バルーンによるもの 12,480点
【新設】 K 529 食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの) 【注の見直し】	(新設) K 529 食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの) 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの (胸腔鏡下によるものを含む。) 88,200点 2 胸部、腹部の操作によるもの 77,600点 3 腹部の操作によるもの 61,200点 注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	K 522-3 食道空置バイパス作成術 41,550点 113,900点 97,770点 69,840点 注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。
第8款 心・脈管 (心、心膜、肺動静脈、冠血管等) K 550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術 【注の新設】 K 560 大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。) 【名称の変更】	K 550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術 15,000点 (新設) K 560 大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。) 1 上行大動脈 (大動脈弁置換 (形成) 及び冠動脈再建を伴うもの) 93,000点 2 上行大動脈 (その他のもの) 84,300点 3 弓部大動脈 109,000点 4 上行大動脈 (大動脈弁置換 (形成) 及び冠動脈再建を伴うもの) 及び弓部大動脈の同時手術 143,000点 5 下行大動脈 75,300点 6 胸腹部大動脈 111,000点 7 腹部大動脈 (分枝血管の再建を伴うもの) 54,300点 8 腹部大動脈 (その他のもの) 52,000点 (新設)	15,110点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 1 上行大動脈 (心臓弁置換 (形成) 又は冠動脈再建を伴うもの) 114,510点 100,200点 114,510点 171,760点 85,880点 166,500点 54,300点 52,000点 K 567-2 経皮的動脈形成術 34,200点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K 570-3 経皮的肺動脈形成術 24,550点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K 592-2 肺動脈血栓内膜摘除術 100,190点
【新設】	(新設)	K 570-3 経皮的肺動脈形成術 24,550点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	(新設)	K 592-2 肺動脈血栓内膜摘除術 100,190点

項 目	現 行	改 正
K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 【項目の見直し】	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 20,900点	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 1 心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの 31,350点 2 その他のもの 26,440点 注1 三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。 注2
【注の追加】	(追加)	
【新設】 【新設】	(新設) (新設)	K597-3 埋込型心電図記録計移植術 1,260点 K597-4 埋込型心電図記録計摘出術 840点
K601 人工心肺（1日につき）	K601 人工心肺（1日につき） 1 初日 24,500点 2 2日目以降 3,000点 注1 初日に補助循環又は選択的冠灌流を併せて行った場合は、所定点数に4,800点を加算する（いずれか一方のみを算定する。）。 注2 初日に選択的脳灌流を併せて行った場合は、所定点数に7,000点を加算する。 注3 カニューレーション料は、所定点数に含まれるものとする。	24,500点 3,000点 注1 初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、所定点数に4,800点を加算する（主たるもののみを算定する。）。
【注の見直し】		
(動脈) K613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	K613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術） 24,700点	29,580点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【注の新設】	(新設)	K615-2 経皮的大動脈遮断術 1,390点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	(新設)	K616-3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。） 24,550点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	(新設)	
(静脈) K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置	K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置 1 開腹して設置した場合 11,800点 2 四肢に設置した場合 10,500点 3 頭頸部その他に設置した場合 10,800点 注1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を加算する。 注2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。	(削除) 1 四肢に設置した場合 10,500点 2 頭頸部その他に設置した場合 10,800点
【項目の削除】		
第9款 腹部 (腹壁、ヘルニア) 【新設】 【新設】	(新設) (新設)	K636-2 ダメージコントロール手術 7,210点 K637-2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 10,800点 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
(胃、十二指腸) 【新設】	(新設)	K651 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術 7,590点

項 目	現 行	改 正
K 653-4 表在性早期胃癌 光線力学療法 【名称の見直し】	K 653-4 表在性早期胃癌光線力学療法 4,970点	K 653-4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法 4,970点
K 667-3 内視鏡下食道噴 門部縫縮術 【名称の見直し】 (胆嚢、胆道) 【新設】	K 667-3 内視鏡下食道噴門部縫縮術 12,000点 (新設)	K 667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術 12,000点 K 677-2 肝門部胆管悪性腫瘍手術 1 血行再建あり 121,050点 2 血行再建なし 97,050点
(肝) K 695 肝切除術 【項目の見直し】	K 695 肝切除術 1 部分切除 21,500点 2 区域切除 26,300点 3 葉切除 49,000点 4 拡大葉切除 64,700点 5 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合 80,700点 (新設)	27,950点 2 区域切除・亜区域切除 39,450点 73,500点 97,050点 97,770点 K 695-2 腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 50,600点 2 外側区域切除 62,100点
(膵) K 698 急性膵炎手術 【項目の見直し】	K 698 急性膵炎手術 21,600点 (新設)	K 698 急性膵炎手術 1 感染性壊死部切除を伴うもの 49,390点 2 その他のもの 21,700点 K 700 膵中央切除術 45,000点
【新設】 K 702 膵体尾部腫瘍切除 術 【項目の追加】	K 702 膵体尾部腫瘍切除術 1 膵尾側切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場 合 21,200点 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術 の場合 30,000点 3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併 切除を伴う腫瘍切除術の場合 35,000点 4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 40,000点	1 膵尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場 合 イ 脾同時切除の場合 21,200点 ロ 脾温存の場合 21,750点 38,890点 52,500点 55,870点
(空腸、回腸、盲腸、虫 垂、結腸) K 721 内視鏡的結腸ポ リープ・粘膜切除術 【項目の見直し】	K 721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点 2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,360点	1 長径2センチメートル未満 5,000点 2 長径2センチメートル以上 7,000点
K 721-2 内視鏡的大腸ポ リープ切除術 【項目の見直し】	K 721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術 5,360点 (新設)	K 721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術 1 長径2センチメートル未満 5,000点 2 長径2センチメートル以上 7,000点
(直腸) 【新設】	(新設)	K 739-2 経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限 る。） 20,120点
第10款 尿路系・副腎 (尿管) 【新設】 (膀胱) 【新設】	(新設) (新設)	K 794-2 経尿道的尿管癌切除術 15,500点 K 800-3 膀胱水圧拡張術 5,500点 注1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場 合に限り算定する。

項 目	現 行	改 正
K802-2 膀胱脱手術 【項目の見直し】 【新設】 (尿道) K821-3 尿道ステント前 立腺部尿道拡張術 【注の追加】	K802-2 膀胱脱手術 9,980点 (新設) K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点 (追加)	注2 灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。 注3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K802-2 膀胱脱手術 1 メッシュを使用するもの 24,720点 2 その他のもの 12,970点 K812-2 排泄腔外反症手術 1 外反膀胱閉鎖術 51,850点 2 膀胱腸裂閉鎖術 103,710点 12,300点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
第11款 男性性器	第11款 男性性器	第11款 性器 ※ 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。
第12款 女性性器 (産科手術) K898 帝王切開術 【項目の追加】 (その他) 【新設】	第12款 女性性器 K898 帝王切開術 1 緊急帝王切開 17,800点 2 選択帝王切開 15,000点 (新設)	第12款 削除 ※ 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。 1 緊急帝王切開 19,340点 2 選択帝王切開 19,340点 3 前置胎盤を合併する場合 21,700点 K913-2 性腺摘出術 1 開腹によるもの 4,830点 2 腹腔鏡によるもの 14,300点
第2節 輸血料 K921 移植骨髄穿刺（一連につき） 【項目の見直し】 【注の見直し】 【注の追加】 K922 骨髄移植 【項目の見直し】	K921 移植骨髄穿刺（一連につき） 16,600点 注 骨髄提供者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用並びに骨髄提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。 (追加) K922 骨髄移植 1 同種移植 57,200点 2 自家末梢血幹細胞移植 30,000点 3 同種末梢血幹細胞移植 55,000点 4 自家造血幹細胞移植 25,000点	K921 造血幹細胞採取（一連につき） 1 骨髄採取 イ 同種移植の場合 19,200点 ロ 自家移植の場合 15,000点 2 末梢血幹細胞採取 イ 同種移植の場合 19,200点 ロ 自家移植の場合 15,000点 注1 同種移植における造血幹細胞提供者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。 注2 造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。 K922 造血幹細胞移植 1 骨髄移植 イ 同種移植の場合 65,600点 ロ 自家移植の場合 25,000点 2 末梢血幹細胞移植 イ 同種移植の場合 65,600点 ロ 自家移植の場合 30,000点 3 臍帯血移植 44,300点

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p> <p>K922-2 臍帯血移植 【削除】</p>	<p>注1 骨髄移植において同種移植を行った場合は、骨髄採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。</p> <p>注2 骨髄移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。</p> <p>注4 骨髄移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注5 骨髄移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 同種末梢血幹細胞移植に用いられた末梢血幹細胞に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれる。</p> <p style="text-align: right;">(追加)</p> <p>K922-2 臍帯血移植 44,300点</p> <p>注1 臍帯血移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、26点を加算する。</p> <p>注3 臍帯血移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 臍帯血移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注5 移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>注1 同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。</p> <p>注2 造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。</p> <p>注4 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(削除)</p> <p>注6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(削除)</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>K930 脊髄誘発電位測定加算 【名称の見直し】 【注の見直し】</p> <p>K931 超音波凝固切開装置等加算 【注の見直し】</p> <p>K932 創外固定器加算 【注の見直し】</p> <p>K936 自動縫合器加算 【注の見直し】</p>	<p>K930 脊髄誘発電位測定加算 3,130点 注 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合に算定する。</p> <p>K931 超音波凝固切開装置等加算 3,000点 注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。</p> <p>K932 創外固定器加算 10,000点 注 区分番号K046及びK058に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。</p> <p>K936 自動縫合器加算 2,500点 注 区分番号K511、K513、K514、K514-2、K517、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K711-2、K716、K719、K719-2、K719-3、K735、K735-3、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げ</p>	<p>K930 脊髄誘発電位測定等加算 3,130点 注 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定等を行った場合に算定する。</p> <p>3,000点 注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。</p> <p>10,000点 注 区分番号K046、K058又はK125に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。</p> <p>2,500点 注 区分番号K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K711-2、K716、K719、K719-2、K719-3、K732の2、K735、K735-3、K739からK740-2まで、K</p>

項 目	現 行	改 正
<p>K936-2 自動吻合器加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>る手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。</p> <p>K936-2 自動吻合器加算 5,500点</p> <p>注 区分番号K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K657、K657-2、K702、K703、K719-2の2、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。</p>	<p>803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。</p> <p>5,500点</p> <p>注 区分番号K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。</p>

第2章 特掲診療料 第11部 麻酔

項 目	現 行	改 正
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注4のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。</p> <p>4 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。</p> <p>5 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。</p>	<p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p>
<p>第1節 麻酔料</p>	<p>L 000 迷もう麻酔 31点</p> <p>L 001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点</p> <p>L 001-2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 120点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの 600点</p> <p>L 002 硬膜外麻酔</p> <p>1 頸・胸部 1,500点</p> <p>2 腰部 800点</p> <p>3 仙骨部 340点</p> <p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数にそれぞれ</p>	

項 目	現 行	改 正
L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	<p>れ750点、400点、170点を加算する。</p> <p>L 003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。） 80点 注 精密持続注入を行った場合は、所定点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>L 004 脊椎麻酔 850点 注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に128点を加算する。</p> <p>L 005 上・下肢伝達麻酔 170点</p> <p>L 006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。） 150点</p> <p>L 007 開放点滴式全身麻酔 310点</p> <p>L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、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酔の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点</p> <p>ロ イ以外の場合 18,300点</p> <p>2 座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。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、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酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点</p> <p>ロ イ以外の場合 12,200点</p> <p>3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点</p> <p>ロ イ以外の場合 9,150点</p> <p>4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,710点</p> <p>5 その他の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,100点</p> <p>注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。</p> <p>注2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,800点</p> <p>ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,200点</p>	<p>2 座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。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、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酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点</p> <p>ロ イ以外の場合 12,200点</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 821 253 846">【注の追加】</p> <p data-bbox="144 1085 294 1136">L 009 麻酔管理料 【名称の見直し】</p> <p data-bbox="157 1246 281 1271">【注の見直し】</p> <p data-bbox="157 1477 253 1503">【注の追加】</p> <p data-bbox="144 1535 198 1561">【新設】</p>	<p data-bbox="377 135 795 289">ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 900点 ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 660点 ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 600点</p> <p data-bbox="377 299 795 454">注3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p data-bbox="377 454 795 579">注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 頸・胸部 750点 ロ 腰部 400点 ハ 仙骨部 170点</p> <p data-bbox="377 589 795 685">注5 注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注4の各号に掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。</p> <p data-bbox="377 714 795 821">注6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="720 821 782 846">（追加）</p> <p data-bbox="377 1004 795 1081">L 008-2 低体温療法（1日につき） 12,200点 注 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 1110 541 1136">L 009 麻酔管理料</p> <p data-bbox="377 1139 795 1236">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</p> <p data-bbox="377 1246 795 1420">注1 麻酔管理料を算定する旨を当該保険医療機関の所在地の地方厚生局長等に対して届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="377 1429 795 1487">注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、所定点数に700点を加算する。</p> <p data-bbox="720 1477 782 1503">（追加）</p> <p data-bbox="720 1535 782 1561">（新設）</p>	<p data-bbox="816 589 1234 714">注5 注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。</p> <p data-bbox="816 821 1234 994">注7 心臓手術が行われる場合又は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若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、所定点数に880点を加算する。</p> <p data-bbox="816 1110 1008 1136">L 009 麻酔管理料（I）</p> <p data-bbox="816 1246 1234 1420">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の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臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="816 1477 1234 1535">注3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料（II）を算定している場合は算定できない。</p> <p data-bbox="816 1535 1008 1561">L 010 麻酔管理料（II）</p> <p data-bbox="816 1564 1234 1603">1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点</p> <p data-bbox="816 1613 1234 1661">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</p> <p data-bbox="816 1671 1234 1767">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>第2節 神経ブロック料</p> <p>L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>1 トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点</p> <p>2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点</p> <p>5 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340点</p> <p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック 170点</p> <p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック 90点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）</p> <p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 3,000点</p> <p>2 胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック 1,800点</p> <p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック 800点</p> <p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、</p>	<p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック 340点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L102 神経幹内注射 25点</p> <p>L103 カテラン硬膜外注射 140点</p> <p>L104 トリガーポイント注射 80点</p> <p>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。） 80点</p> <p>注 精密持続注入を行った場合は、所定点数に1日につき80点を加算する。</p>	
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>L200 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>L300 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

項 目	現 行	改 正
	症)を有する患者に対して、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、月1回に限り算定する。	腺癌及び甲状腺機能亢進症)を有する患者に対して、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、月1回に限り算定する。
【注の追加】	(追加)	注2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、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、月1回に限り算定する。
【注の追加】	(追加)	注3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、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、月1回に限り算定する。
M001 体外照射	M001 体外照射	
	1 エックス線表在治療	
	イ 1回目 110点	
	ロ 2回目 33点	
【点数の見直し】	2 コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射	
	イ 1回目 500点	250点
	ロ 2回目 150点	75点
	3 高エネルギー放射線治療	
	イ 1回目	
	(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点	840点
	(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点	1,320点
	(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点	1,800点
	ロ 2回目	
	(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点	280点
	(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 410点	440点
	(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点	600点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。	
	4 強度変調放射線治療 (IMRT)	
	イ 1回目 3,000点	
	ロ 2回目 1,000点	
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。	
	注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。	
	注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
	注3 体外照射用固定器具を使用した場合は、所定点数に1,000点を加算する。	
【注の追加】	(追加)	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療 (IGRT) による体外照射 (3のイの3)若しくはロの3又は4に係るものに限る。)を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

項 目	現 行	改 正
	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点	
	M001-3 直線加速器による定位放射線治療 63,000点	
	注 直線加速器による定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
M002 全身照射（一連につき） 【点数の見直し】 【注の見直し】	M002 全身照射（一連につき） 10,000点 注 骨髄移植を目的として行われるものに限る。	30,000点 注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。
	M003 電磁波温熱療法（一連につき） 1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点 2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点	
M004 密封小線源治療（一連につき） 【点数の見直し】	M004 密封小線源治療（一連につき） 1 外部照射 80点 2 腔内照射 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点 ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点 ハ その他の場合 1,500点 3 組織内照射 イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点 ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点 ハ その他の場合 6,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点 注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。 注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。 注3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 注4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。 注5 食道用アプリケーター又は気管、気管支用アプリケーターを使用した場合は、それぞれ所定点数に6,700点又は4,500点を加算する。 注6 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。	2 腔内照射 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 10,000点 ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 500点 ハ その他の場合 5,000点 3 組織内照射 ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 23,000点 ハ その他の場合 19,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点 注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。
	M005 血液照射 110点	

第2章 特掲診療料 第13部 病理診断

項 目	現 行	改 正
通則	<ol style="list-style-type: none"> 1 病理診断の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節及び第2節並びに第3部第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第3部第5節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第3部第6節の所定点数を合算した点数により算定する。 4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊な病理診断の病理標本作製料又は病理診断・判断料は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。 5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 	
第1節 病理標本作製料 N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 【項目の見直し】	通則 <ol style="list-style-type: none"> 1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。 2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。 N000 病理組織標本作製（1臓器につき） 880点 N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 2,000点 N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 <ol style="list-style-type: none"> 1 エストロジェンレセプター 720点 2 プロゲステロンレセプター 690点 3 H E R 2 タンパク 690点 4 その他（1臓器につき） 350点 注 1 及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、主たる病理組織標本作製の所	 4 E G F R タンパク 690点 5 その他（1臓器につき） 400点 注 1

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p>定点数に180点を加算する。</p> <p>(追加)</p> <p>N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990点</p> <p>注 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行った場合に限り、当該患者について算定する。</p> <p>【新設】</p> <p>(新設)</p> <p>N004 細胞診（1部位につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 婦人科材料 150点</p> <p>2 その他 190点</p> <p>N005 H E R 2 遺伝子標本作製 2,500点</p>	<p>注2 5については、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1,600点を加算する。</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p> <p>N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p> <p>1 婦人科材料等によるもの 150点</p> <p>2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点</p>	
<p>第2節 病理診断・判断料</p> <p>N006 病理診断料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>N006 病理診断料 410点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>【注の追加】</p> <p>(追加)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組織</p>	<p>1 組織診断料 500点</p> <p>2 細胞診断料 240点</p> <p>注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>N007 病理判断料 【点数の見直し】</p>	<p>標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製は別に算定できないものとする。</p> <p>N007 病理判断料 146点</p> <p>注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。</p>	<p>病理標本作製料は、別に算定できない。</p> <p>150点</p>

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

項 目	現 行	改 正
(改正なし)	<p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p>	
	<p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 緊急時施設治療管理料 500点 <small>注</small> 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p> <p>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 <small>薬剤</small> 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤 1 調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 <small>注</small> 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。</p> <p>3 施設入所者材料料 <small>イ</small> 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料 <small>ロ</small> 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 <small>注</small> イ及びロの算定方法については第2章の例による。</p> <p>4 その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 <small>イ</small> 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料 <small>ロ</small> 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） <small>ハ</small> 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） <small>ニ</small> 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） <small>ホ</small> 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。） <small>ヘ</small> 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に</p>	

項 目	現 行	改 正
	掲げる診療料 ト 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。） チ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。） リ 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）	
(改正なし)	第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 1 施設入所者共同指導料 600点 注 併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤 1 調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。 3 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料 ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。 4 その他の診療料 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料（Ⅰ）、診療情報提供料（Ⅰ）（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。） ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） ヘ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） ト 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）	

項 目	現 行	改 正
	チ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料 リ 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。） ス 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。） ル 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）	

第4章 経過措置

現 行	改 正
<p>第1部 経過措置</p> <p>第1章の規定にかかわらず、次の表の第1欄に掲げる診療料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち同表の第2欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第3欄に掲げる患者について、同表の第4欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。</p>	<p>1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。</p> <p>2 第1章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成24年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>イ 区分番号D001の3に掲げるポルフィリン定性</p> <p>ロ 区分番号D001の3に掲げるアミラーゼ（定性、半定量）</p> <p>ハ 区分番号D001の4に掲げるビリルビン</p> <p>ニ 区分番号D001の5に掲げるウロビリン</p> <p>ホ 区分番号D003の1に掲げる潜血反応検査</p> <p>ヘ 区分番号D003の2に掲げる糞便中ウロビリノゲン</p> <p>ト 区分番号D005の11に掲げる動的赤血球膜物性検査</p> <p>チ 区分番号D006の11に掲げる全血凝固溶解時間測定（Ratnoff法等）</p> <p>リ 区分番号D006の11に掲げる血清全プラスミン測定法（血清S K活性化プラスミン値）</p> <p>ス 区分番号D007の1に掲げる酸ホスファターゼ</p> <p>ル 区分番号D007の14に掲げるリポプロテイン</p> <p>ヲ 区分番号D008の2に掲げる17-ヒドロキシコルチコステロイド（17-OHCS）</p> <p>ワ 区分番号D008の3に掲げる17-ケトステロイド（17-KS）</p> <p>カ 区分番号D023の5に掲げるDNAポリメラーゼ</p>
<p>第2部 算定制限</p> <p>第2章の規定にかかわらず、区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料並びに区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注7及び区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料の注7に規定する加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できるものとする。</p>	<p>（削除）</p>

（現行・経過措置の表）

第1欄	第2欄	第3欄	第4欄
区分番号A000に掲げる初診料の注7に規定する電子化加算	保険医療機関	第2欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者	平成23年3月31日までの間
区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料	医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関	第1欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	当分の間

Ⅱ 調剤報酬点数表 新旧対照表

項 目	現 行	改 正
第 1 部 調剤報酬 通 則	1 投薬の費用は、第 1 節から第 3 節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 第 1 節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前 2 号により算定した所定点数並びに第 4 節の所定点数を合算した点数により算定する。	（「第 2 部 算定制限」の削除にともない「第 1 部」表記なし） 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前 2 号により算定した所定点数及び第 4 節の所定点数を合算した点数により算定する。
第 1 節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 【注の見直し】 【注の見直し】	00 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 40点 注 1 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 70% を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付 1 回につき 18 点を算定する。 注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注 1 に該当する場合には注 1 に掲げる点数）に加算する。 イ 基準調剤加算 1 10点 ロ 基準調剤加算 2 30点 注 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注 1 に該当する場合には注 1 に掲げる点数）に 4 点を加算する。 注 4 長期投薬（14 日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における 2 回目以降の調剤については、1 分割調剤につき 5 点を算定する。なお、当該調剤においては第 2 節薬学管理料は算定しない。 注 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局	注 1 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 70% を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付 1 回につき 24 点を算定する。 注 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注 1 に該当する場合には注 1 に掲げる点数）に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点 ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 13点 ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 17点 注 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局

項 目	現 行	改 正
01 調剤料	<p>における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料（後期高齢者である患者にあっては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を除く。）は算定しない。</p>	<p>における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。</p>
【項目の見直し】	<p>01 調剤料</p> <p>1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分（1日分につき）</p> <p style="text-align: right;">5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき）</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点</p> <p>ハ 22日分以上の場合 77点</p> <p>注1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。</p> <p>注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分（1日分につき）</p> <p style="text-align: right;">5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき）</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点</p> <p>ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点</p> <p>ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 56日分以下の場合</p> <p style="text-align: right;">投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 270点</p>
【注の追加】		
【項目の見直し】	<p>2 屯服薬 21点</p> <p>注 1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>3 浸煎薬（1調剤につき） 190点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>4 湯薬（1調剤につき） 190点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 190点</p> <p>ロ 8日分以上28日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 190点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき）</p> <p style="text-align: right;">10点</p> <p>ハ 29日分以上の場合 400点</p> <p>注（略）</p>
【項目の削除】	<p>5 一包化薬 89点</p> <p>注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p> <p>6 注射薬 26点</p> <p>注 1回の処方せん受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>7 外用薬（1調剤につき） 10点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤</p>	<p>（削除）</p> <p>5</p> <p>6</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>した場合は、1調剤につき10点を算定する。</p> <p>注2 6の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。</p> <p>注3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき8点を加算する。</p> <p>注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p> <p>注5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付1回につき40点を加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点</p> <p>(2) 液剤 75点</p> <p>ハ 外用薬</p> <p>(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点</p> <p>(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤 75点</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤に</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>よる場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数)を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。</p> <p>イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合</p> <p>(1) 液剤の場合 75点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 90点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 液剤の場合 35点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 45点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80点</p> <p>注8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数(内服薬の場合は、1剤に係る所定点数)に1調剤につき2点を加算する。</p>	
<p>第2節 薬学管理料</p> <p>10 薬剤服用歴管理指導料(処方せんの受付1回につき)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>11 薬剤情報提供料(処方せんの受付1回につき)</p>	<p>10 薬剤服用歴管理指導料(処方せんの受付1回につき) 30点</p> <p>注1 患者(後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。)について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p> <p>注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点</p> <p>ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p> <p>(追加)</p> <p>注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</p> <p>注5</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>11 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点</p> <p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>12 削除</p> <p>13 長期投薬情報提供料</p> <p>1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき） 18点</p> <p>2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき） 28点</p> <p>注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>14 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき） 10点</p> <p>注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。</p> <p>注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>14の2 外来服薬支援料 185点</p> <p>注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 【削除】</p>	<p>定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。</p> <p>15の4 退院時共同指導料 600点</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>16 調剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点</p> <p>注1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>17 服薬情報提供料 15点</p> <p>注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。</p> <p>注3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 35点</p> <p>注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用</p>	<p>18及び19 削除</p>

項 目	現 行	改 正
<p>19 後期高齢者終末期相談支援料 【削除】</p>	<p>量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p> <p>注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点</p> <p>ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p> <p>注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> <p>19 後期高齢者終末期相談支援料 200点</p> <p>注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>第3節 薬 剤 料</p>	<p>20 使用薬剤料</p> <p>1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点</p> <p>2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点</p> <p>注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>30 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第2部 算定制限 【削除】</p>	<p>前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。</p>	<p>(削除)</p>



Ⅲ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 新旧対照表

項 目	現 行	改 正
<p>1 訪問看護基本療養費 (1日につき) 【注の見直し】</p>	<p>注3 ハについては、指定訪問看護を受けようとする者が老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、同法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは同法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）である場合に、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、利用者1人につき週3日（同一の利用者について、イ及びハを併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。</p>	<p>注3 ハについては、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。</p> <p>注10 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。</p> <p>注11 イ及びハについては、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を</p>
【注の追加】	(追加)	
【注の追加】	(追加)	

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>注10 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。</p> <p>イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合</p> <p>ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合</p> <p>ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合</p>	<p>得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合 4,300円</p> <p>ロ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合 3,800円</p> <p>注12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。</p> <p>イ 病院、診療所及び介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合</p> <p>ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合</p> <p>ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合（ニ又はホに規定する利用者が指定訪問看護を受けている場合を除く。）</p> <p>ニ 次に掲げる利用者が、他の2つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合</p> <p>(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（ホに規定する利用者を除く。）</p> <p>(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの</p> <p>ホ 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合</p>
<p>2 訪問看護管理療養費 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>イ 月の初日の訪問の場合 7,050円</p> <p>ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 2,900円</p> <p>注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。</p>	<p>イ 月の初日の訪問の場合 7,300円</p> <p>ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 2,950円</p> <p>注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。</p>
<p>4 後期高齢者終末期相談支援療養費 【削除】</p>	<p>2,000円</p> <p>注 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機</p>	<p>(削除)</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>関の保険医が判断した後期高齢者（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付を受ける者をいう。）である利用者（在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものに限る。）に対して、利用者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、利用者1人につき1回に限り算定する。</p>	
<p>5 訪問看護ターミナルケア療養費 【注の見直し】</p>	<p>注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を算定する。</p>	<p>注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。</p>
<p>通則 【通則の削除】</p>	<p>3 第1号の4の規定にかかわらず、後期高齢者終末期相談支援療養費は、別に厚生労働大臣が定める日より算定できるものとする。</p>	<p>(削除)</p>