

## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成24年2月10日)

## 2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 A000 初診料  【注の見直し】   【注の見直し】   【注の見直し】	注6 著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。	注6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。
	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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。	注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を加算する。
	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

【注の追加】

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

(追加)

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

注11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定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を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定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限る。）にて注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

【注の見直し】

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる

よう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

よう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

注 イについては、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に算定する。ロ及びハについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。

## 第2節 再診料

### A002 再診料

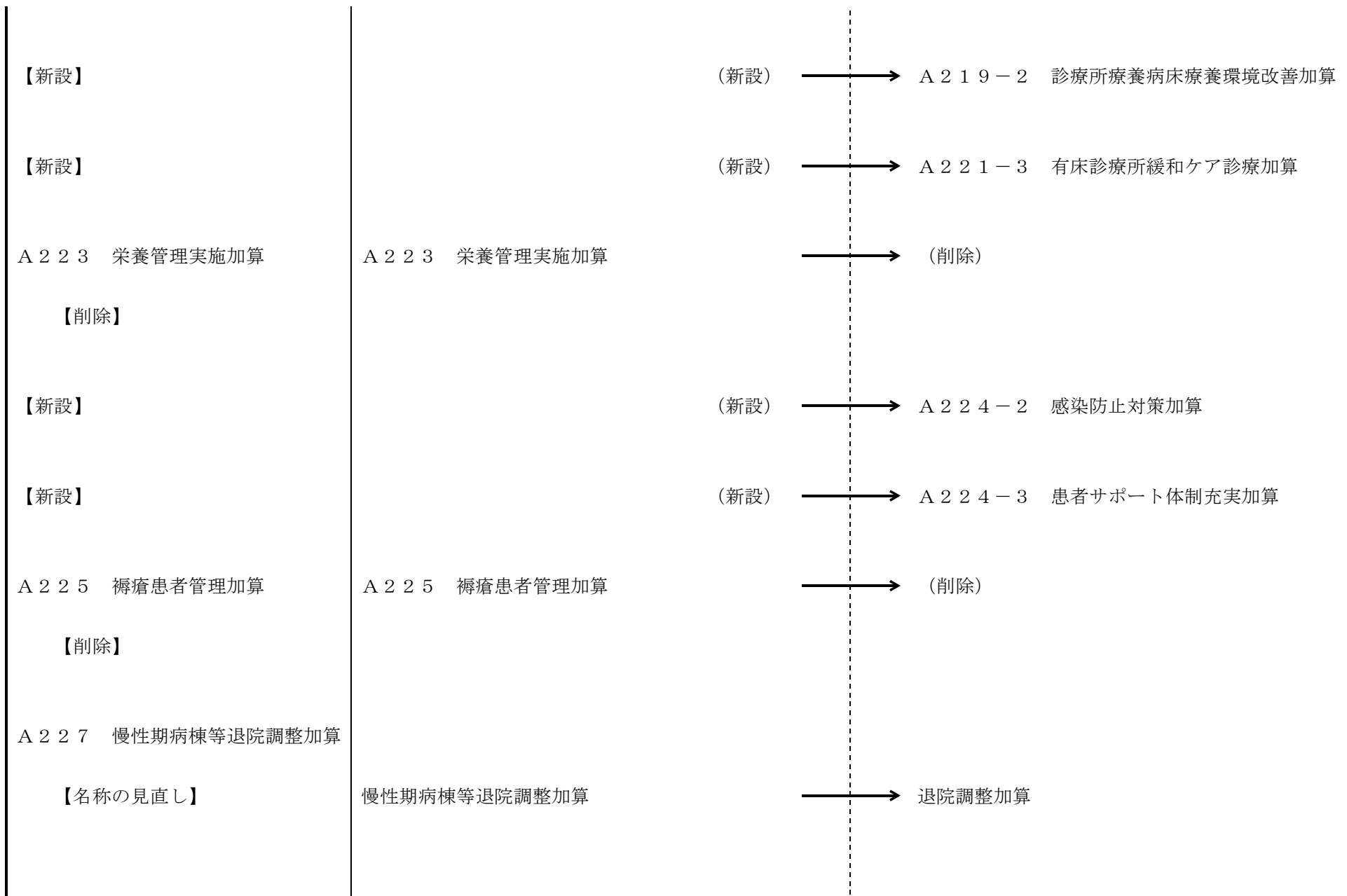
【注の見直し】

注4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して再

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を

<p>【注の追加】</p>	<p>診を行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。</p>															
<p>【注の見直し】</p>	<p>注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>1回目</td> <td>232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td>90点</td> </tr> </table>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点	<p>→</p>	<p>注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>同一建物居住者以外の場合</td> <td>170点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）</td> <td>85点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）</td> <td>50点</td> </tr> </table>	イ	同一建物居住者以外の場合	170点	ロ	同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）	85点	ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点
イ	1回目	232点																
ロ	2回目以降	90点																
イ	同一建物居住者以外の場合	170点																
ロ	同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）	85点																
ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点																

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>（新設）</p>	<p>6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみの診療を行う保険医療機関にあつては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。</p> <p>救急医療管理加算</p> <p>A218-2 療養病棟療養環境改善加算</p>



A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	→	(削除)
【削除】			
【新設】		→	(新設) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
第3節 特定入院料			
【新設】		→	(新設) A 3 0 4 小児入院医療管理料
【新設】		→	(新設) A 3 0 5 特定一般病棟入院料





【注の削除】

注6 当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(削除)

【新設】

(新設)

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料  
300点

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理

【新設】

(新設)

計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B000-6 周術期口腔機能管理料(I)

- 1 手術前 190点
- 2 手術後 190点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

【新設】

(新設)

2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

- 1 手術前 300点
- 2 手術後 300点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内に

【新設】

(新設)

において、月2回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月にお

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

【注の見直し】

注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る

いて、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 4 - 6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る

施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

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、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

B002 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

【項目の見直し】

100点

- 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点
- 2 1以外の場合 100点

【注の追加】

(追加)

- 注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

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、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カ



B004-1-4 入院栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた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。

ウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師と医師との連携の下に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。

【新設】

(新設)

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には

【新設】

(新設)

、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1	外来リハビリテーション診療料1	69点
2	外来リハビリテーション診療料2	104点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A0

【新設】

(新設)

02に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 280点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。

2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げ

B 0 0 4 - 2 手術前医学管理料

【注の見直し】

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に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に相当する点数により別に算定できる。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。

る初診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定しない。

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上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（区分番号E 0 0 0及び区分番号E 1 0 0に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。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。

B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

注4 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

B006-3 がん治療連携計画策定料

【項目の見直し】

750点

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| 1 | がん治療連携計画策定料 1 | 750点 |
| 2 | がん治療連携計画策定料 2 | 300点 |

【注の見直し】

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注4 区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-3 がん治療連携管理料 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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

B007 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

410点

555点

【注の見直し】

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(削除)

B009 診療情報提供料(I)

【注の追加】

(追加)

注7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合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、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

【新設】

(新設)

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料  
(1口腔につき) 480点



B 0 1 4 退院時共同指導料 1

【注の追加】

(追加)

注 区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月 1 回に限り算定する。

注 2 注 1 の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に 200 点を加算する。

B 0 1 5 退院時共同指導料 2

【注の見直し】

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しく

【注の追加】

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回に限り算定できる。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回までに限り算定する。

(追加)

は当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。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回までに限り算定する。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227に掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者</p>	<p>850点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

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

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

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

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

【注の見直し】

注4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

【注の追加】

(追加)

注10 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 110点
- ロ 同一建物居住者の場合 45点

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

【注の見直し】

注3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる

注3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に

歯科矯正管理料は、別に算定できない。

掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

【注の削除】

注4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

(削除)

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

C 0 0 2 救急搬送診療料

【注の追加】

C 0 0 5 在宅悪性腫瘍患者指導管理  
料

【新設】

(追加)

注2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

(新設)

C 0 0 5 - 2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料  
1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定しない。

3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科

医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。



項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査  【名称の見直し】  【項目の見直し】  【注の見直し】  【新設】	歯周組織検査  3 混合歯列期歯周組織検査 40点  注 同一の患者につき1月以内に歯周組織検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査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。  (新設)	歯周病検査  3 混合歯列期歯周病検査 40点  注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査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。  D002-5 歯周病部分的再評価検査 (1歯につき) 15点  注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後

<p>D003-2 口腔内写真検査（1枚につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 区分番号D002に掲げる歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度として算定する。</p>	<p>に1回に限り算定する。</p> <p>注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。</p>
<p>D004 平行測定（1装置につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 100点</p>	<p>1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 100点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の見直し】</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第1節の診断料は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</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第1節の診断料は（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</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第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。</p>	<p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。</p>

【通則の見直し】

- 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、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）  
10点
  - ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
  - ハ その他の場合 60点

【通則の見直し】

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、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歯科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、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

- 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、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）  
10点
  - ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
  - ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合  
120点
  - ニ その他の場合 60点

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、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歯科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、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

- 7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）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

【通則の見直し】

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）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前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歯科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により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

て、画像診断を専ら担当する常勤の歯科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、歯科画像診断管理加算2として、月1回に限り所定点数に180点を加算する。

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）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6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歯科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、月1回に限り、歯科画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7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

E 0 0 0 写真診断

【項目の見直し】

1	単純撮影	
イ	歯科エックス線撮影	
	(1) 全顎撮影の場合	160点
	(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	20点
ロ	その他の場合	85点
2	特殊撮影	
イ	歯科パノラマ断層撮影	125点
ロ	歯科パノラマ断層撮影以外の場合 （一連につき）	96点
3	造影剤使用撮影	72点

【注の見直し】

注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

担当する常勤の歯科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、月1回に限り、歯科画像診断管理加算2を算定することができる。

1	単純撮影	
イ	歯科エックス線撮影	
	(1) 全顎撮影の場合	160点
	(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	20点
ロ	その他の場合	85点
2	特殊撮影	
イ	歯科パノラマ断層撮影	125点
ロ	歯科パノラマ断層撮影以外の場合 （一連につき）	96点
3	歯科用3次元エックス線断層撮影	450点
4	造影剤使用撮影	72点

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 3については、撮影の回数にかかわらず、  
月1回に限り算定できる。

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口  
腔軟組織

【名称の見直し】

歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

1 単純撮影

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

イ 歯科エックス線撮影

(1) 全顎撮影の場合

(1) 全顎撮影の場合

(一) アナログ撮影 250点

(一) アナログ撮影 250点

(二) デジタル撮影 252点

(二) デジタル撮影 252点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(一) アナログ撮影 25点

(一) アナログ撮影 25点

(二) デジタル撮影 28点

(二) デジタル撮影 28点

ロ その他の場合

ロ その他の場合

(1) アナログ撮影 65点

(1) アナログ撮影 65点

(2) デジタル撮影 68点

(2) デジタル撮影 68点

2 特殊撮影

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

(1) アナログ撮影 180点

(1) アナログ撮影 180点

(2) デジタル撮影 182点

(2) デジタル撮影 182点

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につ  
つき）

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につ  
つき）

(1) アナログ撮影 264点

(1) アナログ撮影 264点

(2) デジタル撮影 266点

(2) デジタル撮影 266点

3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につ

	3 造影剤使用撮影		き)	600点
	イ アナログ撮影	148点	4 造影剤使用撮影	
	ロ デジタル撮影	150点	イ アナログ撮影	148点
			ロ デジタル撮影	150点
【注の追加】		(追加)	注3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、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。	
【注の追加】		(追加)	注4 3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれるものとする。	
E200 基本的エックス線診断料 (1日につき)				
【注の見直し】	注2 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。		注2 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。	
	イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの		イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの	
	ロ 区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの		ロ 区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの	





項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第5節 処方せん料</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若しくは健康保険法第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を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</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若しくは健康保険法第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を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

F 4 0 0 処方せん料

【注の追加】

(追加)

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</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、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>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、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植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>1 外来化学療法加算1</p> <p>イ 外来化学療法加算A</p> <p>(1) 15歳未満 780点</p> <p>(2) 15歳以上 580点</p> <p>ロ 外来化学療法加算B</p> <p>(1) 15歳未満 630点</p> <p>(2) 15歳以上 430点</p>

2	外来化学療法加算 2	
イ	外来化学療法加算 A	
(1)	15歳未満	700点
(2)	15歳以上	450点
ロ	外来化学療法加算 B	
(1)	15歳未満	600点
(2)	15歳以上	350点

第1節 注射料

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入  
(1日につき)

【注の見直し】

注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。

注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき)

【名称の見直し】

埋込型カテーテルによる中心静脈栄養

植込型カテーテルによる中心静脈栄養

G020 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合  
(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び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者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、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。

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、点滴注射、中心静脈注射及び植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者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、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。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

【注の見直し】

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

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つて、歯科医

ある場合その他これに準ずる場合であって、  
歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</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45点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加)</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</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 別に厚生労働大臣が定める施設基準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14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</p>



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単位に限り算定する。

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単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

(1 単位)

- |              |      |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 221点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 212点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

(1 単位)

- |              |      |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 180点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 171点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

(1 単位)

- |              |     |
|--------------|-----|
| (1) (2)以外の場合 | 90点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 90点 |

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>(歯の疾患の処置)</p>

【新設】		(新設)	→	I 0 0 0 - 3 残根削合 (1 歯 1 回につき) 18 点
				注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
I 0 0 1 歯髄保護処置 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	3 間接歯髄保護処置	25点	→	30点
I 0 0 3 初期う蝕小窩裂溝填塞処置				
【名称の見直し】	初期う蝕小窩裂溝填塞処置	120点	→	初期う蝕早期充填処置
【点数の見直し】				122点
I 0 0 5 抜髄 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	1 単根管	220点	→	228点
	2 2根管	406点		418点
	3 3根管以上	570点		588点
【注の見直し】	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療		→	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療

	法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。		法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。												
【注の見直し】	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	→	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。												
【注の見直し】	注3 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。												
I006 感染根管処置（1歯につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1 単根管</td> <td>130点</td> <td>→</td> <td>144点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>276点</td> <td></td> <td>294点</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td>410点</td> <td></td> <td>432点</td> </tr> </table>	1 単根管	130点	→	144点	2 2根管	276点		294点	3 3根管以上	410点		432点		
1 単根管	130点	→	144点												
2 2根管	276点		294点												
3 3根管以上	410点		432点												
I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1 単根管</td> <td>20点</td> <td>→</td> <td>26点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>22点</td> <td></td> <td>30点</td> </tr> </table>	1 単根管	20点	→	26点	2 2根管	22点		30点						
1 単根管	20点	→	26点												
2 2根管	22点		30点												

	3 3根管以上 30点	40点
<p>I 0 0 8 根管充填（1歯につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行っ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、この限りでない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行っ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、この限りでない。</p> <p>I 0 0 9 - 3 歯科ドレーン法（ドレナージ） （1日につき） 50点</p> <p>I 0 0 9 - 4 上顎洞洗浄（片側） 55点</p>
<p>I 0 1 1 歯周基本治療</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 スケーリング（3分の1顎につき） 64点</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 58点</p>	<p>66点</p> <p>60点</p>

	ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点 3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき） イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点		64点 72点 3 歯周ポケット搔爬（1歯につき） 60点 64点 72点
【注の見直し】	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。	→	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I011-2 歯周病安定期治療（1口腔につき）	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。	→	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
I017 床副子	3 著しく困難なもの 2,000点	→	3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的

とするもの（舌接触補助床） 2,000点

I 0 1 8 歯周治療用装置

【注の見直し】

注1 歯周組織検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）

【点数の見直し】

1 簡単なもの 15点  
2 困難なもの 30点  
3 根管内ポストを有する鑄造体の除去 50点

16点  
32点  
54点

I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

【名称の見直し】

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき）

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

【削除】

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）  
80点

（削除）

注 区分番号J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 6、J 0 3 8、J 0 3 9、J 0 4 0、J 0 4 1、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 8、J 0 6 9、J 0 7 0、J 0 7 0 - 2、J 0 7 2、J 0 7 5、J 0 7 6又はJ 0 8 7に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

【新設】

（新設）

I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき）  
80点

注1 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の



【新設】

(新設)

属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき）  
60点

注 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>13 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における費用の算定は、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、骨移植術又は植皮術と他の手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。ただし、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>13 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における費用の算定は、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、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手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。ただし、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>

【通則の見直し】

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

J000 抜歯手術（1歯につき）

【注の見直し】

注2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。

注2 5については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

J003 歯根嚢胞摘出手術

【項目の見直し】

1 歯冠大のもの 800点  
2 拇指頭大のもの 1,350点

1 歯冠大のもの 800点  
2 拇指頭大のもの 1,350点  
3 鶏卵大のもの 2,040点

J015 口腔底腫瘍摘出術

【点数の見直し】		5,230点	→	6,800点
J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】		18,500点	→	24,050点
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	1 切除	14,470点	→	18,810点
	2 亜全摘	49,350点		64,160点
J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 口蓋粘膜に限局するもの	400点	→	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720点		8,050点
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術				
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの	11,170点	→	14,520点
	2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点		24,170点
	3 顎裂を伴うもの			
	イ 片側	19,360点		25,170点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）				

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

10,140点  
14,470点  
17,030点

13,180点  
18,810点  
22,140点

J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

14,470点  
18,300点  
25,610点

18,810点  
23,790点  
33,290点

J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

【点数の見直し】

7,800点

9,700点

J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術

【点数の見直し】

16,640点

21,630点

J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）

【点数の見直し】

5,840点

7,590点

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

59,400点 → 89,100点

J 0 3 3 頬腫瘍摘出術

【点数の見直し】

2 その他のもの

3,370点 → 4,380点

J 0 3 5 頬粘膜悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

17,300点 → 22,490点

J 0 3 6 術後性上顎嚢胞摘出術

【点数の見直し】

1 上顎に限局するもの

5,120点 → 6,660点

J 0 3 8 上顎骨切除術

【点数の見直し】

12,000点 → 15,310点

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 搔爬
- 2 切除
- 3 全摘

5,880点  
21,700点  
37,420点

7,640点  
28,210点  
56,130点

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

9,960点

14,940点

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

15,730点

23,600点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

21,700点  
28,940点

32,550点  
43,410点

J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

【点数の見直し】

- 2 長径3センチメートル以上

8,210点

11,160点

J 0 5 2 がま腫摘出術

【点数の見直し】

4,580点 → 5,950点

J 0 5 3 唾石摘出術

【点数の見直し】

3 腺体内に存在するもの

5,540点 → 7,200点

J 0 5 4 舌下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

4,610点 → 5,990点

J 0 5 5 顎下腺摘出術

【点数の見直し】

7,440点 → 9,670点

J 0 5 6 顎下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

7,410点 → 9,480点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点



J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

1	耳下腺浅葉摘出術	20,930点	→	27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	23,920点		31,100点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

1	切除	21,700点	→	28,210点
2	全摘	28,940点		37,620点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

8,740点	→	11,360点
--------	---	---------

J 0 6 3 歯周外科手術  
(1歯につき)

【点数の見直し】

1	歯周ポケット搔爬術	75点		80点
2	新付着手術	150点	→	160点
3	歯肉切除手術	300点		320点
4	歯肉剥離搔爬手術	600点		620点
5	歯周組織再生誘導手術			
イ	1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの)	730点		760点
ロ	2次手術(非吸収性膜の除去)	300点		320点

【注の見直し】

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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に60点を加算する。

J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植		
ロ 困難なもの	10,790点	14,030点
2 同種骨移植（生体）	12,870点	16,730点
3 同種骨移植（非生体）	11,830点	14,770点

J068 上顎骨折観血的手術

【点数の見直し】

11,710点 → 15,220点

J069 上顎骨形成術

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単純な場合 16,250点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 32,400点</p>	<p>1 単純な場合 21,130点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 41,370点 3 骨移動を伴う場合 72,900点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。</p>
<p>J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>11,610点</p>	<p>15,090点</p>
<p>J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>27,000点</p>	<p>35,100点</p>
<p>J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>	<p>注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>
<p>J 0 7 2 下顎骨折観血的手術</p>		

【点数の見直し】	1 片側の場合 2 両側の場合	10,000点 19,110点	→	13,000点 24,840点												
J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術																
【点数の見直し】	1 片側 2 両側	21,700点 36,170点	→	28,210点 47,020点												
J 0 7 5 下顎骨形成術																
【項目の見直し】	1 おとがい形成の場合 2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	4,990点 17,160点 27,750点	→	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>おとがい形成の場合</td> <td>6,490点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>短縮又は伸長の場合</td> <td>22,310点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>再建の場合</td> <td>36,080点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>骨移動を伴う場合</td> <td>54,210点</td> </tr> </tbody> </table>	1	おとがい形成の場合	6,490点	2	短縮又は伸長の場合	22,310点	3	再建の場合	36,080点	4	骨移動を伴う場合	54,210点
1	おとがい形成の場合	6,490点														
2	短縮又は伸長の場合	22,310点														
3	再建の場合	36,080点														
4	骨移動を伴う場合	54,210点														
【注の追加】		(追加)	→	注2 4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、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。												
【新設】		(新設)	→	<table border="0"> <tbody> <tr> <td colspan="2">J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>片側</td> <td>22,310点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>両側</td> <td>33,460点</td> </tr> </tbody> </table>	J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術			1	片側	22,310点	2	両側	33,460点			
J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術																
1	片側	22,310点														
2	両側	33,460点														

J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

【点数の見直し】

26,550点 → 34,520点

J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術

【点数の見直し】

18,330点 → 23,830点

J 0 7 9 顎関節形成術

【点数の見直し】

32,400点 → 40,870点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

2 顎関節鏡下授動術	5,620点	→	7,310点
3 開放授動術	17,550点		22,820点

J 0 8 1 顎関節円板整位術

【点数の見直し】

1 顎関節鏡下円板整位術	14,470点	→	18,810点
2 開放円板整位術	21,700点		27,300点

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）

【点数の見直し】

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点	2,860点
J085 デブリードマン			
【点数の見直し】	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	2,990点
J086 上顎洞開窓術			
【点数の見直し】		2,000点	2,600点
J087 上顎洞根治手術			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
J087-2 上顎洞炎術後出血止血法			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
J089 分層植皮術			
【点数の見直し】	1 25平方センチメートル未満	3,330点	3,520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	4,590点	6,270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	6,660点	9,000点
	4 200平方センチメートル以上	20,150点	25,820点

J 0 8 9 - 2 全層植皮術

【点数の見直し】

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	21,700点	→	28,210点
4	200平方センチメートル以上	31,350点		40,290点

J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）

【点数の見直し】

4,700点	→	6,110点
--------	---	--------

J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体）

【点数の見直し】

1	200平方センチメートル未満	5,190点	→	6,750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		9,000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		13,490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		32,920点

J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

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	8,800点	→	11,440点
3	100平方センチメートル以上	15,600点		20,280点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）  
弁術

【点数の見直し】

32,850点 → 41,120点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管  
柄付きのもの）

【点数の見直し】

64,500点 → 74,240点

J 0 9 5 複合組織移植術

【点数の見直し】

11,700点 → 15,210点

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術  
（顕微鏡下血管柄付きのもの  
）

【点数の見直し】

73,800点 → 110,700点

J 0 9 7 粘膜移植術

【点数の見直し】

- 1 4平方センチメートル未満
- 2 4平方センチメートル以上

5,010点 → 6,510点  
5,500点 → 7,080点



J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】

13,910点 → 18,080点

J 0 9 9 - 2 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

【名称の見直し】

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 → 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術

【点数の見直し】

2 その他の動脈 23,300点 → 30,290点

J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

【名称の見直し】

中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置 → 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置

J 1 0 1 神経移植術

【点数の見直し】

18,090点 → 23,520点

J 1 0 2 交感神経節切除術			18,200点	→	23,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 3 過長茎状突起切除術			4,520点	→	5,880点
【点数の見直し】					
J 1 0 4-2 皮膚悪性腫瘍切除術					
【点数の見直し】	1 広汎切除		21,700点	→	28,210点
J 1 0 5 瘢痕拘縮形成手術			9,740点	→	12,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術			14,700点	→	19,110点
【点数の見直し】	1 静的なもの		39,000点	→	58,500点
	2 動的なもの				
【新設】			(新設)	→	J 1 0 9 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (1顎一連につき)

J 2 0 0 輸血

【項目の削除】

1	自家採血輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	750点
ロ	2回目以降	650点
2	保存血液輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	450点
ロ	2回目以降	350点
3	自己血貯血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点
	(2) 凍結保存の場合	400点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点

→ (削除)

1	1回法によるもの	14,500点
2	2回法によるもの	
イ	1次手術	11,500点
ロ	2次手術	4,500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限り算定する。

2 1及び2のイについては、3分の2以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。

(2) 凍結保存の場合	400点
4 自己血輸血	
イ 6歳以上の患者の場合 (200mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
ロ 6歳未満の患者の場合 (体重1kgにつき4mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
5 交換輸血 (1回につき)	5,250点

【注の見直し】

注1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

注 医科点数表の区分番号K920に掲げる輸血の例により算定する。

【注の削除】

- 注2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。
- 3 骨髓内輸血を行った場合は、所定点数に胸骨にあつては80点を、その他にあつては90点を加算し、血管露出術を行った場合は、所定点数に530点を加算する。
- 4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第6部に掲げる薬剤料の所定点数を加算する。
- 5 輸血に伴って行った患者の血液型検査 (A B O式及びRh式) の費用として所定点数に48点を加算する。
- 6 不規則抗体検査の費用として検査回数にか

(削除)

かわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回の輸血が行われる場合には、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。

7 H L A型適合血小板輸血に伴って行った患者のH L A型検査クラスI（A、B、C）又はクラスII（DR、DQ、DP）の費用として、検査回数にかかわらず一連につき所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。

8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。

9 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。

10 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

11 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 2 0 0 - 2 輸血管管理料

【項目の削除】

1 輸血管管理料 I	200点	→ (削除)
2 輸血管管理料 II	70点	

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た	→	注 医科点数表の区分番号K 9 2 0 - 2に掲げる輸血管管理料の例により算定する。
--	---	---

保険医療機関において、輸血を行った場合に、月1回を限度として、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。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 麻酔</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔、圧迫麻酔</p>	<p>2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔</p>





<p>L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき）</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合 440 点</p> <p>(3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 600 点</p> <p>4 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p>    ロ 2 回目 1,000 点</p>	<p>660 点</p> <p>900 点</p> <p>1,500 点</p> <p>（追加） → 注 5 使用したコバルトの費用として、購入価格を 1,000 円で除して得た点数を加算する。</p>
---	--	---

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>3 この部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>	<p>3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を</p>	<p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した</p>

	<p>算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p>	<p>患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>
<p>M000 補綴時診断料（1口腔につき）</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 区分番号M000-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。</p>
<p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）</p>		

【項目の見直し】

- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 440点

【新設】

（新設）

- 2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 440点

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき） 1,800点

注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術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において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

【点数の見直し】

1 生活歯歯冠形成	
イ 鑄造冠	300点
ロ ジャケット冠	300点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 鑄造冠	160点
ロ ジャケット冠	160点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	54点
ロ 複雑なもの	80点

1 生活歯歯冠形成	
イ 金属冠	306点
ロ ジャケット冠	306点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 金属冠	166点
ロ ジャケット冠	166点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	60点
ロ 複雑なもの	86点

【注の見直し】

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

【注の見直し】

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠については、所定点数に470点を加算する。

M001-2 う蝕<sup>しよく</sup>歯即時充填形成  
（1歯につき）

【点数の見直し】

120点 → 126点

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

20点 → 22点

M003 印象採得

【項目の見直し】

【点数の見直し】

1 歯冠修復（1個につき）		1 歯冠修復（1個につき）	
ロ 連合印象	60点	ロ 連合印象	62点
2 欠損補綴（1装置につき）		2 欠損補綴（1装置につき）	
ロ 連合印象	225点	ロ 連合印象	228点
ハ 特殊印象	265点	ハ 特殊印象	270点
ニ ワンピースキャストブリッジ		ニ ワンピースキャストブリッジ	
(1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	275点	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	280点
(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	326点	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	332点

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【注の見直し】

注 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鋳造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鋳造冠若しくはジャケット冠	→	注 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは
---	---	---

の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鋳造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

ジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、レジン前装金属冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

M004 リテイナー

【項目の見直し】

- 1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 100点
- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 300点

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 100点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

M005 装着

【項目の見直し】

- 1 歯冠修復（1個につき）
  - イ 鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠 45点
  - ロ その他 30点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
  - イ ブリッジ
    - (1) ワンピースキャストブリッジ
      - (-) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 150点
      - (-) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 300点

- 1 歯冠修復（1個につき） 45点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
  - イ ブリッジ
    - (1) ワンピースキャストブリッジ
      - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点
      - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

【注の削除】	注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。	→	(削除)
【注の削除】	注2 2のイの(1)の(二)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。	→	(削除)
【新設】	(新設)	→	M005-2 仮着 (ワンピースキャストブリッジ) (1装置につき) 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点
M006 咬合採得			
【項目の見直し】 【点数の見直し】	1 歯冠修復 (1個につき) 14点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 140点	→	1 歯冠修復 (1個につき) 16点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 140点
M008 ワンピースキャストブリッ			



ジの試適

【項目の見直し】

- 1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 80点

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点

M009 充填（1歯につき）

【項目の見直し】

- 1 単純なもの 100点
- 2 複雑なもの 148点

- 1 充填1
  - イ 単純なもの 102点
  - ロ 複雑なもの 152点
- 2 充填2
  - イ 単純なもの 57点
  - ロ 複雑なもの 105点

【注の見直し】

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。

【注の追加】

（追加）

注2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M010 鑄造歯冠修復  
（1個につき）

【名称の見直し】	鑄造歯冠修復（1個につき）	→	金属歯冠修復（1個につき）
【点数の見直し】	1 インレー	→	1 インレー
【項目の見直し】	イ 単純なもの 181点		イ 単純なもの 190点
	ロ 複雑なもの 275点		ロ 複雑なもの 284点
	4 全部鑄造冠（小臼歯及び大臼歯） 445点		4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯） 454点
【注の見直し】	注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	(追加)	→	注3 3については、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M011 前装鑄造冠（1歯につき）			
【名称の見直し】	前装鑄造冠（1歯につき）	→	レジン前装金属冠（1歯につき）
M017 ポンティック（ダミー） （1歯につき）			
【名称の見直し】	ポンティック（ダミー）（1歯につき） 428点	→	ポンティック（1歯につき） 434点
【点数の見直し】			

【注の見直し】	注1 前装鑄造ポンティック（ダミー）については、所定点数に746点を加算する。	→	注1 レジン前装金属ポンティックについては、所定点数に746点を加算する。
【注の見直し】	注2 金属裏装ポンティック（ダミー）については、所定点数に320点を加算する。	→	注2 金属裏装ポンティックについては、所定点数に320点を加算する。
M018 有床義歯			
【点数の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 550点 ロ 5歯から8歯まで 676点 ハ 9歯から11歯まで 900点 ニ 12歯から14歯まで 1,310点 2 総義歯（1顎につき） 2,060点	→	560点 690点 920点 1,340点 2,100点
M020 鑄造鉤（1個につき）			
【点数の見直し】	1 双歯鉤 224点	→	1 双子鉤 230点
【項目の見直し】	2 両翼鉤 208点		2 二腕鉤 212点
M021 線鉤（1個につき）			
【項目の見直し】	1 双歯鉤 200点	→	1 双子鉤 200点
	2 両翼鉤（レストつき） 140点		2 二腕鉤（レストつき） 140点

M022 フック、スパー（1個につき）

【点数の見直し】

96点 → 103点

【注の追加】

(追加) → [注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。]

M023 バー（1個につき）

【点数の見直し】

- 1 鋳造バー
- 2 屈曲バー

430点 → 438点  
240点 → 248点

M024 白歯金属歯（1歯につき）

【削除】

M024 白歯金属歯（1歯につき） 12点 → (削除)

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設) → M025-2 広範囲顎骨支持型補綴  
1ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）

M029 有床義歯修理（1床につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

M030 有床義歯内面適合法

220点 → 224点

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。

18,000点  
2 床義歯形態のもの（1顎につき） 13,000点

注1 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

2 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に22点を加算する。

【点数の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで ロ 5歯から8歯まで ハ 9歯から11歯まで ニ 12歯から14歯まで 2 総義歯（1顎につき）	205点 250点 340点 540点 750点	210点 260点 360点 560点 770点
M032 帯環金属冠修理（1歯につき）	帯環金属冠修理（1歯につき）	60点 40点	ブリッジ修理（1歯につき） 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
【名称の見直し】	1 金合金冠 2 その他の合金冠 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	60点 40点	ブリッジ修理（1歯につき） 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
【項目の見直し】			
M033 金合金鉤修理（1個につき）	M033 金合金鉤修理（1個につき） 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	50点	（削除）
【削除】			
【新設】		（新設）	M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき） 1,200点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第13部 歯科矯正  <b>【通則の見直し】</b>	2 この部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、この部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。	2 第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。
N002 歯科矯正管理料  <b>【注の見直し】</b>	注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。	注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。
N026 附加装置（1箇所につき）  <b>【項目の見直し】</b>	1 パワーチェーン 20点 2 コイルスプリング 20点	1 パワーチェーン 20点 2 コイルスプリング 20点



3	ピグテイル	20点
4	アップライトスプリング	40点
5	エラスティクス	20点

3	ピグテイル	20点
4	アップライトスプリング	40点
5	エラスティクス	20点
6	超弾性コイルスプリング	60点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>1 病理診断の費用は、各区分により算定する。</p> <p>1 組織診断料 500点 2 細胞診断料 240点</p> <p>(追加)</p>	<p>1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。</p> <p>400点 200点</p> <p>注4 病理診断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、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 120点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 60点</p> <p>ロ 病理診断管理加算2</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 320点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 160点</p>



別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 1 節 初診料</p>	<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>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注3のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注2及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注3に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>

A000 初診料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、200点を算定する。

【注の見直し】

注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6まで

注3 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。た

第2節 再診料

A001 再診料

【注の追加】

【注の見直し】

に規定する加算は算定しない。

だし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

(追加)

注2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 3点
- ハ 時間外対応加算3 1点

A002 外来診療料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、52点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り34点（注2に規定する場合にあっては、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

【注の見直し】

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。  
イ～ロ (略)  
ハ 血液形態・機能検査

注4 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。  
イ～ロ (略)  
ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>（HbA<sub>1c</sub>）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの  
ニ～ツ（略）

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>（HbA<sub>1c</sub>）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査を除く。）に掲げるもの  
ニ～ツ（略）





【注の追加】

(追加)

注4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設(以下この表において「介護老人保健施設」という。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の見直し】

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

注8 注1から注3までの規定にかかわらず、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟においては、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として939点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注10 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注11 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ～ヤ (略)

マ 栄養管理実施加算

ケ 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

フ (略)

コ 褥瘡患者管理加算

エ～ア (略)

注12 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ 精神科リエゾンチーム加算

オ～マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算

フ (略)

コ 感染防止対策加算

エ 患者サポート体制充実加算

テ～サ (略)

	<p>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。）</p> <p>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。）</p> <p>ユ～ヒ （略）</p>		<p>キ 退院調整加算</p> <p>ユ～ヒ （略）</p> <p>モ 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>セ データ提出加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注13 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注12までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</p>
<p>A101 療養病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 療養病棟入院基本料1</p> <p>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</p>	<p>→</p>	<p>1,769点</p>

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)	
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

1,755点
1,716点
1,702点
1,435点
1,421点
1,380点
1,366点
1,353点
1,339点
1,202点
1,188点
945点
931点
898点
884点
796点
782点
1,706点
1,692点
1,653点
1,639点
1,372点
1,358点
1,317点
1,303点
1,290点
1,276点
1,139点

(生活療養を受ける場合にあつては、1,114点)  
 ト 入院基本料G 871点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、857点)  
 チ 入院基本料H 824点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、810点)  
 リ 入院基本料I 722点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、708点)

1,125点  
 882点  
 868点  
 835点  
 821点  
 733点  
 719点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院して  
 きた者であつて、当該他の保険医療機関にお  
 いて区分番号A238-3に掲げる新生児特  
 定集中治療室退院調整加算を算定したもので  
 ある場合には、重症児(者)受入連携加算と  
 して、入院初日に限り2,000点を所定点数に  
 加算する。

【注の見直し】

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性  
 期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か  
 ら転院した患者、介護保険法第8条第25項に  
 規定する介護老人保健施設(以下この表にお  
 いて「介護老人保健施設」という。)、老人  
 福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5  
 に規定する特別養護老人ホーム(以下この表  
 において「特別養護老人ホーム」という。)  
 、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム  
 (以下この表において「軽費老人ホーム」と  
 いう。)、同法第29条第1項に規定する有料  
 老人ホーム(以下「有料老人ホーム」とい

注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性  
 期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か  
 ら転院した患者、介護老人保健施設、特別養  
 護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホ  
 ーム等若しくは自宅から入院した患者又は当  
 該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療  
 機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者  
 については、転院、入院又は転棟した日から  
 起算して14日を限度として、救急・在宅等支  
 援療養病床初期加算として、1日につき150  
 点(療養病棟入院基本料1を算定する場合に  
 あつては1日につき300点)を所定点数に加

う。) 等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

算する。

【注の見直し】

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ (略)

へ～リ (略)

ヌ (略)

ル 栄養管理実施加算

ヲ (略)

ワ 褥瘡患者管理加算

カ 慢性期病棟等退院調整加算

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ (略)

へ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ト～ヌ (略)

ル 療養病棟療養環境改善加算

ヲ (略)

ワ 栄養サポートチーム加算

カ (略)

ヨ 感染防止対策加算

タ 患者サポート体制充実加算

レ 退院調整加算

ソ 救急搬送患者地域連携受入加算

ツ 地域連携認知症支援加算

ネ 総合評価加算

ナ 病棟薬剤業務実施加算



A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,447点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,192点		1,311点
3	13対1入院基本料	949点		1,103点
4	15対1入院基本料	886点		945点
5	18対1入院基本料	757点		809点
6	20対1入院基本料	713点		763点

【注の見直し】

注3	注1及び注2の規定にかかわらず、7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、特別入院基本料を算定する。	→	注3	注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
----	--	---	----	---

【注の見直し】

注5	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ（略） ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ニ～タ（略） レ 栄養管理実施加算	→	注5	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ（略） ハ 救急医療管理加算  ニ～タ（略）
----	---	---	----	---

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 10対1入院基本料
- 2 13対1入院基本料
- 3 15対1入院基本料
- 4 18対1入院基本料
- 5 20対1入院基本料

1,240点  
920点  
800点  
712点  
658点

1,251点  
931点  
811点  
723点  
669点

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

ソ (略)

ツ 褥瘡患者管理加算

ネ・ナ (略)

ラ 慢性期病棟等退院調整加算

ム・ウ (略)

レ (略)

ソ 感染防止対策加算

ツ 患者サポート体制充実加算

ネ・ナ (略)

ラ 退院調整加算

ム・ウ (略)

キ 病棟薬剤業務実施加算

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム 児童・思春期精神科入院医療管理加算

ウ～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

ク (略)

ヤ 褥瘡患者管理加算

マ・ケ (略)

フ (略)

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム～キ (略)

ノ (略)

オ 感染防止対策加算

ク 患者サポート体制充実加算

ヤ・マ (略)

ケ 救急搬送患者地域連携受入加算

フ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

コ (略)

エ 病棟薬剤業務実施加算

テ データ提出加算

A104 特定機能病院入院基本料  
(1日につき)

【点数の見直し】

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料

1,555点

1,566点

ロ	10対1入院基本料	1,300点	1,311点
2 結核病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,447点	1,566点
ロ	10対1入院基本料	1,192点	1,311点
ハ	13対1入院基本料	949点	1,103点
ニ	15対1入院基本料	886点	945点
3 精神病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,311点	1,322点
ロ	10対1入院基本料	1,240点	1,251点
ハ	13対1入院基本料	920点	931点
ニ	15対1入院基本料	839点	850点

【注の見直し】

注2 注1の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2 注1の規定にかかわらず別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

【注の削除】

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注6の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注8 注1及び注6の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

注9 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 児童・思春期精神科入院医療管理加算  
(精神病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ 栄養管理実施加算

エ・テ (略)

ア 褥瘡患者管理加算

サ～ユ (略)

メ 慢性期病棟等退院調整加算(結核病棟及び一般病棟(特定入院基本料を算定するものに限る。))に限る。)

ミ 急性期病棟等退院調整加算(一般病棟(特定入院基本料を算定するものを除く。))に限る。)

シ～セ (略)

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 精神科リエゾンチーム加算(一般病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ・エ (略)

テ 感染防止対策加算

ア 患者サポート体制充実加算

サ～ユ (略)

メ 退院調整加算(精神病棟を除く。)

ミ～モ (略)

セ 病棟薬剤業務実施加算

ス データ提出加算(結核病棟を除く。)

につき)

【点数の見直し】

- 1 7対1入院基本料
- 2 10対1入院基本料
- 3 13対1入院基本料

1,555点  
1,300点  
1,092点

1,566点  
1,311点  
1,103点

【注の追加】

(追加)

注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算1 30点
- ロ 看護必要度加算2 15点

【注の追加】

(追加)

注6 注1及び注5の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注5の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

ク 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

ヤ (略)

マ 褥瘡患者管理加算

ケ・フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）

エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

テ～ユ (略)

する点数により算定する。

注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム 精神科リエゾンチーム加算

ウ～オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算

ヤ (略)

マ 感染防止対策加算

ケ 患者サポート体制充実加算

フ・コ (略)

エ 退院調整加算

テ～ユ (略)

メ 病棟薬剤業務実施加算

ミ データ提出加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）



A106 障害者施設等入院基本料  
(1日につき)

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,555点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,300点		1,311点
3	13対1入院基本料	1,092点		1,103点
4	15対1入院基本料	954点		965点

【注の見直し】

注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。	→	注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
---	---	---

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) ソ 栄養管理実施加算 ツ (略)	→	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) ソ (略) ツ 感染防止対策加算
--	---	--

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1 有床診療所入院基本料 1		
イ 14日以内の期間	760点	771点
ロ 15日以上30日以内の期間	590点	601点
ハ 31日以上	500点	511点
2 有床診療所入院基本料 2		
イ 14日以内の期間	680点	691点
ロ 15日以上30日以内の期間	510点	521点
ハ 31日以上	460点	471点
3 有床診療所入院基本料 3		
イ 14日以内の期間	500点	511点
ロ 15日以上30日以内の期間	370点	381点
ハ 31日以上	340点	351点

【注の追加】

(追加)

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と

ネ 褥瘡患者管理加算  
ナ (略)  
ラ 慢性期病棟等退院調整加算  
ム・ウ (略)

ネ 患者サポート体制充実加算  
ナ (略)  
ラ 退院調整加算  
ム・ウ (略)

【注の追加】

(追加)

して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

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診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ロ～レ (略)

ソ 栄養管理実施加算

ツ (略)

ネ 褥瘡患者管理加算

ナ (略)

ラ 急性期病棟等退院調整加算

ム・ウ (略)

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 救急医療管理加算

ロ～レ (略)

ソ 有床診療所緩和ケア診療加算

ツ (略)

ネ 感染防止対策加算

ナ 患者サポート体制充実加算

ラ (略)

ム 退院調整加算

ウ・キ (略)

【注の追加】

(追加)

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	入院基本料A (生活療養を受ける場合にあつては、961点)	975点	986点
2	入院基本料B (生活療養を受ける場合にあつては、857点)	871点	972点
3	入院基本料C (生活療養を受ける場合にあつては、750点)	764点	882点
4	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、588点)	602点	868点
5	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、506点)	520点	775点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、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

【注の追加】

(追加)

ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ～ト (略)

チ (略)

リ 栄養管理実施加算

ヌ (略)

ル 褥瘡患者管理加算

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ホ～チ (略)

リ 診療所療養病床療養環境改善加算

ヌ (略)

ル 有床診療所緩和ケア診療加算

ヲ (略)

ワ 感染防止対策加算

カ 患者サポート体制充実加算

<p>【注の追加】</p>	<p>フ 慢性期病棟等退院調整加算</p>	<p>(追加)</p>	<p>コ 退院調整加算  タ 地域連携認知症支援加算  レ 総合評価加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。</p>
<p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A200 総合入院体制加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p>

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児  
救急医療管理加算（1日につ  
き）

【名称の見直し】

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算  
（1日につき）

救急医療管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 救急医療管理加算 800点
- 2 乳幼児救急医療管理加算 200点

800点

【注の見直し】

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であつて、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であつて、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

【注の見直し】	注2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。	注2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。										
【注の追加】	(追加)	注3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。										
A206 在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日)												
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 884 1025 912">1 連携医療機関である場合</td> <td data-bbox="1173 884 1272 912">1,300点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 922 887 951">2 1以外の場合</td> <td data-bbox="1196 922 1272 951">650点</td> </tr> </table>	1 連携医療機関である場合	1,300点	2 1以外の場合	650点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 884 2063 1086">1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合</td> <td data-bbox="1966 1054 2063 1083">2,500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1096 2063 1171">2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）</td> <td data-bbox="1966 1139 2063 1168">2,000点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1181 1760 1209">3 1及び2以外の場合</td> <td data-bbox="1966 1181 2063 1209">1,000点</td> </tr> </table>	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点	2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点	3 1及び2以外の場合	1,000点
1 連携医療機関である場合	1,300点											
2 1以外の場合	650点											
1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点											
2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点											
3 1及び2以外の場合	1,000点											
【注の見直し】	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設										



入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

【注の見直し】

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-2 医師事務作業補助体制  
加算（入院初日）

【項目の追加】

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 4 | 50対1 補助体制加算  | 255点 |
| 5 | 75対1 補助体制加算  | 180点 |
| 6 | 100対1 補助体制加算 | 138点 |

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 4 | 30対1 補助体制加算  | 410点 |
| 5 | 40対1 補助体制加算  | 330点 |
| 6 | 50対1 補助体制加算  | 255点 |
| 7 | 75対1 補助体制加算  | 180点 |
| 8 | 100対1 補助体制加算 | 138点 |

A207-3 急性期看護補助体制加  
算（1日につき）

【項目の追加】

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1 | 急性期看護補助体制加算1 | 120点 |
| 2 | 急性期看護補助体制加算2 | 80点  |

- |   |                                 |      |
|---|---------------------------------|------|
| 1 | 25対1 急性期看護補助体制加算<br>(看護補助者5割以上) | 160点 |
| 2 | 25対1 急性期看護補助体制加算<br>(看護補助者5割未満) | 140点 |
| 3 | 50対1 急性期看護補助体制加算                | 120点 |
| 4 | 75対1 急性期看護補助体制加算                | 80点  |

【注の追加】

(追加)

注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該施設基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。  
イ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算

		<p style="text-align: right;">10点</p> <p>ロ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算</p> <p style="text-align: right;">5点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 1及び2については、夜間における看護職員の配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、看護職員夜間配置加算として、1日につき50点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
	<p>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</p>	<p>注2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3</p>

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算  
(1日につき)

【注の見直し】

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定で

歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）

【注の見直し】

注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定

きるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定

	<p>点数に加算する。</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>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3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A213 看護配置加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	→	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数</p>

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

【注の見直し】

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している

A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別  
加算（1日につき）

【注の見直し】

注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【注の見直し】

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを



A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算  
(1日につき)

【注の見直し】

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。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

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。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算  
(1日につき)

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、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(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別

注 治療上の必要があつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節

加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、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。

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。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算 (1日につき)

【項目の見直し】

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1 | 療養病棟療養環境加算 1 | 132点 |
| 2 | 療養病棟療養環境加算 2 | 115点 |
| 3 | 療養病棟療養環境加算 3 | 90点  |
| 4 | 療養病棟療養環境加算 4 | 30点  |

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1 | 療養病棟療養環境加算 1 | 132点 |
| 2 | 療養病棟療養環境加算 2 | 115点 |

【新設】

(新設)

- A 2 2 2 - 2 療養病棟療養環境改善加算 (1日につき)
- |   |                |     |
|---|----------------|-----|
| 1 | 療養病棟療養環境改善加算 1 | 80点 |
| 2 | 療養病棟療養環境改善加算 2 | 20点 |

注 療養病棟であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当

該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 診療所療養病床療養環境加算 1
- 2 診療所療養病床療養環境加算 2

100点  
40点

100点

【新設】

(新設)

A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算  
（1日につき） 35点

注 診療所の療養病床であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

3,000点

1 無菌治療室管理加算 1 3,000点  
2 無菌治療室管理加算 2 2,000点

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、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（特別入院基本料等を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、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。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、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、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算  
（1日につき）

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、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（特別入院基本料等を含む。）のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 治療上の必要があつて、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（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【注の見直し】	<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、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</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、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>
【新設】	(新設)	<p>A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき） 150点</p>

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理  
加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

350点 → 450点

(新設) → A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチーム加算（週1  
回） 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）

【削除】

800点

（削除）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 3 栄養管理実施加算（1日につき）

【削除】

12点

（削除）

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、栄養管理実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）

【注の見直し】

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

【注の追加】

（追加）

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して30日以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して31日以上180日以内の期間にあっては月1回に限る。）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設



A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【注の削除】

注 2 組織的な感染防止対策に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100 点を所定点数に加算することができる。

(削除)

【新設】

(新設)

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）		
1	感染防止対策加算 1	400点
2	感染防止対策加算 2	100点

注 1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節の特定入院料又は第 4 節の短期滞手術基本料の

【新設】

A 2 3 5 褥瘡患者管理加算（入院中  
1回）

（新設）

20点

うち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

2 感染防止対策加算 1 を算定する保険医療機関であつて、感染防止対策に関する医療機関の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A 2 3 4 - 3 患者サポート体制充実加算（入院  
初日） 70点

注 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（削除）

【削除】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡患者管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要があ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。

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 3 5に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加

算（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点

1,200点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 7 ハイリスク<sup>べん</sup>分娩管理加算  
（1日につき）

【点数の見直し】

3,000点

3,200点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、ハイリスク<sup>べん</sup>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、<sup>べん</sup>分娩を伴う入院中にハイリスク<sup>べん</sup>分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク<sup>べん</sup>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、<sup>べん</sup>分娩を伴う入院中にハイリスク<sup>べん</sup>分娩管理を行った場合に

	度として所定点数に加算する。		、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。
A238	慢性期病棟等退院調整加算		
【名称の見直し】	慢性期病棟等退院調整加算	→	退院調整加算（退院時1回）
【項目の見直し】	<p>1 慢性期病棟等退院調整加算 1</p> <p>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</p> <p>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>1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合</p> <p>イ 14日以内の期間 340点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 150点</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 50点</p> <p>2 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合</p> <p>イ 30日以内の期間 800点</p> <p>ロ 31日以上90日以内の期間 600点</p> <p>ハ 91日以上120日以内の期間 400点</p> <p>ニ 121日以上180日以内の期間 200点</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

【注の見直し】

注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 退院加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注2 保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として、更に所定点数に300点を加算する。

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整  
加算（退院時 1 回）

【削除】

1 急性期病棟等退院調整加算 1 140点  
2 急性期病棟等退院調整加算 2 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

（削除）

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室  
退院調整加算（退院時 1  
回）

【項目の見直し】

300点

1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1（退院時 1 回） 600点  
2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2  
イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 600点

ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注1 新生児特定集中治療室退院調整加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定するものを除く。）であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注2 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第1節の入院基本料（特別入院



【注の追加】

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携  
紹介加算（退院時1回）

【点数の見直し】

【注の見直し】

(追加)

500点

基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

注3 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算は、退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して7日以内に、当該患者に係る診療情報

を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)は、別に算定できない。

を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)は、別に算定できない。

A238-5 救急搬送患者地域連携  
受入加算（入院初日）

【点数の見直し】

【新設】

1,000点

(新設)

2,000点

A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介  
加算（退院時1回） 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 7 精神科救急搬送患者地域連携受入  
加算 (入院初日) 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。 ) 又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。 ) について、入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 8 地域連携認知症支援加算 1,500  
点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関の病棟 (区分番号A 3 1 4に掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟 (以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。 ) に限る。 ) に転院させた場合であって、当該転院の日から60日以内に、当該認知症治療

【新設】

A 2 4 0 総合評価加算（入院中1回）

（新設）

病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 9 地域連携認知症集中治療加算（退院時1回） 1,500点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A 1 0 1に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（区分番号A 1 0 9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第3節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時に所定点数に加算する。

【点数の見直し】

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週 1 回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号 B 0 1 1 - 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。

50点 → 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号 B 0 1 1 - 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。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

【項目の見直し】

30点 →

1	後発医薬品使用体制加算 1	35点
2	後発医薬品使用体制加算 2	28点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回） 10  
0点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

【新設】

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

【点数の見直し】

（新設）

A245 データ提出加算（入院中1回）

1 データ提出加算1

イ 200床以上の病院の場合 100点

ロ 200床未満の病院の場合 150点

2 データ提出加算2

イ 200床以上の病院の場合 110点

ロ 200床未満の病院の場合 160点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。

1 救命救急入院料1

イ	3日以内の期間	9,700点	9,711点
ロ	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
ハ	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
2 救命救急入院料 2			
イ	3日以内の期間	11,200点	11,211点
ロ	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
ハ	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
3 救命救急入院料 3			
イ	救命救急入院料		
(1)	3日以内の期間	9,700点	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)	3日以内の期間	9,700点	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点
4 救命救急入院料 4			
イ	救命救急入院料		
(1)	3日以内の期間	11,200点	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)	3日以内の期間	11,200点	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
(4)	15日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも

注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも



【注の見直し】

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）

の又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

注8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ（略）

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1 特定集中治療室管理料 1			
イ 7日以内の期間	9,200点	→	9,211点
ロ 8日以上14日以内の期間	7,700点		7,711点
2 特定集中治療室管理料 2			
イ 特定集中治療室管理料			
(1) 7日以内の期間	9,200点		9,211点
(2) 8日以上14日以内の期間	7,700点		7,711点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			
(1) 7日以内の期間	9,200点		9,211点
(2) 8日以上60日以内の期間	7,890点		7,901点

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。		→	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
イ 7日以内の期間	1,500点		イ 7日以内の期間 2,000点
ロ 8日以上14日以内の期間	1,000点		ロ 8日以上14日以内の期間 1,500点

【注の見直し】

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室		→	注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室
---	--	---	---

A301-2 ハイケアユニット入院  
医療管理料（1日につき  
）

【点数の見直し】

【注の見直し】

管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

ハ～チ（略）

4,500点

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診

管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ（略）

4,511点

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診

療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。)

ハ～チ (略)

療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。)

ハ～チ (略)

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

5,700点

5,711点

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対

【新設】

褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

ハ～チ (略)

(新設)

策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ (略)

- A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）
- |   |              |         |
|---|--------------|---------|
| 1 | 7日以内の期間      | 15,500点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 13,500点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1 新生児特定集中治療室管理料 1

10,000点

2 新生児特定集中治療室管理料 2

6,000点

【注の見直し】

注 2 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 6 部注射、第 9 部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作

算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ 第 2 章第 3 部の各区分の検査（同部第 1 節第 2 款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第 13 部第 1 節の病理標本作製料

10,011点

6,011点

注 2 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 6 部注射、第 9 部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室  
管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	母体・胎児集中治療室管理料	7,000点	→	7,011点
2	新生児集中治療室管理料	10,000点		10,011点

【注の見直し】

注2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算	→	注2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算
----	--	---	----	--

業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）  
ハ～チ（略）

業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）  
ハ～チ（略）

A303-2 新生児治療回復室入院  
医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）

ハ～リ（略）

5,400点

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

ハ～チ（略）

、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～リ（略）

5,411点

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ（略）



A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

- |   |              |        |   |        |
|---|--------------|--------|---|--------|
| 1 | 7日以内の期間      | 8,890点 | → | 8,901点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,690点 |   | 7,701点 |

【注の見直し】

- |    |  |   |    |  |
|----|--|---|----|--|
| 注2 | 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。<br>イ（略）<br>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。）<br><br>ハ～チ（略） | → | 注2 | 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。<br>イ（略）<br>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）<br><br>ハ～チ（略） |
|----|--|---|----|--|

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】	1,943点	1,954点	
【注の見直し】	<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3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>	
【注の見直し】	<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>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	
A307 小児入院医療管理料（1日につき）	1 小児入院医療管理料 1	4,500点	4,511点
【点数の見直し】			

2	小児入院医療管理料 2	4,000点
3	小児入院医療管理料 3	3,600点
4	小児入院医療管理料 4	3,000点
5	小児入院医療管理料 5	2,100点

4,011点
3,611点
3,011点
2,111点

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院

注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定す

【注の見直し】

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。

注6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>患者管理加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>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、

る臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

注6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及

A308 回復期リハビリテーション  
病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1  
1,720点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,706点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2  
1,600点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,586点)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1  
1,911点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,897点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2  
1,761点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,747点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3  
1,611点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,597点)

【注の削除】

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注5 診療に係る費用（注2、注3及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部

小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

びデータ提出加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

在宅医療及び第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	亜急性期入院医療管理料1	2,050点	→	2,061点
2	亜急性期入院医療管理料2	2,050点		1,911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、必要があつて亜急性期入院医療</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において、亜急性期入院医療管理料1については、当該届出に係る病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料2を算定する患者を除く。）に対して、亜急性期入院医療管理料2について</p>
---	---	---

管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

は、当該届出に係る病室に入院している患者であって、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、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地方厚生局長等に届け出た病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、亜急性期入院医療管理料1又は亜急性期入院医療管理料2について、所定点数に代えて、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ1,761点又は1,661点を算定することができる。

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

た病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料2を算定する患者に限る。）については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする

注4 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料1に含まれるものとする。

【注の追加】

(追加)

注5 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテ



ション、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料2に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 特殊疾患病棟入院料1	1,943点	→	1,954点
2 特殊疾患病棟入院料2	1,570点		1,581点

【注の見直し】

<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3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>
---	---	---

【注の見直し】

<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</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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算</p>
---	---	---

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

【注の見直し】

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。

3,780点

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。

1	30日以内の期間	4,791点
2	31日以上60日以内の期間	4,291点
3	61日以上	3,291点

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1		
イ 30日以内の期間	3,451点	3,462点
ロ 31日以上	3,031点	3,042点
2 精神科救急入院料 2		
イ 30日以内の期間	3,251点	3,262点
ロ 31日以上	2,831点	2,842点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。	注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。
--	---

A 3 1 1—2 精神科急性期治療病棟  
入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科急性期治療病棟入院料 1			
イ 30日以内の期間	1,920点	→	1,931点
ロ 31日以上期間	1,600点		1,611点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2			
イ 30日以内の期間	1,820点		1,831点
ロ 31日以上期間	1,500点		1,511点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。	→	注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。
--	---	--

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	30日以内の期間	3,451点	→	3,462点
2	31日以上の期間	3,031点		3,042点

【注の見直し】

<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2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p>
--	---	---

【新設】

(新設)

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,911点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患

1,050点

1,061点

算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院料に含まれるものとする。

者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、1日につき40点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

- イ 重症者加算1 60点
- ロ 重症者加算2 30点

【注の追加】

(追加)

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に500点を加算する。

日につき)

【項目の見直し】

1	認知症治療病棟入院料 1	
イ	60日以内の期間	1,450点
ロ	61日以上期間	1,180点
2	認知症治療病棟入院料 2	
イ	60日以内の期間	1,070点
ロ	61日以上期間	970点

1	認知症治療病棟入院料 1	
イ	30日以内の期間	1,761点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,461点
ハ	61日以上期間	1,171点
2	認知症治療病棟入院料 2	
イ	30日以内の期間	1,281点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,081点
ハ	61日以上期間	961点

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に300点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する



2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院した日から起算して60日以内の期間に限る。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

【新設】

(新設)



A 3 1 7 特定一般病棟入院料 (1日につき)		
1	特定一般病棟入院料1	1,103点
2	特定一般病棟入院料2	945点

注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関(1病棟のものに限る。)が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数

に加算する。

イ 14日以内の期間 450点

ロ 15日以上30日以内の期間 192点

3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、

診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、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、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算及び後発医薬品使用体制加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者（注9に規定する患者を除く。）に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して

60日を限度として、1,761点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

9 当該病棟の病室のうち、注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する患者であって区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,661点を算定する。ただし、当該病室に入

院した患者が算定要件に該当しない場合は区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

10 注9本文の規定により所定点数を算定する  
場合においては、診療に係る費用（注11に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(1)、第2章第2部在宅医療及び第7部リハビリテーションの費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

11 注9本文の規定により所定点数を算定する  
場合においては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

12 注1から注6までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【点数の見直し】

- 2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）  
4,800点  
（生活療養を受ける場合にあつては、4,772点）
- 3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）  
5,670点  
（生活療養を受ける場合にあつては、5,600点）

する。

- 4,822点
- 4,794点
- 5,703点
- 5,633点

【注の見直し】

- 注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。
  - イ（略）
  - ロ 血液形態・機能検査  
末梢血液像及び末梢血液一般検査
  - ハ 出血・凝固検査  
出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間
  - ニ 血液化学検査  
総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グ

- 注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。
  - イ（略）
  - ロ 血液形態・機能検査  
末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査
  - ハ 出血・凝固検査  
出血時間、プロトロンビン時間（PT）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）
  - ニ 血液化学検査  
総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素

ルタミールトランスペプチダーゼ ( $\gamma$ -GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LD)、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗ストレプトリジンO価 (ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価 (ASK価)、TPHA試験 (定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

へ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原 (定性、半定量) 及びHCV抗体価 (定性、定量)

窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ ( $\gamma$ -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<sup>こう</sup>反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸<sup>せん</sup>ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (尿・

【注の見直し】

ト～ヲ (略)

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及び栄養管理実施加算を除く。）

ハ (略)

髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性へ肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量  
ト～ヲ (略)

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く。）

ハ (略)

【注の見直し】

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番



号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A233に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号A234に掲げる医療安全対策加算を除く。)

ハ〜ル (略)

号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A234に掲げる医療安全対策加算、区分番号A234-2に掲げる感染防止対策加算、区分番号A234-3に掲げる患者サポート体制充実加算及び区分番号A245に掲げるデータ提出加算を除く。)

ハ〜ル (略)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>【注の見直し】</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1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中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>【注の見直し】</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D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p>	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p>

4 小児特定疾患カウンセリング料

【注の見直し】

注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料

【注の見直し】

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

7 難病外来指導管理料

【点数の見直し】

250点 → 270点

9 外来栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

11 集団栄養食事指導料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【点数の見直し】

イ 遠隔モニタリングによる場合  
ロ イ以外の場合

460点  
320点

550点  
360点

14 高度難聴指導管理料

【点数の見直し】

イ 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合  
ロ イ以外の場合

480点  
400点

500点  
420点

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【注の見直し】

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ (略)

ロ 尿沈渣顕微鏡検査

ハ 糞便検査

潜血反応検査、糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LD)、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ( $\gamma$ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、P及び $HPO_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、遊離脂

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ (略)

ロ 尿沈渣(鏡検法)

ハ 糞便検査

糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)

ホ 出血・凝固検査

出血時間、全血凝固時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ( $\gamma$ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニ

肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5 AG)、1, 25ジヒドロキシビタミンD<sub>3</sub> (1, 25 (OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン

#### ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T<sub>3</sub>)、サイロキシン (T<sub>4</sub>)、甲状腺刺激ホルモン (TSH)、副甲状腺ホルモン (PTH)、遊離トリヨードサイロニン (FT<sub>3</sub>)、C-ペプチド (CPR)、遊離サイロキシン (FT<sub>4</sub>)、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP)、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)

#### 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

#### リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価 (定性、定量)

#### ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH<sub>50</sub>)、免疫グロブリン、補体蛋白 (C<sub>3</sub>)、補体蛋白 (C<sub>4</sub>)、トランスフェリン、β<sub>2</sub>-マイクログロブリン (β<sub>2</sub>-m)

ル〜ワ (略)

ンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5 AG)、1, 25-ジヒドロキシビタミンD<sub>3</sub>、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム (Al)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

#### ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T<sub>3</sub>)、サイロキシン (T<sub>4</sub>)、甲状腺刺激ホルモン (TSH)、副甲状腺ホルモン (PTH)、遊離トリヨードサイロニン (FT<sub>3</sub>)、C-ペプチド (CPR)、遊離サイロキシン (FT<sub>4</sub>)、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド (ANP)、脳性Na利尿ペプチド (BNP)

#### チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS)

#### リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量

#### ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH<sub>50</sub>)、免疫グロブリン、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>、トランスフェリン (Tf)、β<sub>2</sub>-マイクログロブリン

ル〜ワ (略)

16 喘息治療管理料

【注の見直し】

注1 入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

【点数の見直し】

500点 → 550点

【注の見直し】

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

19 埋込型補助人工心臓指導管理料



<p>【削除】</p>	<p>6,000点</p> <p>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>→ (削除)</p>
<p>22 がん性疼痛緩和指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>100点</p> <p>(追加)</p>	<p>→</p> <p>1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点</p> <p>2 1以外の場合 100点</p> <p>→</p> <p>注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>23 がん患者カウンセリング料</p> <p>【注の見直し】</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</p>	<p>→</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</p>

保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

【新設】

(新設)

24 外来緩和ケア管理料 300点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

【新設】

(新設)

3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

25 移植後患者指導管理料  
1 臓器移植後の場合 300点  
2 造血幹細胞移植後の場合 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

【新設】

(新設)

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

【新設】

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1  
日につき）

（新設）

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

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出  
た保険医療機関において、糖尿病の患者（別  
に厚生労働大臣が定める者に限る。）であっ  
て、医師が透析予防に関する指導の必要性が  
あると認めた入院中の患者以外の患者に対し  
て、当該保険医療機関の医師、看護師又は保  
健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導  
を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食  
事指導料及び区分番号B 0 0 1の11に掲げる  
集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれる  
ものとする。

3 区分番号B 0 0 0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。

【注の見直し】

注3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

注3 区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

B001-2-2 地域連携小児夜間  
・休日診療料

【点数の見直し】

1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点

450点

<p>【注の削除】</p>	<p>2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550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>	<p>600点</p> <p>(削除)</p>
<p>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料</p> <p>【注の見直し】</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、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>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p>
<p>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>100点</p>	<p>200点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>B001-2-5 院内トリアージ実施料</p>

100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【新設】

(新設)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料  
200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

【新設】

(新設)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- 1 外来リハビリテーション診療料1 69点
- 2 外来リハビリテーション診療料2 104点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係



【新設】

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

(新設)

B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料

280点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。
- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料は、算定しない。

る区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

【注の見直し】

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

【注の見直し】

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

B001-4 手術前医学管理料

【注の見直し】

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の

検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ (略)

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、 $\gamma$ -グルタミルトランスペプチダーゼ ( $\gamma$ -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・アンフル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化カ

検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ (略)

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法) 及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間 (PT)、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ ( $\gamma$ -GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンフル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラ

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

【注の見直し】

ルシウム  
ホ 感染症免疫学的検査  
梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査  
へ 肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）  
ト～ヌ （略）

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。  
イ・ロ （略）

ギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム  
ホ 感染症免疫学的検査  
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性  
へ 肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量  
ト～ヌ （略）

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。  
イ・ロ （略）

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミルトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -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、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 $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ（ $\gamma$ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析  
ホ～ヌ（略）

B 0 0 1 - 7 リンパ浮腫指導管理料

【注の見直し】

注 2 注 1 に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注 1 に規定する指導を再度実施した場合に、1 回に限り算定する。

注 2 注 1 に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号 B 0 0 5 - 6 の注 1 に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号 B 0 0 5 - 6 - 2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注 1 に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1 回に限り算定する。

B 0 0 4 退院時共同指導料 1

【注の追加】

(追加)

注 2 注 1 の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に 200 点を加算する。

B 0 0 5 退院時共同指導料 2

【注の見直し】

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

【注の追加】

(追加)

得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A238に掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

【注の見直し】

注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注4 区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)

【注の見直し】

注5 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注5 区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)

【点数の見直し】

500点 → 800点



B005-5 ハイリスク妊産婦共同  
管理料(Ⅱ)

【点数の見直し】

350点 → 500点

B005-6 がん治療連携計画策定  
料

【項目の見直し】

750点 →

1	がん治療連携計画策定料 1	750点
2	がん治療連携計画策定料 2	300点

【注の見直し】

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（が

			<p>んと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</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>→</p>	<p>注3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>B005-6-2 がん治療連携指導料</p>			
<p>【注の見直し】</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</p>	<p>→</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</p>

携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B005-6-3 がん治療連携管理料 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B005-7 認知症専門診断管理料

【項目の見直し】

500点

1 認知症専門診断管理料1 700点  
2 認知症専門診断管理料2 300点

【注の見直し】

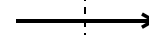
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

注1 認知症専門診断管理料1については、別に

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のものに対して、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【注の追加】

(追加)



厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

B005-7-2 認知症療養指導料 350点

注1 当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月に限り、月1回を限度として算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B007 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

410点 → 555点

【注の見直し】

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急に行う往診 850点</p>

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- |   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1 | 同一建物居住者以外の場合 | 830点 |
| 2 | 同一建物居住者の場合   | 200点 |

- |   |                  |      |
|---|------------------|------|
| 1 | 同一建物居住者以外の場合     | 830点 |
| 2 | 同一建物居住者の場合       |      |
|   | イ 特定施設等に入居する者の場合 | 400点 |
|   | ロ イ以外の場合         | 200点 |

② 夜間（深夜を除く。）の往診  
1,700点

③ 深夜の往診  
2,700点

(2) 病床を有しない場合

① 緊急に行う往診  
750点

② 夜間（深夜を除く。）の往診  
1,500点

③ 深夜の往診  
2,500点

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

(1) 緊急に行う往診  
650点

(2) 夜間（深夜を除く。）の往診  
1,300点

(3) 深夜の往診  
2,300点

ニ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

(1) 緊急に行う往診  
325点

(2) 夜間（深夜を除く。）の往診  
650点

(3) 深夜の往診  
1,300点



【注の見直し】

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

【注の追加】

（追加）

注2 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を

行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

【注の見直し】

注3 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。

注4 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に400点を加算する。

【注の見直し】

注5 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関

注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）には、所定点数に10,000点を加算する。

- イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの
  - (1) 病床を有する場合 6,000点
  - (2) 病床を有しない場合 5,000点
- ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,000点
- ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,000点

【注の追加】

(追加)

注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注5のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。

注8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。

【注の見直し】

注8 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療（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。

注10 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。

1回)

【項目の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 2 1以外の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合
  - イ 病床を有する場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点
    - (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点
  - ロ 病床を有しない場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
    - (2) 処方せんを交付しない場合 4,900点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

C002-2 特定施設入居時等医学  
総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
- ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
- 2 1以外の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点

- イ 病床を有する場合
  - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点
  - (2) 処方せんを交付しない場合 3,900点
- ロ 病床を有しない場合
  - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点
  - (2) 処方せんを交付しない場合 3,600点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点

C003 在宅末期医療総合診療料  
(1日につき)

【名称の見直し】

在宅末期医療総合診療料（1日につき）

在宅がん医療総合診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
- 2 1以外の場合 1,685点

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
  - イ 病床を有する場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,800点

C 0 0 4 救急搬送診療料

【注の追加】

(追加)

注 3 注 1 に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料  
(1日につき)

【項目の追加】

(追加)

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合  
1,285点

【注の見直し】

注 1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている

注 1 1及び2については、保険医療機関が、在

- (2) 処方せんを交付しない場合 2,000点
- ロ 病床を有しない場合
  - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,650点
  - (2) 処方せんを交付しない場合 1,850点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院  
(1に規定するものを除く。)の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点

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。

【注の追加】

(追加)

宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える

【注の見直し】

注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

【注の見直し】

注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

注4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。



【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあつては週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

【注の見直し】

注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

注6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。  
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点

注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。  
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

同時に訪問看護・指導を行う場合 430点  
ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点  
ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点

【注の見直し】

注7 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

【注の見直し】

注8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問

注9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医で

薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、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。

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、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

注9 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

【注の見直し】

注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に25

注11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要

0点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

【注の追加】

(追加)

とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

注12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注13 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【項目の追加】

(追加)

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合  
1,285点

【注の見直し】

注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労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（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

【注の追加】

(追加)

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療

【注の見直し】

注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

【注の見直し】

注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

注4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

【注の見直し】

注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

注6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1日に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。  
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師

注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。

と同時に訪問看護・指導を行った場合

430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点

【注の見直し】

注7 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

【注の見直し】

注8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の

注9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当



保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

注9 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

【注の見直し】

注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行

注11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

【注の追加】

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。

(追加)

理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 1及び2については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

注13 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

【注の追加】

(追加)

注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、1と2を合わせて1日4単位に限り、算定する。

C007 訪問看護指示料

【注の見直し】

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は複合型サービス事業を行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも

【注の見直し】

注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。

訪問看護を行うものに限る。)の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合には、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

【新設】

(新設)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料  
240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

通則

【通則の見直し】

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又は

規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等略称吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又は

C107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理及びC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C101 在宅自己注射指導管理料

【項目の見直し】

820点

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1 | 複雑な場合  | 1,230点 |
| 2 | 1以外の場合 | 820点   |

【新設】

(新設)

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料  
150点

注 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

【点数の見直し】

【新設】

【新設】

3,800点

(新設)

(新設)

患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

4,000点

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料  
1,050点

注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料  
1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法

【新設】

(新設)

に関する指導管理を行った場合に算定する。

C 1 1 0 - 2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点

注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

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

【新設】

(新設)

C 1 1 0 - 3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点

注1 てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

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

C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指



導管理料

【点数の見直し】

【新設】

500点 → 1,000点

(新設)

C 1 1 5 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）  
指導管理料 6,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号  
K 6 0 4に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流  
型）に係る施設基準に適合しているものとして  
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい  
て、体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使  
用している患者であって入院中の患者以外の患  
者に対して、療養上必要な指導を行った場合に  
、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型  
）指導管理料 45,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号  
K 6 0 4 - 2に掲げる植込型補助人工心臓（非  
拍動流型）に係る施設基準に適合しているもの  
として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関  
において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流  
型）を使用している患者であって入院中の患者  
以外の患者に対して、療養上必要な指導を行っ

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

【注の見直し】

注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

た場合に、月1回に限り算定する。

注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ニ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

【注の見直し】

注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限

注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限

	<p>る。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>		<p>る。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ハ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。)</p>						
<p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1,500点</p>	<p>→</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>プログラム付きシリンジポンプ</td> <td>2,500点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外のシリンジポンプ</td> <td>1,500点</td> </tr> </table>	1	プログラム付きシリンジポンプ	2,500点	2	1以外のシリンジポンプ	1,500点
1	プログラム付きシリンジポンプ	2,500点							
2	1以外のシリンジポンプ	1,500点							
<p>C157 酸素ボンベ加算</p> <p>【注の見直し】</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（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>→</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（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>						
<p>C158 酸素濃縮装置加算</p> <p>【注の見直し】</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（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</p>	<p>→</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（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</p>						

	<p>に、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。</p>		<p>に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。</p>
<p>C159 液化酸素装置加算</p> <p>【注の見直し】</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（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>→</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（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</p> <p>【注の見直し】</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（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>→</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（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C161 注入ポンプ加算</p> <p>【注の見直し】</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は</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性</p>

	化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。															
C162 在宅成分栄養経管栄養法用 栄養管セット加算																		
【名称の見直し】	在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算	→	在宅経管栄養法用栄養管セット加算															
【注の見直し】	注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	→	注 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。															
C164 人工呼吸器加算																		
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>陽圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> <td>→</td> <td>7,480点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>人工呼吸器</td> <td>6,000点</td> <td></td> <td>6,480点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>陰圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> <td></td> <td>7,480点</td> </tr> </table>	1	陽圧式人工呼吸器	7,000点	→	7,480点	2	人工呼吸器	6,000点		6,480点	3	陰圧式人工呼吸器	7,000点		7,480点		
1	陽圧式人工呼吸器	7,000点	→	7,480点														
2	人工呼吸器	6,000点		6,480点														
3	陰圧式人工呼吸器	7,000点		7,480点														
C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用 治療器加算																		
【注の見直し】	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の	→	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の															

	<p>患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C 1 6 7 疼痛管理用送信器加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>疼痛管理用送信器加算</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>	<p>疼痛等管理用送信器加算</p> <p>注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラムを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C 1 7 0 排痰補助装置加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>	<p>注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D006 出血・凝固時間</p> <p>【注の見直し】</p> <p>D008 内分泌学的検査</p> <p>【注の見直し】</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> <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>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 744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11から29までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</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>D009 腫瘍マーカー</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ハ 8項目以上 900点</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> <p>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>	<p>ハ 8項目以上 900点</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>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>
<p>D012 感染症免疫学的検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>11</p> <p>注 同一検体についてウイルス抗体価（半定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。</p>	<p>11</p> <p>注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。</p>
<p>D013 肝炎ウイルス関連検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から11までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目 290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3から12までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目 290点</p>



D014 自己抗体検査	ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 494点		ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 484点
【注の見直し】	注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	→	注 本区分の9から11までに掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
D015 血漿蛋白免疫学的検査	11 注 特異的IgE検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	→	11 注 特異的IgE半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
D023 微生物核酸同定・定量検査	6 注 HPV核酸同定検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行っ	→	6 注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行っ

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

た場合に限り算定する。

合に限り算定する。

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～ロ (略)  
ハ 尿沈渣顕微鏡検査  
ニ～ト (略)  
チ 血液細胞核酸増幅同定検査（造血器腫瘍核酸増幅同定検査）  
リ～ヌ (略)  
ル 感染症免疫学的検査  
梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、TPHA試験、TPHA試験（定性）及びHIV-1抗体価  
  
ヲ 肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原（定性、半定量）、HBs抗体価（半定量）、HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価（定性、定量）及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。  
イ～ロ (略)  
ハ 尿沈渣（鏡検法）  
ニ～ト (略)  
チ 造血器腫瘍遺伝子検査  
  
リ～ヌ (略)  
ル 感染症免疫学的検査  
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒血清反応（STS）、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量、梅毒トレポネーマ抗体定性及びHIV-1抗体  
  
ヲ 肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原定性・半定量、HBs抗体定性、HBs抗体半定量、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

	<p>ワ 自己抗体検査 寒冷凝集反応及びリウマトイド因子</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p>		<p>ワ 自己抗体検査 寒冷凝集反応、リウマトイド因子（R F）半定量及びリウマトイド因子（R F）定量</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p>
<p>第2款 検体検査判断料</p> <p>D 0 2 6 検体検査判断料</p> <p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注5 区分番号D 0 0 5の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、所定点数に240点を加算する。</p>
<p>第3節 生体検査料</p> <p>D 2 0 6 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>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p> <p>注4 厚生労働大臣の定める施設基準を満たす保</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>

険医療機関において血管内視鏡検査を実施した場合は所定点数に300点を加算する。

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

【新設】

(新設)

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験 560点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 区分番号D 0 0 7の30に掲げる血液ガス分析、D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査及びD 2 2 0からD 2 2 3 - 2に掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

D 2 2 1 - 2 筋肉コンパートメント内圧測定 620点

注 筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、

【新設】

D 2 3 9 筋電図検査

【注の見直し】

D 2 5 6 眼底カメラ撮影

【注の追加】

(新設)

感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず1回のみ算定する。

D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験  
980点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。

注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。

(追加)

注2 広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、所定点数に100点を加算する。

【新設】

D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、年2回に限り算定する。

第4節 診断穿刺・検体採取料

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

(新設)

D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

D 4 1 5 経気管肺生検法

【注の新設】

(新設)



- 注1 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、所定点数に500点を加算する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に1,000点を加算する。

別表1

## 第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>第1節 検体検査料</b>					
<b>第1款 検体検査実施料</b>					
<b>(尿・糞便等検査)</b>					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA定性(尿)	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	
D001 3	ポルフィリン定性	10	→ —	— —	(削除)
D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)	10	→ —	— —	(削除)
D001 4	ビリルビン	12	→ —	— —	(削除)
D001 5	ウロビリノゲン(尿)	16	→ 16	D001 3	(名称の変更)
D001 5	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→ 16	D001 3	(名称の変更)
D001 5	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3	
D001 6	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→ 17	D001 4	(名称の変更)
D001 7	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→ 41	D001 5	(名称の変更)
D001 8	アルブミン定性(尿)	49	→ 49	D001 6	(名称の変更)
D001 9	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→ 72	D001 7	(名称の変更)
D001 9	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→ 72	D001 7	(名称の変更)
D001 10	アルブミン定量(尿)	115	→ 113	D001 8	(名称の変更)
D001 10	トランスフェリン(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	ウロポルフィリン(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 11	ミオイントール(尿)	120	→ 120	D001 10	(名称の変更)
D001 12	コプロポルフィリン(尿)	150	→ 149	D001 11	(名称の変更)
D001 13	ポルフォビリノゲン(尿)	200	→ 200	D001 12	(名称の変更)
— —	総ヨウ素(尿)	—	→ 200	D001 12	(新設)
D001 14	IV型コラーゲン(尿)	210	→ 210	D001 13	(名称の変更)
— —	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	—	→ 210	D001 13	(新設)
D002	尿沈渣(鏡検法)	25	→ 27	D002	(名称の変更)
D002 注	尿沈渣染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	30	→ 24	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→ —	— —	(削除)
D003 2	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	ウロビリリン(糞便)	15	→ 15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→ —	— —	(削除)
D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 2	
D003 4	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 7	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	→ 41	D003 7	
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	57	→ 56	D003 8	(名称の変更)
D003 10	キモトリプシン(糞便)	80	→ 80	D003 9	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ 15	D004 1	(名称の変更)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 4	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 6	(名称の変更)
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
D004 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	135	→ 133	D004 8	(名称の変更)
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170	→ 170	D004 9	(名称の変更)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ 300	D004 11	(名称の変更)
D004 12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)	380	→ 380	D004 12	(名称の変更)
D004 13	IgGインデックス	460	→ 459	D004 13	
D004 14	オリゴクローナルバンド	560	→ 560	D004 14	(名称の変更)
D004 15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	620	→ 620	D004 15	(名称の変更)
— —	リン酸化タウ蛋白(髄液)	—	→ 680	D004 16	(新設)
— —	タウ蛋白(髄液)	—	→ 680	D004 16	(新設)
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	→ —	D004-2	
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ロ K-ras遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ハ EWS-Fli1遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ニ TLS-CHOP遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ホ SYT-SSX遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	へ c-kit遺伝子検査	2,000	→ 2,500	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ト マイクロサテライト不安定性検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,000	→ 2,500	D004-2 2	(名称の変更)
<b>(血液学的検査)</b>					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→ 9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12	→ 12	D005 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D005 3	血液浸透圧	15	→ 15	D005 3	
D005 3	好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→ 15	D005 3	(名称の変更)
D005 5	末梢血液像(自動機械法)	18	→ 15	D005 3	(項目の分割)
D005 4	好酸球数	17	→ 17	D005 4	
D005 6	末梢血液一般検査	21	→ 21	D005 5	
D005 5	末梢血液像(鏡検法)	18	→ 25	D005 6	(項目の分割)
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→ 27	D005 7	
D005 7	血中微生物検査	40	→ 40	D005 8	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→ 45	D005 9	
D005 9	ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	50	→ 49	D005 10	
D005 9	自己溶血試験	50	→ 50	D005 11	
D005 9	血液粘稠度	50	→ 50	D005 11	
D005 10	ヘモグロビンF(HbF)	60	→ 60	D005 12	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130	→ —	— —	(削除)
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	240	→ 240	D005 13	
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→ 250	D005 14	
D005 14	骨髓像	880	→ 880	D005 15	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→ 40	D005 15	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	1,000	→ 1,000	D005 16	(名称の変更)
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→ 15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間(PT)	18	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	全血凝固時間	18	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	トロンボテスト	18	→ 18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→ 23	D006 4	(項目の分割)
D006 4	フィブリノゲン定量	23	→ 23	D006 4	(項目の分割)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 4	クリオフィブリノゲン	23	→ 23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25	→ 25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28	→ 28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→ 28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	→ 28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29	→ 29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→ 29	D006 7	
D006 8	血小板凝集能	50	→ 50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	→ 64	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン活性	70	→ 70	D006 10	(項目の分割)
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	→ 70	D006 10	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	プラスミン	80	→ 80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)	80	→ —	— —	(削除)
D006 11	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)	80	→ —	— —	(削除)
D006 11	プラスミン活性	80	→ 80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	$\alpha_1$ -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	95	→ 93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100	→ 100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	→ 100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100	→ 100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)	120	→ 120	D006 14	(名称の変更)
D006 15	Dダイマー定性	140	→ 137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	Dダイマー半定量	140	→ 137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	$\alpha_2$ -マクログロブリン	140	→ 140	D006 16	
D006 15	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	140	→ 140	D006 16	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 15	von Willebrand因子(VWF)活性	140	→ 140	D006 16	(名称の変更)
D006 16	PIVKA-II	150	→ 147	D006 17	(名称の変更)
D006 16	Dダイマー	150	→ 147	D006 17	(名称の変更)
D006 17	凝固因子インヒビター	160	→ 160	D006 18	
D006 17	von Willebrand因子(VWF)抗原	160	→ 160	D006 18	(名称の変更)
D006 18	プロテインS活性	170	→ 170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プロテインS抗原	170	→ 170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	170	→ 170	D006 19	(名称の変更)
D006 19	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )	180	→ 180	D006 20	
D006 19	β-トロンボグロブリン(β-TG)	180	→ 180	D006 20	(名称の変更)
D006 20	プロトロンビンフラグメントF1+2	200	→ 196	D006 21	
D006 20	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	200	→ 200	D006 22	(名称の変更)
D006 21	トロンボモジュリン	215	→ 215	D006 23	
D006 22	フィブリンモノマー複合体	240	→ 240	D006 24	
D006 22	凝固因子(第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	240	→ 240	D006 24	(名称の変更)
D006 23	プロテインC活性	260	→ 260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	プロテインC抗原	260	→ 260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	tPA・PAI-1複合体	260	→ 260	D006 25	
D006 24	フィブリノペプチド	300	→ 300	D006 26	(名称の変更)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	750	→ 744	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D006-2	(名称の変更)
D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA	1,200	→ 1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	4,000	→ 4,000	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,600	→ 2,730	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	→ 400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400	→ 2,520	D006-6	
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,000	→ 2,100	D006-7	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006-7	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,000	→ 2,400	D006-8	(名称の変更)
D006-7	WT1 mRNA	2,000	→ 2,520	D006-9	(名称の変更)
<b>(生化学的検査( I ))</b>					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11	→ -	- -	(削除)
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 1	アルドラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	鉄(Fe)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 2	リン脂質	15	→ 15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	→ 16	D007 3	
D007 4	HDL-コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→ 17	D007 4	
D007 4	無機リン及びリン酸	17	→ 17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	総コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→ 17	D007 4	
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→ 17	D007 4	
D007 5	LDL-コレステロール	18	→ 18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	→ 18	D007 5	
D007 6	銅(Cu)	23	→ 23	D007 6	(名称の変更)
D007 7	リパーゼ	24	→ 24	D007 7	
D007 8	イオン化カルシウム	26	→ 26	D007 8	
D007 9	マンガン(Mn)	27	→ 27	D007 9	(名称の変更)
D007 10	ムコ蛋白	29	→ 29	D007 10	
D007 11	ケトン体	31	→ 30	D007 11	
D007 11	不飽和鉄結合能(UIBC)	31	→ 31	D007 12	
D007 11	総鉄結合能(TIBC)	31	→ 31	D007 12	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→ 32	D007 13	(名称の変更)
D007 13	グアナーゼ	35	→ 35	D007 14	
D007 14	リボプロテイン	45	→ -	- -	(削除)
D007 15	有機モノカルボン酸	48	→ 47	D007 15	
D007 15	胆汁酸	48	→ 47	D007 15	
D007 15	ALPアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	γ-GTアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	重炭酸塩	48	→ 48	D007 16	
D007 16	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	リポ蛋白分画	50	→ 49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	アンモニア	50	→ 50	D007 18	
D007 18	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 19	(名称の変更)
D007 18	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 19	
D007 19	コレステロール分画	57	→ 57	D007 20	
D007 20	ケトン体分画	60	→ 59	D007 21	
D007 20	カタラーゼ	60	→ 60	D007 22	
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 23	
D007 22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)	80	→ 80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)	80	→ 80	D007 24	
D007 22	グリココール酸	80	→ 80	D007 24	
D007 23	CK-MB	90	→ 90	D007 25	
D007 24	アポリポ蛋白	95	→ 94	D007 26	
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→ 95	D007 27	
D007 24	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 27	(名称の変更)
- -	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	-	→ 96	D007 28	(新設)
D007 25	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100	→ 100	D007 29	
D007 26	ヘパリン	110	→ 110	D007 30	
D007 26	リポ蛋白(a)	110	→ 110	D007 30	
D007 27	心筋トロポニンI	120	→ 120	D007 31	
D007 27	KL-6	120	→ 120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	フェリチン半定量	120	→ 120	D007 31	(項目の分割)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 27	フェリチン定量	120	→ 120	D007 31	(項目の分割)
D007 27	エタノール	120	→ 120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	ペントシジン	120	→ 120	D007 31	
D007 27	イヌリン	120	→ 120	D007 31	
D007 28	アルミニウム(Al)	130	→ 127	D007 32	(名称の変更)
D007 28	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→ 130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	130	→ 130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	ガラクトース	130	→ 130	D007 33	
D007 28	シスタチンC	130	→ 130	D007 33	
D007 29	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→ 140	D007 34	(名称の変更)
D007 30	血液ガス分析	150	→ 150	D007 35	
D007 30	亜鉛(Zn)	150	→ 150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	ミオグロビン定性	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	ミオグロビン定量	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド(P-Ⅲ-P)	150	→ 150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	Ⅳ型コラーゲン	150	→ 150	D007 35	
D007 30	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→ 150	D007 35	
D007 30	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→ 150	D007 35	
D007 31	アンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE)	160	→ 160	D007 36	
D007 31	Ⅳ型コラーゲン・7S	160	→ 160	D007 36	
D007 31	ビタミンB <sub>12</sub>	160	→ 160	D007 36	
D007 32	葉酸	170	→ 170	D007 37	
D007 33	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	→ 180	D007 38	(名称の変更)
D007 34	アセトアミノフェン	190	→ 190	D007 39	
D007 34	臆分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性	190	→ 190	D007 39	(名称の変更)
D007 34	ヒアルロン酸	190	→ 190	D007 39	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 34	心室筋ミオシン軽鎖 I	190	→ 190	D007 39	
D007 35	レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	200	→ 200	D007 40	(名称の変更)
D007 35	トリプシン	200	→ 200	D007 40	
D007 35	マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)	200	→ 200	D007 40	(名称の変更)
D007 36	赤血球コプロポルフィリン	210	→ 210	D007 41	
D007 36	ホスホオリパーゼA <sub>2</sub> (PLA <sub>2</sub> )	210	→ 210	D007 41	(名称の変更)
D007 37	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	230	→ 230	D007 42	(名称の変更)
D007 37	肝細胞増殖因子 (HGF)	230	→ 230	D007 42	
D007 37	CKアイソフォーム	230	→ 230	D007 42	
D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ (PH)	230	→ 230	D007 42	
D007 38	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→ 250	D007 43	
D007 38	α-フェトプロテイン (AFP) 定性 (膈分泌液)	250	→ 250	D007 43	(名称の変更)
D007 39	ビタミンB <sub>1</sub>	270	→ 270	D007 44	
D007 40	ビタミンB <sub>2</sub>	280	→ 276	D007 45	
D007 40	赤血球プロトポルフィリン	280	→ 280	D007 46	
D007 41	プロカルシトニン (PCT) 半定量	320	→ 320	D007 47	(項目の分割)
D007 41	プロカルシトニン (PCT) 定量	320	→ 320	D007 47	(項目の分割)
D007 42	ビタミンC	330	→ 330	D007 48	
D007 43	1, 25-ジヒドロキシビタミンD <sub>3</sub>	400	→ 400	D007 49	(名称の変更)
D007 注	包括項目: 5項目以上7項目以下	95	→ 93	D007 注	
D007 注	包括項目: 8項目又は9項目	104	→ 102	D007 注	
D007 注	包括項目: 10項目以上	123	→ 121	D007 注	
<b>(生化学的検査(Ⅱ))</b>					
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	→ -	- -	(削除)
D008 3	17-ケトステロイド (17-KS)	70	→ -	- -	(削除)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 3	ホモバニリン酸(HVA)	70	→ 69	D008 3	(名称の変更)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→ 90	D008 4	
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→ 95	D008 5	
D008 6	プロラクチン(PRL)	100	→ 98	D008 6	
D008 7	レニン活性	110	→ 108	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	115	→ 113	D008 8	
D008 8	レニン定量	115	→ 113	D008 8	
D008 8	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115	→ 115	D008 9	
D008 8	ガストリン	115	→ 115	D008 9	
D008 9	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )	120	→ 118	D008 10	
D008 9	インスリン(IRI)	120	→ 118	D008 10	
D008 10	成長ホルモン(GH)	125	→ 123	D008 11	
D008 10	卵胞刺激ホルモン(FSH)	125	→ 123	D008 11	
D008 10	C-ペプチド(CPR)	125	→ 123	D008 11	(名称の変更)
D008 10	黄体形成ホルモン(LH)	125	→ 123	D008 11	
D008 11	アルドステロン	140	→ 137	D008 12	
D008 11	テストステロン	140	→ 137	D008 12	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	サイロキシシン結合能(TBC)	140	→ 140	D008 13	
D008 11	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	140	→ 140	D008 13	
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )	140	→ 140	D008 13	
D008 11	コルチゾール	140	→ 140	D008 13	
D008 11	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	サイログロブリン	140	→ 140	D008 13	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 12	カルシトニン	150	→ 147	D008 14	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)	150	→ 150	D008 15	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	150	→ 150	D008 15	(項目の分割)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	150	→ 150	D008 15	(項目の分割)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	150	→ 150	D008 15	(名称の変更)
D008 12	グルカゴン	150	→ 150	D008 15	
D008 13	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)	160	→ 160	D008 16	
D008 13	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→ 160	D008 16	
D008 14	プロゲステロン	170	→ 167	D008 17	(名称の変更)
D008 14	オステオカルシン(OC)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170	→ 170	D008 18	
- -	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact PINP)	-	→ 170	D008 18	(新設)
D008 14	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	セクレチン	170	→ 170	D008 18	
D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	遊離テストステロン	170	→ 170	D008 18	
D008 14	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	170	→ 170	D008 18	
D008 15	サイクリックAMP(cAMP)	180	→ 180	D008 19	(名称の変更)
D008 15	エストリオール(E <sub>3</sub> )	180	→ 180	D008 19	
D008 15	エストロゲン半定量	180	→ 180	D008 19	(項目の分割)
D008 15	エストロゲン定量	180	→ 180	D008 19	(項目の分割)
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	180	→ 180	D008 19	
D008 16	副甲状腺ホルモン(PTH)	190	→ 186	D008 20	
D008 16	カテコールアミン分画	190	→ 186	D008 20	
D008 16	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	190	→ 190	D008 21	(名称の変更)
D008 17	エストラジオール(E <sub>2</sub> )	200	→ 196	D008 22	
D008 17	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	200	→ 200	D008 23	(名称の変更)
D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200	→ 200	D008 23	
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 23	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 18	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	220	→ 216	D008 24	
D008 18	カテコールアミン	220	→ 216	D008 24	
D008 18	17-ケートジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 25	
D008 18	17-ケートステロイド分画(17-KS分画)	220	→ 220	D008 25	
D008 18	エリスロポエチン	220	→ 220	D008 25	
D008 18	17 $\alpha$ -ヒドロキシprogesteron(17 $\alpha$ -OHP)	220	→ 220	D008 25	(名称の変更)
D008 18	抗IA-2抗体	220	→ 220	D008 25	
D008 18	プレグナンジオール	220	→ 220	D008 25	
D008 19	ソマトメジンC	240	→ 235	D008 26	
D008 19	抗利尿ホルモン(ADH)	240	→ 235	D008 26	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン	240	→ 240	D008 27	
D008 19	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	240	→ 240	D008 27	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→ 240	D008 27	
D008 20	プレグナントリオール	250	→ 250	D008 28	
D008 20	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 28	
D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 29	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	630	→ 630	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA定性	80	→ 80	D009 1	(名称の変更)
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115	→ 113	D009 2	
D009 2	$\alpha$ -フェトプロテイン(AFP)	115	→ 115	D009 3	
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)	115	→ 115	D009 3	
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC)	115	→ 115	D009 3	(名称の変更)
D009 3	DUPAN-2	130	→ 130	D009 4	
D009 3	NCC-ST-439	130	→ 130	D009 4	
D009 3	CA15-3	130	→ 130	D009 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	130	→ 130	D009 4	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135	→ 135	D009 5	
D009 5	前立腺特異抗原(PSA)	140	→ 140	D009 6	(名称の変更)
D009 5	CA19-9	140	→ 140	D009 6	
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 7	
D009 6	CA72-4	150	→ 150	D009 7	
D009 6	CA50	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	SPan-1	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	シアルルTn抗原(STN)	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)	150	→ 150	D009 7	
D009 6	PIVKA-II半定量	150	→ 150	D009 7	(項目の分割)
D009 6	PIVKA-II定量	150	→ 150	D009 7	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	160	→ 160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	160	→ 160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	シアルルLe <sup>x</sup> -i抗原(SLX)	160	→ 160	D009 8	(名称の変更)
D009 7	CA125	160	→ 160	D009 8	
D009 7	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 8	(名称の変更)
D009 8	シアルルLe <sup>x</sup> 抗原(CSLEX)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	遊離型PSA比(PSA F/T比)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170	→ 170	D009 9	
D009 8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	SP1	170	→ 170	D009 9	
D009 8	抗p53抗体	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 9	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	180	→ 180	D009 10	(名称の変更)
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180	→ 180	D009 10	
D009 10	遊離型フコース(尿)	190	→ 190	D009 11	(名称の変更)
D009 10	CA602	190	→ 190	D009 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 10	α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190	→ 190	D009 11	(名称の変更)
D009 10	CA54/61	190	→ 190	D009 11	
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190	→ 190	D009 11	
D009 11	γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	200	→ 200	D009 12	(名称の変更)
D009 11	CA130	200	→ 200	D009 12	
D009 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント(HCGβ-CF)(尿)	200	→ 200	D009 12	(名称の変更)
D009 12	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→ 220	D009 13	
D009 13	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(項目の分割)
D009 13	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(項目の分割)
D009 13	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(名称の変更)
D009 13	HER2蛋白	320	→ 320	D009 14	(名称の変更)
D009 14	可溶性インターロイキン-2レセプター(Si1-2R)	460	→ 460	D009 15	(名称の変更)
D009 注	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	糖分析(尿)	38	→ 38	D010 1	(名称の変更)
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)	300	→ 300	D010 4	(名称の変更)
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	320	→ 320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	→ 1,274	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→ 350	D010 6	(名称の変更)
D010 7	脂肪酸分画	450	→ 450	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 8	
<b>(免疫学的検査)</b>					
D011	免疫血液学的検査			D011	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D011 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	Coombs試験			D011 2	(名称の変更)
D011 2	イ 直接	30	→ 30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 160	D011 3	
D011 4	不規則抗体	170	→ 167	D011 4	(名称の変更)
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→ 200	D011 5	(名称の変更)
D011 6	血小板関連IgG(PA-IgG)	210	→ 210	D011 6	(名称の変更)
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	270	→ 270	D011 8	(名称の変更)
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応(STS)定性	15	→ 15	D012 1	(名称の変更)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定性	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)半定量	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定量	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	27	→ 26	D012 2	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	27	→ 26	D012 2	(項目の分割)
D012 3	抗streptキナーゼ(ASK)定性	29	→ 29	D012 3	(項目の分割)
D012 3	抗streptキナーゼ(ASK)半定量	29	→ 29	D012 3	(項目の分割)
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	(名称の変更)
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	(項目の分割)
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→ 32	D012 4	(項目の分割)
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	→ 34	D012 5	(名称の変更)
D012 5	梅毒血清反応(STS)	34	→ 34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→ 53	D012 6	(項目の分割)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→ 53	D012 6	(項目の分割)
D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	60	→ 60	D012 7	(名称の変更)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60	→ 60	D012 7	(名称の変更)
D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便)	65	→ 65	D012 8	(項目の分割)
D012 8	ロタウイルス抗原定量(糞便)	65	→ 65	D012 8	(項目の分割)
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70	→ 70	D012 9	(名称の変更)
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→ 70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→ 75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	80	→ 79	D012 11	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→ 80	D012 12	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→ 80	D012 12	
D012 11	百日咳菌抗体定性	80	→ 80	D012 12	(項目の分割)
D012 11	百日咳菌抗体半定量	80	→ 80	D012 12	(項目の分割)
D012 12	HTLV-I抗体定性	85	→ 85	D012 13	(項目の分割)
D012 12	HTLV-I抗体半定量	85	→ 85	D012 13	(項目の分割)
D012 13	トキソプラズマ抗体	95	→ 93	D012 14	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体	95	→ 95	D012 15	(名称の変更)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)	100	→ 100	D012 16	(名称の変更)
D012 14	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	→ 100	D012 16	(名称の変更)
D012 15	抗酸菌抗体定性	120	→ 120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	抗酸菌抗体定量	120	→ 120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	HIV-1抗体	120	→ 120	D012 17	(名称の変更)
D012 16	HIV-1, 2抗体定性	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗体半定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗体定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 17	A群β溶連菌迅速試験定性	140	→ 140	D012 19	(名称の変更)
D012 17	ノイラミニダーゼ	140	→ 140	D012 19	
D012 18	カンジダ抗原定性	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 18	カンジダ抗原半定量	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	カンジダ抗原定量	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	インフルエンザウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	RSウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
— —	ノロウイルス抗原定性	—	→ 150	D012 21	(新設)
D012 19	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 22	
D012 19	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→ 160	D012 22	(名称の変更)
D012 20	大腸菌O157抗原定性	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	クラミジア・トラコマチス抗原定性	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170	→ 170	D012 23	
D012 20	マイコプラズマ抗原	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌O157抗体定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌血清型別	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 22	HTLV-I抗体	190	→ 186	D012 25	(名称の変更)
D012 22	クリプトコックス抗原定性	190	→ 190	D012 26	(項目の分割)
D012 22	クリプトコックス抗原半定量	190	→ 190	D012 26	(項目の分割)
D012 23	ブルセラ抗体	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
D012 23	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
— —	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	—	→ 210	D012 27	(新設)
D012 23	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿)	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
— —	肺炎球菌細胞壁抗原定性	—	→ 210	D012 27	(新設)
D012 23	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 23	レプトスピラ抗体	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
D012 24	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	220	→ 216	D012 28	(名称の変更)
D012 24	ツツガムシ抗体定性	220	→ 220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	ツツガムシ抗体半定量	220	→ 220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	(1→3) - $\beta$ - D-グルカン	220	→ 220	D012 29	
D012 24	サイトメガロウイルス抗体	220	→ 220	D012 29	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体半定量	230	→ 230	D012 30	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	230	→ 230	D012 30	
D012 26	レジオネラ抗原定性(尿)	240	→ 240	D012 31	(名称の変更)
D012 26	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→ 240	D012 31	(名称の変更)
D012 27	エンドトキシン	270	→ 270	D012 32	(名称の変更)
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→ 270	D012 32	(名称の変更)
D012 28	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 33	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体	300	→ 294	D012 34	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原定性	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異IgG抗体	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	Weil-Felix反応	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 30	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 36	(名称の変更)
D012 31	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	410	→ 410	D012 37	(名称の変更)
D012 32	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)	450	→ 441	D012 38	(名称の変更)
D012 33	HIV抗原	600	→ 600	D012 39	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	→ 29	D013 1	(名称の変更)
D013 2	HBs抗体定性	32	→ 32	D013 2	(項目の分割)
D013 2	HBs抗体半定量	32	→ 32	D013 2	(項目の分割)
D013 3	HBs抗原	90	→ 88	D013 3	
D013 3	HBs抗体	90	→ 88	D013 3	(名称の変更)
D013 4	HBe抗原	110	→ 110	D013 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D013 4	HBe抗体	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	HCV抗体定性・定量	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	HCVコア蛋白	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA-IgM抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HBc-IgM抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HCVコア抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→ 160	D013 7	(項目の分割)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→ 160	D013 7	(項目の分割)
— —	HE-IgA抗体定性	—	→ 210	D013 8	(新設)
D013 8	HCV血清群別判定	240	→ 240	D013 9	(名称の変更)
D013 9	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	290	→ 290	D013 10	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→ 330	D013 11	(名称の変更)
D013 11	HCV特異抗体価	340	→ 340	D013 12	
— —	HBVジェノタイプ判定	—	→ 340	D013 12	(新設)
D013 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D013 注	
D013 注	包括項目:4項目	360	→ 360	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	494	→ 484	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→ 11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量	30	→ 30	D014 2	(項目の分割)
D014 2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→ 30	D014 2	(項目の分割)
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→ 37	D014 3	(名称の変更)
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→ 37	D014 3	(名称の変更)
D014 4	Donath-Landsteiner試験	55	→ 55	D014 4	(名称の変更)
D014 5	LEテスト定性	68	→ 68	D014 5	(名称の変更)
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 6	抗インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→ 120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→ 120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	120	→ 120	D014 8	
D014 9	抗Jo-1抗体定性	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo-1抗体半定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo-1抗体定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗サイログロブリン抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体半定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体定性	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体半定量	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体定量	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
— —	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	—	→ 170	D014 11	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 10	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体	170	→ 170	D014 11	
D014 11	抗DNA抗体定性	180	→ 178	D014 12	(項目の分割)
D014 11	抗DNA抗体定量	180	→ 178	D014 12	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定性	190	→ 190	D014 13	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定量	190	→ 190	D014 13	(項目の分割)
D014 13	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	→ 200	D014 14	
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定性	210	→ 206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定量	210	→ 206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体	210	→ 210	D014 16	
D014 14	IgG型リウマトイド因子	210	→ 210	D014 16	(名称の変更)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→ 210	D014 16	(項目の分割)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→ 210	D014 16	(項目の分割)
D014 15	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテイン I 複合体抗体	230	→ 230	D014 17	(名称の変更)
D014 15	抗LKM-1抗体	230	→ 230	D014 17	
D014 16	抗カルジオリピン抗体	250	→ 250	D014 18	
D014 16	抗TSHレセプター抗体(TRAAb)	250	→ 250	D014 18	(名称の変更)
D014 17	抗デスマogleイン3抗体	270	→ 270	D014 19	(名称の変更)
D014 17	抗BP180-NC16a抗体	270	→ 270	D014 19	(名称の変更)
D014 18	ループスアンチコアグラント定性	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	ループスアンチコアグラント定量	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	290	→ 290	D014 20	
D014 18	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	290	→ 290	D014 20	(名称の変更)
D014 19	抗デスマogleイン1抗体	300	→ 300	D014 21	(名称の変更)
D014 20	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→ 350	D014 22	(名称の変更)
D014 21	IgG <sub>4</sub>	400	→ 400	D014 23	
D014 22	抗GM1IgG抗体	460	→ 460	D014 24	

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 22	抗GQ1bIgG抗体	460	→ 460	D014 24	
D014 23	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	900	→ 900	D014 25	(名称の変更)
D014 24	抗グルタミン酸レセプター抗体	1,000	→ 1,000	D014 26	(名称の変更)
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	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)	30	→ 30	D015 2	(名称の変更)
D015 3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性	34	→ 34	D015 3	(名称の変更)
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 <sub>50</sub> )	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→ 42	D015 5	(項目の分割)
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→ 42	D015 5	(項目の分割)
D015 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	48	→ 47	D015 6	(名称の変更)
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→ 60	D015 7	(名称の変更)
D015 8	C <sub>3</sub>	70	→ 70	D015 8	(名称の変更)
D015 8	C <sub>4</sub>	70	→ 70	D015 8	(名称の変更)
D015 9	セルロプラスミン	90	→ 90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE半定量	100	→ 100	D015 10	(項目の分割)
D015 10	非特異的IgE定量	100	→ 100	D015 10	(項目の分割)
D015 11	特異的IgE半定量・定量	110	→ 110	D015 11	(名称の変更)
D015 12	β <sub>2</sub> -ミクログロブリン	115	→ 115	D015 12	(名称の変更)
D015 12	トランスサイレチン(プレアルブミン)	115	→ 115	D015 12	(名称の変更)
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 13	
D015 14	α <sub>1</sub> -ミクログロブリン	150	→ 150	D015 14	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	→ 150	D015 14	
D015 15	C <sub>3</sub> プロアクチベータ	160	→ 160	D015 15	
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	170	→ 168	D015 16	
D015 17	ヘモペキシシ	180	→ 180	D015 17	
D015 18	APRスコア定性	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 18	アトピー鑑別試験定性	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 18	TARC	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	210	→ 210	D015 19	(名称の変更)
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	220	→ 220	D015 20	(名称の変更)
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 <sub>1</sub> 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	
— —	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	—	→ 400	D015 24	(新設)
D015 24	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	600	→ 630	D015 25	(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	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	T細胞・B細胞百分率	210	→ 210	D016 3	(名称の変更)
D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)	210	→ 210	D016 3	(名称の変更)
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	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 5	(名称の変更)
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	350	→ 350	D016 6	(名称の変更)
<b>(微生物学的検査)</b>					
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	42	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	40	→ 50	D017 3	



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		
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	140	→ 160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	140	→ 160	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	150	→ 190	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	130	→ 150	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	120	→ 140	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	(名称の変更)
D018 注	嫌気性培養加算	80	→ 120	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	140	→ 170	D019 1	
D019 2	2菌種	180	→ 220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	230	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	130	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	200	→ 230	D020 1	(名称の変更)
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	180	→ 210	D020 2	(名称の変更)
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	290	→ 370	D021	(名称の変更)
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	300	→ 380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	(名称の変更)
D023 2	淋菌核酸検出	210	→ 210	D023 2	(名称の変更)
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	210	→ 210	D023 2	(名称の変更)
D023 3	HBV核酸定量	290	→ 290	D023 3	(名称の変更)
D023 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	300	→ 300	D023 4	(名称の変更)
— —	レジオネラ核酸検出	—	→ 300	D023 4	(新設)
— —	マイコプラズマ核酸検出	—	→ 300	D023 4	(新設)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	→ —	— —	(削除)
D023 6	HCV核酸検出	360	→ 360	D023 5	(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		
D023 6	HPV核酸検出	360	→ 360	D023 5	(名称の変更)
— —	インフルエンザ核酸検出	—	→ 410	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 6	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 6	(名称の変更)
D023 8	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー(MAC)核酸検出	430	→ 421	D023 7	(名称の変更)
D023 9	HCV核酸定量	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 10	HIV-1核酸定量	520	→ 520	D023 9	(名称の変更)
D023 10	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 9	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	550	→ 850	D023 10	(名称の変更)
— —	HPVジェノタイプ判定	—	→ 2,000	D023 11	(新設)
D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→ 6,000	D023 12	(名称の変更)
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')定性	55	→ 55	D023-2 1	(名称の変更)
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70	→ 70	D023-2 2	(名称の変更)
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)	150	→ 150	D023-2 3	(名称の変更)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	200	→ 200	D023-2 4	(名称の変更)
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
<b>(基本的検体検査実施料)</b>					
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	
<b>第2款 検体検査判断料</b>					
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	

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 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	
D026 注	検体検査管理加算(IV)	500	→ 500	D026 注	
D027	基本的検体検査判断料	604	→ 604	D027	
<b>第3節 生体検査料</b>					
<b>(呼吸循環機能検査等)</b>					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	80	→ 90	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	→ 100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→ 140	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	→ -	D201 1	
- -	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	-	→ 150	D201 1	(新設)
- -	ロ その他の場合	-	→ 60	D201 1	(新設)
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	→ 150	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 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		
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使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	血管伸展性検査	100	→ —	— —	(削除)
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	
— —	血管内皮機能検査(一連につき)	—	→ 200	D207 4	(新設)
D207 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→ 1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	バリスタカルジオグラフ	90	→ 90	D208 4	
— —	加算平均心電図による心室遅延電位測定	—	→ 200	D208 5	(新設)
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 6	
D209	負荷心電図検査			D209	

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		
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	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→ 90	D210-3	(名称の変更)
— —	T波オルタナンス検査	—	→ 1,100	D210-4	(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	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
—	時間内歩行試験	—	→ 560	D211-3	(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	
— —	1検査	—	→ 60	D214 1	(新設)
D214 1	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 2	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 3	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 4	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
— —	血管伸展性検査	—	→ 100	D214 6	(新設)
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
<b>(超音波検査等)</b>					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	(新設)
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 1,000	D215 3	
— —	ホ 負荷心エコー法	—	→ 1,680	D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	150	→ 150	D215 注	
D215 注	パルスドプラ法加算	200	→ 200	D215 注	
— —	肝硬度測定	—	→ 200	D215-2	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	—	→ —	D216-2	
D216-2 1	超音波検査によるもの	55	→ 55	D216-2 1	
D216-2 2	導尿によるもの	45	→ 45	D216-2 2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
D217 注	大腿骨同時撮影加算	90	→ 90	D217 注	
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	
<b>(監視装置による諸検査)</b>					
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	

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		
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	
—	筋肉コンパートメント内圧測定	—	→ 620	D221-2	(新設)
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	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→ 100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→ 200	D225-3	
—	ヘッドアップティルト試験	—	→ 980	D225-4	(新設)
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	→ 125	D227 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		
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	400	→ 500	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→ 150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 450	D230 2	
D231	人工膝臓(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 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	
<b>(脳波検査等)</b>					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600	→ 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	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	700	→ 900	D235-3	
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	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 800	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー	670	→ 670	D236-2	
D236-3	脳磁図	5,000	→ 5,100	D236-3	(名称の変更)
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	
— —	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	—	250	D237 2	(新設)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D237 2	1及び2以外の場合	3,300	→ 3,300	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	140	→ 180	D238	
<b>(神経・筋検査)</b>					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては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)	150	→ 150	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 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	→ 400	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	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
<b>(耳鼻咽喉科学的検査)</b>					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350	→ 350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350	→ 350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	

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		
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	→ 290	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350	→ 340	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	150	→ -	D250 3	
- -	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	-	→ 300	D250 3	(新設)
- -	ロ その他の場合	-	→ 140	D250 3	(新設)
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 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		
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	45	→ 45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
<b>(眼科学的検査)</b>					
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	
— —	自発蛍光撮影法の場合	—	→ 510	D256 3	(新設)
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	

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 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	300	→ 290	D260 2	
D261	屈折検査	69	→ 69	D261	
D262	調節検査	74	→ 70	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	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	82	→ 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	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	60	→ 70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	38	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除				
—	ロービジョン検査判断料	—	→ 250	D270-2	(新設)
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	38	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	38	→ 48	D272	
D273	細隙燈頭微鏡検査(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	

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		
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 1	
— —	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	—	→ 60	D282-2 2	(新設)
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	
<b>(皮膚科学的検査)</b>					
D282-4	ダーモスコピー	72	→ 72	D282-4	
<b>(臨床心理・神経心理検査)</b>					
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	
— —	操作と処理が極めて複雑なもの	—	→ 450	D283 3	(新設)
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	

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		
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	
<b>(負荷試験等)</b>					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
— —	イヌリンクリアランス測定	—	→ 1,280	D286-2	(新設)
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ 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	
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 鈣質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膵機能テスト(PFDテスト)	100	→ 100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2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	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D289 2	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)	100	→ 100	D289 2	
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	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	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→ 1,000	D291-3	
<b>(ラジオアイソトープを用いた諸検査)</b>					
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	

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		
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	
<b>(内視鏡検査)</b>					
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)	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコープ	600	→ 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	2,500	→ 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	
D306 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注	
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	



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		
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	
D308 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注	
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	バルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 3,000	D310 1	(名称の変更)
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	
D313 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注	
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	950	→ 950	D317	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
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	
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	

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		
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	
<b>第4節 診断穿刺・検体採取料</b>					
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	13	→ 16	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	
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	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
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	

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		
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	
D409-2	センチネルリンパ節生検			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	200	→ -	D410	
1	生検針によるもの	-	→ 650	D410 1	(新設)
2	その他	-	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	4,000	→ 4,000	D414-2 1	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,000	D415	
- -	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	-	→ 5,500	D415-2	(新設)
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
D416 注	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	
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	

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		
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	
D417 13	心筋	5,000	→ 5,000	D417 13	
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			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	
D419 4	前房水採取	350	→ 350	D419 4	

別表2

## 第3部 検査 (名称を変更する項目)

	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001 2	VMA定性	D001 2	VMA定性(尿)
D001 2	B-J蛋白定性	D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)
D001 5	尿中ウロビリノゲン	D001 3	ウロビリノゲン(尿)
D001 5	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)
D001 6	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)
D001 7	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)
D001 8	尿中アルブミン定性	D001 6	アルブミン定性(尿)
D001 9	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性	D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)
D001 9	尿中フィブリン分解産物(FDP)	D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)
D001 10	尿中マイクロトランスフェリン	D001 9	トランスフェリン(尿)
D001 10	尿中ウロポルフィリン	D001 9	ウロポルフィリン(尿)
D001 10	尿中マイクロアルブミン	D001 8	アルブミン定量(尿)
D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸	D001 9	$\delta$ アミノレブリン酸( $\delta$ -ALA)(尿)
D001 10	尿中ポリアミン	D001 9	ポリアミン(尿)
D001 11	尿中ミオイノシトール	D001 10	ミオイノシトール(尿)
D001 12	尿中コプロポルフィリン	D001 11	コプロポルフィリン(尿)
D001 13	尿中ポルフォビリノゲン	D001 12	ポルフォビリノゲン(尿)
D001 14	尿中IV型コラーゲン	D001 13	IV型コラーゲン(尿)
D002	尿沈渣顕微鏡検査	D002	尿沈渣(鏡検法)
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定	D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)
D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)	D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)
D003 2	糞便中ウロビリノ	D003 1	ウロビリノ(糞便)
D003 4	糞便中虫体検出	D003 3	虫体検出(糞便)
D003 7	糞便中虫卵培養検査	D003 6	虫卵培養(糞便)

D003	9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003	8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量
D003	10	糞便中キモトリプシン	D003	9	キモトリプシン(糞便)
D004	1	胃酸度測定	D004	1	酸度測定(胃液)
D004	6	頸管粘液検査	D004	6	頸管粘液一般検査
D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	D004	7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)
D004	7	涙液中総IgE定性	D004	7	IgE定性(涙液)
D004	8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004	8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)
D004	9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量	D004	9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(膣分泌液)
D004	11	関節液中コンドロカルシン	D004	11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)
D004	12	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	D004	12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)
D004	14	髄液オリゴクローナルバンド	D004	14	オリゴクローナルバンド
D004	15	髄液MBP	D004	15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)
D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD-DST法)	D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査
D005	1	赤血球沈降速度	D005	1	赤血球沈降速度(ESR)
D005	3	鼻汁喀痰中好酸球検査	D005	3	好酸球(鼻汁・喀痰)
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)	D005	16	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)
D006	2	凝固時間	D006	2	全血凝固時間
D006	2	プロトロンビン時間	D006	2	プロトロンビン時間(PT)
D006	4	クリオフィブリノゲン検査	D006	4	クリオフィブリノゲン
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間	D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
D006	11	プラスミン活性値	D006	11	プラスミン活性
D006	14	フィブリノゲン分解産物	D006	14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)
D006	15	アンチプラスミン	D006	16	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)
D006	15	フォン・ウィルブランド因子活性	D006	16	von Willebrand因子(VWF)活性
D006	16	PIVKA II	D006	17	PIVKA-II
D006	16	D-Dダイマー	D006	17	Dダイマー

D006 17	フォン・ウィルブランド因子抗原	D006 18	von Willebrand因子(VWF)抗原
D006 18	$\alpha$ 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	D006 19	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)
D006 19	$\beta$ -トロンボグロブリン	D006 20	$\beta$ -トロンボグロブリン( $\beta$ -TG)
D006 20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)	D006 22	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)
D006 22	凝固因子(Ⅱ, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII)	D006 24	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)
D006 24	フィブリノペプチド	D006 26	フィブリノペプチド
D006-2	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)	D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査	D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA
D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査	D006-9	WT1 mRNA
D006-7	サイトケラチン(CK)19mRNA	D006-8	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出
D007 1	直接ビリルビン	D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン
D007 1	尿素窒素(BUN)	D007 1	尿素窒素
D007 1	アルカリホスファターゼ	D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)
D007 1	$\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ( $\gamma$ -GT)	D007 1	$\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ( $\gamma$ -GT)
D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)	D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)
D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)	D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)
D007 1	鉄	D007 1	鉄(Fe)
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	D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの)
D007 4	P及びHPO4	D007 4	無機リン及びリン酸
D007 6	銅	D007 6	銅(Cu)
D007 9	マンガン	D007 9	マンガン(Mn)
D007 12	アデノシンデアミナーゼ	D007 13	アデノシンデアミナーゼ(ADA)
D007 15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	D007 16	ALPアイソザイム
D007 15	アミラーゼ・アイソザイム	D007 16	アミラーゼアイソザイム
D007 15	$\gamma$ -GT・アイソザイム	D007 16	$\gamma$ -GTアイソザイム
D007 15	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	D007 16	LDアイソザイム

D007 16	AST・アインザイム	D007 17	ASTアインザイム
D007 17	リポ蛋白分画(アガロース法)	D007 17	リポ蛋白分画
D007 18	CK・アインザイム	D007 19	CKアインザイム
D007 22	G-6-PDH	D007 24	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)
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 24	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)
D007 24	乳酸脱水素酵素・アインザイム1型	D007 27	LDアインザイム1型
D007 27	シアル化糖鎖抗原KL-6	D007 31	KL-6
D007 27	アルコール	D007 31	エタノール
D007 28	サーファクタントプロテインA(SP-A)	D007 33	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)
D007 28	心筋トロポニンT(定性、定量)	D007 33	心筋トロポニンT(TnT) 定性・定量
D007 28	アルミニウム	D007 32	アルミニウム(Al)
D007 29	サーファクタントプロテインD(SP-D)	D007 34	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)
D007 30	亜鉛	D007 35	亜鉛(Zn)
D007 30	P-III-P	D007 35	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)
D007 33	アルカリホスファターゼ・アインザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	D007 38	ALPアインザイム(PAG電気泳動法)
D007 34	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)	D007 39	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1) 定性
D007 35	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	D007 40	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)
D007 35	MDA-LDL	D007 40	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)
D007 36	膵ホスホリパーゼA2(膵PLA2)	D007 41	ホスホリパーゼA <sub>2</sub> (PLA <sub>2</sub> )
D007 37	リポ蛋白リパーゼ	D007 42	リポ蛋白リパーゼ(LPL)
D007 38	臍分泌液中 $\alpha$ -フェトプロテイン	D007 43	$\alpha$ -フェトプロテイン(AFP) 定性(臍分泌液)
D007 43	1, 25ジヒドロキシビタミンD3(1, 25(OH)2D3)	D007 49	1, 25-ジヒドロキシビタミンD3
D008 3	ホモバニール酸(HVA)	D008 3	ホモバニリン酸(HVA)
D008 10	C-ペプチド(CPR)	D008 11	C-ペプチド(CPR)
D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)	D008 13	脳性Na利尿ペプチド(BNP)
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価	D008 13	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)
D008 11	サイロキシン結合蛋白(TBG)	D008 13	サイロキシン結合グロブリン(TBG)



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 13	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画	D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβサブユニット(HCGβ)
D008 14	オステオカルシン	D008 18	オステオカルシン(OC)
D008 14	尿中βクロスラプス	D008 18	I型コラーゲン架橋C-テロペプチドβ異性体(β-CTX)(尿)
D008 14	プロジェステロン	D008 17	プロゲステロン
D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	D008 18	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量
D008 14	βクロスラプス(尿を除く。)	D008 18	I型コラーゲン架橋C-テロペプチドβ異性体(β-CTX)
D008 15	サイクリックAMP(C-AMP)	D008 19	サイクリックAMP(cAMP)
D008 16	DHEA-S	D008 21	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)
D008 17	尿中デオキシピリジノリン	D008 23	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)
D008 18	17α-ヒドロキシプロジェステロン	D008 25	17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)
D008 19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)	D008 27	心房性Na利尿ペプチド(ANP)
D008 19	アルギニンバゾプレッシン	D008 26	抗利尿ホルモン(ADH)
D009 1	尿中BTA	D009 1	尿中BTA定性
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC)
D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原	D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)
D009 5	PSA	D009 6	前立腺特異抗原(PSA)
D009 6	CA-50	D009 7	CA50
D009 6	SPan-1抗原	D009 7	SPan-1
D009 6	シアルルTn抗原	D009 7	シアルルTn抗原(STN)
D009 7	シアルルLeX-i(SLX)抗原	D009 8	シアルルLex-i抗原(SLX)
D009 7	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	D009 8	サイトケラチン8・18(尿)
D009 8	シアルルLeX(CSLEX)抗原	D009 9	シアルルLex抗原(CSLEX)
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比	D009 9	遊離型PSA比(PSA F/T比)
D009 8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド	D009 9	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(P I CP)
D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド	D009 9	I型コラーゲン-C-テロペプチド(I CTP)
D009 8	血清中抗p53抗体	D009 9	抗p53抗体

D009 9	サイトケラチン19フラグメント	D009 10	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)
D009 10	尿中遊離型フコース	D009 11	遊離型フコース(尿)
D009 10	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L3%)	D009 11	$\alpha$ -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)
D009 11	$\gamma$ -セミノプロテイン	D009 12	$\gamma$ -セミノプロテイン( $\gamma$ -Sm)
D009 11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン $\beta$ 分画コア(HCG $\beta$ -CF)	D009 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン $\beta$ 分画コアフラグメント(HCG $\beta$ -CF)(尿)
D009 13	乳頭分泌液中HER2タンパク	D009 14	HER2蛋白(乳頭分泌液)
D009 13	血清中HER2タンパク	D009 14	HER2蛋白
D009 14	インターロイキン2受容体(IL-2R)	D009 15	可溶性インターロイキン-2レセプター(Sil-2R)
D010 1	尿中糖分析	D010 1	糖分析(尿)
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)
D010 6	アミノ酸分析(定性)	D010 6	アミノ酸定性
D011	クームス試験	D011	Coombs試験
D011 4	赤血球不規則抗体検査	D011 4	不規則抗体
D011 5	$\alpha$ -D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び $\alpha$ -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性
D011 6	PAIgG(血小板関連IgG)	D011 6	血小板関連IgG(PA-IgG)
D011 8	抗血小板抗体検査	D011 8	抗血小板抗体
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	D012 1	梅毒血清反応(STS)定性
D012 4	TPHA試験(定性)	D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査	D012 5	梅毒血清反応(STS)
D013 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)
D012 7	アデノウイルス抗原(定性)	D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)
D012 7	迅速ウレアーゼ試験	D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)	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	D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価	D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性

D012 11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)	D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)
D012 13	トキソプラズマ抗体価	D012 14	トキソプラズマ抗体
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価	D012 15	トキソプラズマIgM抗体
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)
D013 14	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	D012 16	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)
D012 15	HIV-1抗体価	D012 17	HIV-1抗体
D012 17	A群β溶連菌迅速試験	D012 19	A群β溶連菌迅速試験定性
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	D012 21	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)
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	D012 21	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)
D012 18	インフルエンザウイルス抗原	D012 21	インフルエンザウイルス抗原定性
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	D012 21	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性
D012 18	RSウイルス抗原	D012 21	RSウイルス抗原定性
D012 18	FTA-ABS試験	D012 21	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価	D012 22	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体
D012 20	大腸菌O157LPS抗原	D012 23	大腸菌O157抗原定性
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原	D012 23	クラミジア・トラコマチス抗原定性
D012 20	マイコプラズマ抗原(咽頭内)	D012 23	マイコプラズマ抗原
D012 21	淋菌抗原同定検査	D012 24	淋菌抗原定性
D012 21	大腸菌O157LPS抗体	D012 24	大腸菌O157抗体定性
D012 21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	D012 24	単純ヘルペスウイルス抗原定性
D012 21	大腸菌抗原同定検査	D012 24	大腸菌血清型別
D012 22	HTLV-I抗体価	D012 25	HTLV-I抗体
D012 23	ブルセラ凝集反応	D012 27	ブルセラ抗体
D012 23	アデノウイルス抗原	D012 27	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)
D012 23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	D012 27	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿)
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価	D012 27	アニサキスIgG・IgA抗体
D012 23	レプトスピラ抗体価	D012 27	レプトスピラ抗体

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 28	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体
D012 24	サイトメガロウイルス抗体価	D012 29	サイトメガロウイルス抗体
D012 25	赤痢アメーバ抗体価	D012 30	赤痢アメーバ抗体半定量
D012 26	尿中レジオネラ抗原	D012 31	レジオネラ抗原定性(尿)
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	D012 31	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)
D012 27	エンドトキシン検査	D012 32	エンドトキシン
D012 27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	D012 32	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体
D012 28	HIV-1抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 33	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)
D012 29	百日咳菌抗体価	D012 34	百日咳菌抗体
D012 29	結核菌群抗原	D012 35	結核菌群抗原定性
D012 29	ダニ特異IgG抗体価	D012 35	ダニ特異IgG抗体
D012 29	ワイルフェリックス反応	D012 35	Weil-Felix反応
D012 30	HIV-2抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 36	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)
D012 31	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	D012 37	サイトメガロウイルスpp65抗原定性
D012 32	HTLV-I抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 38	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)
D013 1	HBs抗原(定性、半定量)	D013 1	HBs抗原定性・半定量
D013 3	HBs抗体価	D013 3	HBs抗体
D013 4	HBe抗体価	D013 4	HBe抗体
D013 5	HCV抗体価(定性、定量)	D013 5	HCV抗体定性・定量
D013 5	HCVコア蛋白質	D013 5	HCVコア蛋白
D013 6	HBc抗体価	D013 6	HBc抗体半定量・定量
D013 6	IgM-HA抗体価	D013 6	HA-IgM抗体
D013 6	HA抗体価	D013 6	HA抗体
D013 6	IgM-HBc抗体価	D013 6	HBc-IgM抗体
D013 6	HCVコア抗体価	D013 6	HCVコア抗体
D013 8	HCV特異抗体価測定による群別判定	D013 9	HCV血清群別判定
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)	D013 10	HBVコア関連抗原(HBcrAg)

D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	D013	11	デルタ肝炎ウイルス抗体
D014	3	サイロイドテスト	D014	3	抗サイログロブリン抗体半定量
D014	3	マイクロゾームテスト	D014	3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量
D014	4	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	D014	4	Donath-Landsteiner試験
D014	5	LEテスト	D014	5	LEテスト定性
D014	6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)
D014	6	インスリン抗体	D014	6	抗インスリン抗体
D014	14	IgG型リウマチ因子	D014	16	IgG型リウマトイド因子
D014	15	抗カルジオリピン $\beta_2$ グリコプロテイン I (抗CL $\beta_2$ GP I)複合体抗体	D014	17	抗カルジオリピン $\beta_2$ グリコプロテイン I 複合体抗体
D014	16	TSHレセプター抗体	D014	18	抗TSHレセプター抗体(TRAAb)
D014	17	血清中抗デスモグレイン3抗体	D014	19	抗デスモグレイン3抗体
D014	17	血清中抗BP180NC16a抗体	D014	19	抗BP180-NC16a抗体
D014	18	抗糸球体基底膜抗体	D014	20	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)
D014	19	血清中抗デスモグレイン1抗体	D014	21	抗デスモグレイン1抗体
D014	20	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)	D014	22	甲状腺刺激抗体(TSAb)
D014	23	抗アセチルコリンレセプター抗体価	D014	25	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)
D014	24	グルタミン受容体自己抗体	D014	26	抗グルタミン酸レセプター抗体
D015	2	G-6-Pase	D015	2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)
D015	3	G-6-PDH定性	D015	3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性
D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白	D015	6	血清アミロイドA蛋白(SAA)
D015	7	トランスフェリン	D015	7	トランスフェリン(Tf)
D015	8	補体蛋白(C <sub>3</sub> )	D015	8	C <sub>3</sub>
D015	8	補体蛋白(C <sub>4</sub> )	D015	8	C <sub>4</sub>
D015	11	特異的IgE	D015	11	特異的IgE半定量・定量
D015	12	$\beta_2$ -マイクログロブリン( $\beta_2$ -m)	D015	12	$\beta_2$ -マイクログロブリン
D015	12	プレアルブミン	D015	12	トランスサイレチン(プレアルブミン)
D015	18	血中APRスコア	D015	18	APRスコア定性

D015 18	アトピー鑑別試験	D015 18	アトピー鑑別試験定性
D015 18	ヒトTARC	D015 18	TARC
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- $\gamma$	D015 25	結核菌特異的インターフェロン- $\gamma$ 産生能
D016 1	表面免疫グロブリン(一連につき)	D016 1	B細胞表面免疫グロブリン
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	D016 3	T細胞・B細胞百分率
D016 3	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)	D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)
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	D016 5	赤血球表面抗原検査
D016 6	リンパ球幼若化検査(一連につき)	D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)
D018 6	簡易培養検査	D018 6	簡易培養
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査(1菌種当たり)	D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)
D023 2	淋菌核酸同定検査	D023 2	淋菌核酸検出
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出
D023 3	HBV核酸定量検査	D023 3	HBV核酸定量
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 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出
D023 6	HCV核酸同定検査	D023 5	HCV核酸検出
D023 6	HPV核酸同定検査	D023 5	HPV核酸検出
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	D023 6	抗酸菌核酸同定
D023 7	結核菌群核酸同定検査	D023 6	結核菌群核酸検出
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 7	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出
D023 9	HCV核酸定量検査	D023 8	HCV核酸定量
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	D023 8	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	D023 8	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出

D023 9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	D023 8	SARSコロナウイルス核酸検出
D023 10	HIV－I 核酸定量検査	D023 9	HIV－1核酸定量
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	D023 10	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出
D023 12	HIV－ジェノタイプ薬剤耐性検査	D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')	D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性
D023-2 2	尿素呼気試験	D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH) 検査	D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査	D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性
D210-3	埋込型心電図検査	D210-3	植込型心電図検査
D236-3	神経磁気診断	D236-3	脳磁図
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	D310 1	バルーン内視鏡によるもの

別表3

## 第3部 検査 (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
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査	D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査
		D004-2 1	ロ K-ras遺伝子検査
		D004-2 1	ハ EWS-Fli1遺伝子検査
		D004-2 1	ニ TLS-CHOP遺伝子検査
		D004-2 1	ホ SYT-SSX遺伝子検査
		D004-2 1	ヘ c-kit遺伝子検査
		D004-2 1	ト マイクロサテライト不安定性検査
		D004-2 1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査
D005 5	末梢血液像	D005 3	末梢血液像(自動機械法)
		D005 6	末梢血液像(鏡検法)
D006 4	フィブリノゲン	D006 4	フィブリノゲン半定量
		D006 4	フィブリノゲン定量
D006 10	アンチトロンビンⅢ	D006 10	アンチトロンビン活性
		D006 10	アンチトロンビン抗原
D006 11	フィブリン分解産物(FDP)	D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性
		D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量
		D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量
D006 13	プラスミノゲン	D006 13	プラスミノゲン活性
		D006 13	プラスミノゲン抗原
D006 15	D-Dダイマー定性	D006 15	Dダイマー定性
		D006 15	Dダイマー半定量
D006 18	プロテインS	D006 19	プロテインS活性
		D006 19	プロテインS抗原
D006 23	プロテインC	D006 25	プロテインC活性
		D006 25	プロテインC抗原
D007 27	フェリチン	D007 31	フェリチン半定量
		D007 31	フェリチン定量



旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D007 30	ミオグロビン	D007 35 D007 35	ミオグロビン定性 ミオグロビン定量
D007 30	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)	D007 35 D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性 心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量
D007 41	プロカルシトニン(PCT)	D007 47 D007 47	プロカルシトニン(PCT)半定量 プロカルシトニン(PCT)定量
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	D008 15 D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量 ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量
D008 15	エストロジェン	D008 19 D008 19	エストロゲン半定量 エストロゲン定量
D009 6	PIVKA II	D009 7 D009 7	PIVKA-II半定量 PIVKA-II定量
D009 7	尿中NMP22	D009 8 D009 8	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿) 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)
D009 13	乳頭分泌液中CEA	D009 14 D009 14	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液) 癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)
D012 1	抗streptolysin O価(ASO価)	D012 1 D012 1 D012 1	抗streptolysin O(ASO)定性 抗streptolysin O(ASO)半定量 抗streptolysin O(ASO)定量
D012 2	トキソプラズマ抗体価(半定量)	D012 2 D012 2	トキソプラズマ抗体定性 トキソプラズマ抗体半定量
D012 3	抗streptokinase価(ASK価)	D012 3 D012 3	抗streptokinase(ASK)定性 抗streptokinase(ASK)半定量
D012 4	マイコプラズマ抗体価	D012 4 D012 4	マイコプラズマ抗体定性 マイコプラズマ抗体半定量
D012 6	TPHA試験	D012 6 D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量 梅毒トレポネーマ抗体定量
D012 8	ロタウイルス抗原	D012 8 D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便) ロタウイルス抗原定量(糞便)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 11	百日咳菌抗体価(半定量)	D012 12	百日咳菌抗体定性
		D012 12	百日咳菌抗体半定量
D012 12	HTLV-I抗体価(半定量)	D012 13	HTLV-I抗体定性
		D012 13	HTLV-I抗体半定量
D012 15	抗抗酸菌抗体価	D012 17	抗酸菌抗体定性
		D012 17	抗酸菌抗体定量
D012 16	HIV-1, 2抗体価	D012 18	HIV-1, 2抗体定性
		D012 18	HIV-1, 2抗体半定量
		D012 18	HIV-1, 2抗体定量
		D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性
		D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量
D012 18	カンジダ抗原	D012 20	カンジダ抗原定性
		D012 20	カンジダ抗原半定量
		D012 20	カンジダ抗原定量
D012 22	クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原	D012 26	クリプトコックス抗原定性
		D012 26	クリプトコックス抗原半定量
D012 24	ツツガムシ抗体価	D012 29	ツツガムシ抗体定性
		D012 29	ツツガムシ抗体半定量
D013 2	HBs抗体価(半定量)	D013 2	HBs抗体定性
		D013 2	HBs抗体半定量
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性
		D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量
D014 2	リウマトイド因子	D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量
		D014 2	リウマトイド因子(RF)定量
D014 7	抗核抗体価(蛍光抗体法)	D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性
		D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量
		D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定量
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性
		D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D014 9	抗Jo-1抗体	D014 9 D014 9 D014 9	抗Jo-1抗体定性 抗Jo-1抗体半定量 抗Jo-1抗体定量
D014 9	抗RNP抗体	D014 9 D014 9 D014 9	抗RNP抗体定性 抗RNP抗体半定量 抗RNP抗体定量
D014 10	抗Sm抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗Sm抗体定性 抗Sm抗体半定量 抗Sm抗体定量
D014 10	抗SS-A/Ro抗体	D014 11 D014 11 D014 11	抗SS-A/Ro抗体定性 抗SS-A/Ro抗体半定量 抗SS-A/Ro抗体定量
D014 10	抗SS-B/La抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗SS-B/La抗体定性 抗SS-B/La抗体半定量 抗SS-B/La抗体定量
D014 10	抗Scl-70抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗Scl-70抗体定性 抗Scl-70抗体半定量 抗Scl-70抗体定量
D014 11	抗DNA抗体価	D014 12 D014 12	抗DNA抗体定性 抗DNA抗体定量
D014 12	抗セントロメア抗体	D014 13 D014 13	抗セントロメア抗体定性 抗セントロメア抗体定量
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体	D014 16 D014 16	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量
D014 14	抗ミトコンドリア抗体	D014 15 D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性 抗ミトコンドリア抗体定量
D014 18	ループスアンチコアグラント	D014 20 D014 20	ループスアンチコアグラント定性 ループスアンチコアグラント定量
D014 18	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	D014 20 D014 20	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D015 5	クリオグロブリン	D015 5	クリオグロブリン定性
		D015 5	クリオグロブリン定量
D015 10	非特異的IgE	D015 10	非特異的IgE半定量
		D015 10	非特異的IgE定量

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第4部 画像診断 第1節 エックス線診断料 E003 造影剤注入手技  【項目の見直し】	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	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 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。 ロ イ以外の場合 1,180点 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。
第2節 核医学診断料 E101-2 ポジトロン断層撮影  【項目の追加】	(追加)	3 <sup>13</sup> N標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき) 7,500点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 <math>^{15}\text{O}</math>標識ガス剤の合成及び吸入並びに<math>^{18}\text{F}</math> DG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1 <math>^{15}\text{O}</math>標識ガス剤の合成及び吸入、<math>^{18}\text{F}</math> DGの合成及び注入並びに<math>^{13}\text{N}</math>標識アンモニア剤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>E102 核医学診断</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>375点</p>	<p>1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影及びE101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合 450点 2 1以外の場合 370点</p>
<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p>		
<p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p>		
<p>【項目の見直し】</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 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>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 950点 ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点</p>

	ハ イ又はロ以外の場合	600点		ニ イ、ロ又はハ以外の場合	600点
【注の見直し】	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。		→	注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、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。	
【注の追加】		(追加)	→	注7 CT撮影のイ及びロについて、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、大腸のCT撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600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、所定点数に含まれるものとする。	
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)					
【項目の見直し】	1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点	→	1 3テスラ以上の機器による場合 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,400点 1,330点

	2	1 以外の場合	1,000点		3	1 又は 2 以外の場合	950点
【注の見直し】	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。		→	注 1	1 及び 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行われる場合に限り算定する。	
【注の見直し】	注 2	1 及び 2 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。		→	注 2	1、2 及び 3 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。	



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第5節 処方せん料</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ときを除き、これを算定しない。</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については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

F 4 0 0 処方せん料

【注の追加】

(追加)

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第6部 注射  通則  【通則の見直し】          第1節 注射料  第1款 注射実施料	6 (略) 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) 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)	6 (略) 1 外来化学療法加算1 イ 外来化学療法加算A (1) 15歳未満 780点 (2) 15歳以上 580点 ロ 外来化学療法加算B (1) 15歳未満 630点 (2) 15歳以上 430点 2 外来化学療法加算2 イ 外来化学療法加算A (1) 15歳未満 700点 (2) 15歳以上 450点 ロ 外来化学療法加算B (1) 15歳未満 600点 (2) 15歳以上 350点

G 0 0 0 皮内、皮下及び筋肉内注射  
(1回につき)

【注の見直し】

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。

注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料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皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G 0 0 1 静脈内注射 (1回につき)

【注の見直し】

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。

注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料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。

G 0 0 4 点滴注射 (1日につき)

【注の見直し】

注4 区分番号C101、C104又は108に

注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指

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。

導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料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。

【注の見直し】

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。

注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料又は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。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

- 1 無菌製剤処理料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）
  - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
  - ロ イ以外の場合 50点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

- 1 無菌製剤処理料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）
  - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合
    - (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点
    - (2) (1)以外の場合 100点
  - ロ イ以外の場合 50点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

第2節 薬剤料

G100 薬剤

【注の見直し】

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。

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。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <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>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</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、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> <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、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30点を所定点数に加算する。</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において、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、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に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

【注の見直し】

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45点を所定点数に加算する。

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。

【注の追加】

(追加)

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、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14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

注4 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単位に限り算定できるものとする。

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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位)

- (1) (2)以外の場合 221点
- (2) 廃用症候群の場合 212点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位)

- (1) (2)以外の場合 180点
- (2) 廃用症候群の場合 171点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)  
(1単位)

- (1) (2)以外の場合 90点
- (2) 廃用症候群の場合 90点

H002 運動器リハビリテーション料

【注の見直し】

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、

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、

【注の追加】

1 単位につき45点を所定点数に加算する。

(追加)

1 単位につき30点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準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14日の間に限り、初期加算として、1 単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 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。

注5 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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 運動器リハビリテーション料(I)  
(1 単位) 158点
- ロ 運動器リハビリテーション料(II)  
(1 単位) 149点
- ハ 運動器リハビリテーション料(III)

(1単位)

80点

H003 呼吸器リハビリテーション料

【注の見直し】

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45点を所定点数に加算する。

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。

【注の追加】

(追加)

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、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、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療法料</p> <p>I001 入院精神療法（1回につき）</p> <p>【注の削除】</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>注3 区分番号A231に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神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>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>	<p>(削除)</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点</p> <p>2 1以外の場合</p>

			イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点
【注の見直し】	注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。	→	注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）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。
【注の追加】	(追加)	→	注4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。
I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）			
【注の追加】	(追加)	→	注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。ただし、区分番号1002に掲げる通院・在宅精神療法の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。

I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

【項目の見直し】

420点

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
- 2 1以外の場合 420点

【注の見直し】

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。

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。

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア  
(1日につき)

【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行われる場合に算定する。

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算定する。

【注の追加】

(追加)

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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア (1日につき)

【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行われる場合に算定する。	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算定する。
【注の追加】	(追加)	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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限り。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）		
【点数の見直し】	1,040点	1,000点
【注の追加】	(追加)	注4 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計



画加算として、所定点数に40点を加算する。

I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問  
指導料

【注の見直し】

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つては、当該入院中6回）に限り算定する。

注1 入院中の患者の円滑な退院のため、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つては、当該入院中6回）に限り算定する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【項目の見直し】

- 1 精神科訪問看護・指導料(I) 575点
- 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点

- 1 精神科訪問看護・指導料(I)
  - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 675点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 525点
  - ロ 准看護師による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 525点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 400点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 625点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 485点

【注の見直し】

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つては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、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。

2	精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点
3	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
	イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
	(1) 週3日目まで 30分以上の場合	445点
	(2) 週3日目まで 30分未満の場合	340点
	(3) 週4日目以降 30分以上の場合	545点
	(4) 週4日目以降 30分未満の場合	415点
	ロ 准看護師による場合	
	(1) 週3日目まで 30分以上の場合	395点
	(2) 週3日目まで 30分未満の場合	300点
	(3) 週4日目以降 30分以上の場合	495点
	(4) 週4日目以降 30分未満の場合	375点

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（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精神科訪問看護・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。）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、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の

【注の見直し】

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で、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。

期間において行われる場合にあつては、週5回)に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、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。

注2 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つて、精神障害者施設に入所している複数のもので、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、同時に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。

【注の追加】

(追加)

注3 3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(同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。)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、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料(3を除く。)及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料(3を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間に

【注の見直し】

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。

において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、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。

注4 注1ただし書及び注3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ただし書及び注3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。

【注の見直し】

注4 注1に規定する場合であつて、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。

注5 注1及び注3に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であつて、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、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1回を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

450点

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指

導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合  
380点  
ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合  
300点

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注3に規定する場合であって、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、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 注1及び注3に規定する場合であって、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注9 注1及び注3に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科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。

【新設】

(新規)

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点

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（精神科の医師に限る。）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、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科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。

2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行

う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

3 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

【名称の見直し】

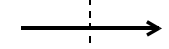
持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料



抗精神病特定薬剤治療指導管理料

【項目の見直し】

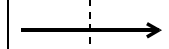
250点



- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点
- 2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

【注の見直し】

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。



注1 1については、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。

【注の追加】

(追加)

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、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

注3 厚生労働大臣が定める施設基準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、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、所定点数に100点を加算する。



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 処置</p> <p>第1節 処置料</p> <p>J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>J009 人工気胸（排気を含む。）</p> <p>【削除】</p> <p>J019-2 胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）</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> <p>250点</p> <p>550点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算す</p>	<p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,100点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

<p>【削除】</p>	<p>る。</p>	
<p>J 0 2 2 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸</p>		
<p>【点数の見直し】</p>		<p>45点 → 65点</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) → J 0 2 2 - 5 持続的難治性下痢便ドレナージ (開始日) 50点</p>
<p>J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)</p>		
<p>【項目の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>1 慢性維持透析を行った場合  イ 4時間未満の場合 2,040点  ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点  ハ 5時間以上の場合 2,340点  2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,255点  3 その他の場合 1,580点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 1の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、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。</p>	<p>注6 1及び2の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>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</p>

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。

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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 透析液水質確保加算 1 8点
- ロ 透析液水質確保加算 2 20点

J 0 4 3 - 4 胃瘻カテーテル交換法

【名称の見直し】

胃瘻カテーテル交換法

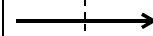


経管栄養カテーテル交換法

J 0 5 4 皮膚科光線療法（1日につき）

【点数の見直し】

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

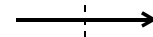


340点

J 0 5 4 - 2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）

【項目の見直し】

2 Qスイッチ付レーザー照射療法 2,800点



- 2 Qスイッチ付レーザー照射療法
  - イ 4平方センチメートル未満 2,000点
  - ロ 4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満 2,370点
  - ハ 16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満 2,900点
  - ニ 64平方センチメートル以上 3,950点

<p>【新設】</p> <p>J 1 2 0 鼻腔栄養（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(新設) →</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>→</p> <table border="1"> <tr> <td>J 0 5 7 - 4 稗粒腫摘除</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 10箇所未満</td> <td>74点</td> </tr> <tr> <td>2 10箇所以上</td> <td>148点</td> </tr> </table> <p>注 区分番号C105に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号C105-2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号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鼻腔栄養の費用は算定しない。</p>	J 0 5 7 - 4 稗粒腫摘除		1 10箇所未満	74点	2 10箇所以上	148点
J 0 5 7 - 4 稗粒腫摘除								
1 10箇所未満	74点							
2 10箇所以上	148点							

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</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>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K136-2、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254の1、K280-2、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からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K800-3、K803-2、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3及びK910-2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</p>

【通則の見直し】

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、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで

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。

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、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、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、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843

、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。

、K850、K857、K859(1を除く。  
)、K863-3、K889並びにK890-  
2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに  
胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術(通則4に掲げ  
る手術を除く。)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。

【通則の見直し】

7 区分番号K132、K138、K145、K  
147、K149、K150、K151-2、  
K154からK155まで、K163からK1  
64-2まで、K166、K169、K172  
からK174まで、K178、K180、K1  
91、K192、K239、K241、K24  
3、K245、K259、K261、K268  
、K269、K275からK282まで、K3  
46、K386、K393の1、K397、K  
398の2、K425からK426-2まで、  
K511の3、K519、K528、K535  
、K554からK558まで、K562からK  
572まで、K573の2からK587まで、  
K589からK591まで、K601、K61  
0の1、K616-3、K633の4、K63  
6、K639、K644、K664、K666  
、K674、K684、K716の1、K72  
6、K729、K734、K751の1及び2  
、K751-2、K775、K805、K81  
2-2並びにK913に掲げる手術を手術時体

7 区分番号K138、K142の6、K145  
、K147、K149、K150、K151-  
2、K154からK155まで、K163から  
K164-2まで、K166、K169、K1  
72からK174まで、K178、K180、  
K191、K192、K239、K241、K  
243、K245、K259、K261、K2  
68、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、K5  
35、K554からK558まで、K562か  
らK572まで、K573の2、K574か  
らK587まで、K589からK591まで、K  
601、K610の1、K616-3、K63  
3の4及び5、K634、K636、K639  
、K644、K664、K666、K666-  
2、K674、K684、K697-5、K7  
16の1、K716-2、K717、K726  
、K729からK729-3まで、K734か

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。

らK 7 3 5まで、K 7 3 5-3、K 7 5 1の1及び2、K 7 5 1-2、K 7 5 6、K 7 5 6-2、K 7 7 5、K 8 0 5、K 8 1 2-2並びにK 9 1 3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。

【通則の見直し】

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K 6 1 8に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK 9 1 4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。

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K 6 1 8に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）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。

【通則の見直し】

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、臼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

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、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植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



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。

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、臼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。

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

【注の見直し】

注 開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

注 骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

K131-2 内視鏡下椎弓切除術

【注の見直し】

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。

K134 椎間板摘出術

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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100分の50を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>K 1 4 1 - 3 脊椎制動術 16,810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 1 4 2 脊椎固定術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては18,620点、2にあつては14,950点、3にあつては18,710点、4にあつては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては74,480点、2にあつては59,800点、3にあつては74,840点、4にあつては150,000点を限度とする。</p>	<p>→</p>	<p>注 椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。</p>
<p>K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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100分の50を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。</p>

K 1 4 2 - 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】

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。

【新設】

(新設)

K 1 4 2 - 4 経皮的椎体形成術 19,960点

注1 複数椎体に行った場合は、1椎体を増すご  
とに所定点数に100分の50を加算する。ただ  
し、加算は4椎体を超えないものとする。  
2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定  
しない。

第4款 眼

K 2 5 9 角膜移植術

【注の新設】

(新設)

注 レーザーによる場合は、レーザー使用加算と  
して、所定点数に5,500点を加算する。

第6款 顔面・口腔・頸部

K 4 2 8 下顎骨折非観血的整復術

【注の見直し】

注 三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。

注 三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の見直し】

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素の費用は、算定しない。

注2 放射線同位元素又は色素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素の費用は、算定しない。

第8款 心・脈管

K 5 5 5 弁置換術

【注の新設】

(新設)

注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数の100分の50を加算する。

【新設】

(新設)

K 5 9 9 - 5 経静脈電極抜去術 (レーザーシースを用いるもの) 28,600点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定し

<p>【新設】</p>		<p>ない。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 1 6 - 4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 18,080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>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 14,360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>第9款 腹部</p> <p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 8 2 - 3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術 (ENBD) 10,800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>第10款 尿路系・副腎</p> <p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 8 2 3 - 3 膀胱尿管逆流症手術 (治療用注入材によるもの) 23,320点</p>

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

【注の追加】

K 9 2 0 - 2 輸血管管理料

【注の追加】

K 9 2 2 造血幹細胞移植

【注の追加】

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(追加)

注12 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、所定点数に580点を加算する。

(追加)

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、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、1においては120点、2においては60点を加算する。

(追加)

注7 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、所定点数に4,000点を加算する。

【新設】

(新設)

K 9 2 4 自己生体組織接着剤作成術 1,400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、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 2 創外固定器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 8又はK 1 2 5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。

注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 6-2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6又はK 1 2 5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。

【新設】

(新設)

K 9 3 4-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器  
加算 1,000点

注 区分番号K 3 4 9からK 3 6 5までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K

注 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3

514-2、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、K740、K740-2、K803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。

、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K654-3からK655-2まで、K655-4、K657、K657-2、K702からK703まで、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803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。

K939 画像等手術支援加算

【項目の見直し】

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点  
注 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点  
注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点



注 区分番号K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

注 区分番号K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

K939-2 術中血管等描出撮影加算 500点

注 手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用い血管撮影を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 450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、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

【新設】

(新設)

K939-4 内視鏡手術用支援機器加算 54,200点

注 区分番号K843に掲げる手術に当たって、

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、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。

別表1

## 第10部 手術

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	→ 2,860	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	→ 2,990	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		
K003	3	3,000平方センチメートル以上	4,810	→ 6,250	3	
		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	
K004	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180	→ 9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	14,170	→ 17,810	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004	
K005	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	7,290	→ 9,480	3	
K006		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	
K006-2	3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
		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	
K006-3	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	
		鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
K006-4	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	
K006-4	3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)			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	1	
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→ 2,050	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		
K007	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	3	【新設】
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160	→ 4,160	4	
		皮膚悪性腫瘍切除術			K007	
	1	広汎切除	21,700	→ 28,210	1	
K008	2	単純切除	11,000	→ 11,000	2	
		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	—	→ 10,000	K007-2	
		腋臭症手術			K008	
	1	皮弁法	5,730	→ 5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	→ 3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	→ 1,660	3	
(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	1	
	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	4,370	→ 4,370	2	
	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	6,970	→ 9,060	3	
K010	4	200平方センチメートル以上	10,490	→ 13,640	4	
		癒痕拘縮形成手術			K010	
	1	顔面	9,740	→ 12,660	1	
K011	2	その他	8,060	→ 8,060	2	
		顔面神経麻痺形成手術			K011	
K012	1	静的なもの	14,700	→ 19,110	1	
	2	動的なもの	39,000	→ 58,500	2	
K013		削除			K012	
		分層植皮術			K013	
	1	25平方センチメートル未満	3,330	→ 3,520	1	
	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	4,590	→ 6,270	2	
	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	6,660	→ 9,000	3	
	4	200平方センチメートル以上	20,150	→ 25,820	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		
K013-2	全層植皮術			K013-2	
	1 25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	1	
	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	2	
	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	21,700	→ 28,210	3	
	4 200平方センチメートル以上	31,350	→ 40,290	4	
K014	皮膚移植術(生体・培養)	4,700	→ 6,110	K014	
K014-2	皮膚移植術(死体)			K014-2	
	1 200平方センチメートル未満	5,190	→ 6,750	1	
	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	→ 9,000	2	
	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	→ 13,490	3	
	4 1000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	→ 32,920	4	
	5 3,000平方センチメートル以上	28,930	→ 37,610	5	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			K015	
	1 25平方センチメートル未満	3,760	→ 3,760	1	
	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	8,800	→ 11,440	2	
	3 100平方センチメートル以上	15,600	→ 20,280	3	
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	32,850	→ 41,120	K016	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	64,500	→ 74,240	K017	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	11,700	→ 15,210	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)	73,800	→ 110,700	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
	1 4平方センチメートル未満	5,010	→ 6,510	1	
	2 4平方センチメートル以上	5,500	→ 7,080	2	
K021-2	粘膜弁手術			K021-2	
	1 4平方センチメートル未満	8,920	→ 11,600	1	
	2 4平方センチメートル以上	9,430	→ 12,260	2	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	13,520	→ 17,580	K022	

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		
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	
1	大腿	21,060	→ 27,380	1	
2	下腿	14,690	→ 19,100	2	
<b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b>					
<b>(筋膜、筋、腱、腱鞘)</b>					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024	筋切離術	2,370	→ 3,080	K024	
K025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 4,410	K025	
K026	股関節筋群解離術	9,340	→ 12,140	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・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	→ 7,390	1	
2	手、足	3,750	→ 3,750	2	
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	15,860	→ 20,620	1	
2	手、足	10,200	→ 12,870	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
1	指(手、足)	6,070	→ 7,890	1	
2	その他のもの	8,180	→ 10,310	2	
K034	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	→ 4,290	K034	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	8,790	→ 11,430	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 8,790	K035-2	

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		
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	8,710	→ 11,320	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	8,980	→ 10,750	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
1	指(手、足)	10,470	→ 13,610	1	
2	その他のもの	13,910	→ 18,080	2	
K040	腱移行術			K040	
1	指(手、足)	10,470	→ 13,610	1	
2	その他のもの	13,910	→ 18,080	2	
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	10,470	→ 13,610	K040-2	
K041	削除			K041	
<b>(四肢骨)</b>					
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	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	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	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-3	骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	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	



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		
K045	2	前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨折経皮的鋼線刺入固定術	1,440	→ 1,440	3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,430	→ 7,060	1	
K046	2	前腕、下腿	3,600	→ 4,100	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨折観血的手術	1,660	→ 1,660	3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	14,470	→ 18,810	1	
K047	2	前腕、下腿、手舟状骨	11,390	→ 14,810	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)	7,290	→ 9,480	3	
		肩甲骨、上腕、大腿	—	→ 21,710	1	
K047-2		前腕、下腿	—	→ 17,090	2	
K047-3		手、足、指(手、足)	—	→ 10,940	3	
K048		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047	
		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047-2	
		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K047-3	
		骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K048	
		頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	—	→ 12,100	1	【新設】
	1	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	6,050	→ 7,870	2	
	2	前腕、下腿	4,180	→ 5,200	3	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	→ 3,620	4	
K049		骨部分切除術			K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900	→ 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	11,510	→ 14,960	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		
K051	2	前腕、下腿	8,020	→ 10,430	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420	3	
		骨全摘術			K051	
K051-2	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,450	→ 27,890	1	
	2	前腕、下腿	10,040	→ 13,050	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→ 5,160	3	
K052		中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→ 5,160	K051-2	
K052-2		骨腫瘍切除術			K052	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410	1	
	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370	2	
K052-3	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340	3	
		多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410	1	
K052-3	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340	3	
		多発性骨腫摘出術			K052-3	
K053	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410	1	
	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340	3	
K054		骨悪性腫瘍手術			K053	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 32,550	1	
	2	前腕、下腿	20,200	→ 26,260	2	
K055	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	14,470	→ 18,810	3	
		骨切り術			K054	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 28,210	1	
K055	2	前腕、下腿	15,860	→ 20,620	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	→ 7,930	3	
		削除			K055	

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		
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	33,900	→ 44,070	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	28,900	→ 37,570	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 28,210	1	
2	前腕、下腿、手舟状骨	20,020	→ 26,030	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	11,150	→ 14,500	3	
	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	—	→ 48,820	K056-2	【新設】
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
1	肩甲骨、上腕、大腿	24,050	→ 31,270	1	
2	前腕、下腿	21,190	→ 27,550	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	12,130	→ 15,770	3	
K058	骨長調整手術			K058	
1	骨端軟骨発育抑制術	12,570	→ 16,340	1	
2	骨短縮術	11,510	→ 14,960	2	
3	骨延長術(指(手、足))	12,610	→ 16,390	3	
4	骨延長術(指(手、足)以外)	20,540	→ 26,700	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
1	自家骨移植	10,790	→ 14,030	1	
2	同種骨移植(生体)	12,870	→ 16,730	2	
3	同種骨移植(非生体)	11,830	→ 14,770	3	
	関節鏡下自家骨軟骨移植術	—	→ 16,190	K059-2	【新設】
<b>(四肢関節、靭帯)</b>					
K060	関節切開術			K060	
1	肩、股、膝	2,770	→ 3,600	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	→ 3,600	K060-2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	

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		
K061	1	肩、股、膝	15,400	→ 20,020	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 13,130	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
		関節脱臼非観血的整復術			K061	
K062	1	肩、股、膝	1,580	→ 1,580	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,000	→ 1,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→ 800	3	
		先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)			K062	
K063	1	リーメンビューゲル法	2,050	→ 2,050	1	
	2	その他	2,950	→ 2,950	2	
		関節脱臼観血的整復術			K063	
K064	1	肩、股、膝	21,700	→ 28,210	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,470	→ 18,810	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,600	→ 15,080	3	
		先天性股関節脱臼観血的整復術	16,250	→ 21,130	K064	
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065	
K065-2	1	肩、股、膝	9,560	→ 12,430	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→ 2,950	3	
		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	
K066	1	肩、股、膝	11,700	→ 13,950	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,460	→ 12,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,100	→ 7,930	3	
		関節滑膜切除術			K066	
K066-2	1	肩、股、膝	13,650	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 7,930	3	
		関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	

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		
K066-3	1	肩、股、膝	13,800	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→ 16,060	3	
		滑液膜摘出術			K066-3	
K066-4	1	肩、股、膝	13,650	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 7,930	3	
		関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	
K066-5	1	肩、股、膝	13,800	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→ 16,060	3	
		膝蓋骨滑液囊切除術	9,800	→ 11,200	K066-5	
K066-6		関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	13,100	→ 17,030	K066-6	
K066-7		掌指関節滑膜切除術	6,500	→ 7,930	K066-7	
K066-8		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	12,350	→ 16,060	K066-8	
K067		関節鼠摘出手術			K067	
K067-2	1	肩、股、膝	10,000	→ 13,000	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	8,680	→ 10,580	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,970	→ 3,970	3	
		関節鏡下関節鼠摘出手術			K067-2	
K068	1	肩、股、膝	14,100	→ 17,780	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,690	→ 19,100	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	9,230	→ 12,000	3	
		半月板切除術	8,800	→ 9,200	K068	
K068-2		関節鏡下半月板切除術	12,610	→ 16,390	K068-2	
K069		半月板縫合術	9,800	→ 11,200	K069	
K069-2		関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	11,700	→ 15,210	K069-2	
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	14,470	→ 18,810	K069-3	

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		
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	14,820	→ 19,270	1	
2	胸鎖、肘、手、足	12,360	→ 16,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	4,360	→ 5,670	3	
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝	16,800	→ 20,760	1	
2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→ 17,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	7,980	→ 10,370	3	
	関節鏡下関節内骨折観血的手術			K073-2	【新設】
	肩、股、膝	—	→ 25,200	1	
	胸鎖、肘、手、足	—	→ 18,910	2	
	肩鎖、指(手、足)	—	→ 11,970	3	
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
1	十字靭帯	13,130	→ 17,070	1	
2	膝側副靭帯	12,740	→ 16,560	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	6,450	→ 7,600	3	
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	
1	十字靭帯	16,900	→ 21,970	1	
2	膝側副靭帯	12,700	→ 16,510	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,090	→ 15,720	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	

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		
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	38,890	→ 38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
3	肩鎖、指(手、足)	8,460	→ 8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	21,060	→ 27,380	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,970	→ 15,560	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,550	→ 5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	18,400	→ 21,640	1	
2	胸鎖、肘、手、足	14,300	→ 18,590	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,540	→ 7,200	3	
K079	靭帯断裂形成手術			K079	
1	十字靭帯	21,700	→ 28,210	1	
2	膝側副靭帯	14,470	→ 18,810	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,580	→ 16,350	3	
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術			K079-2	
1	十字靭帯	31,200	→ 34,980	1	
2	膝側副靭帯	13,500	→ 17,280	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,610	→ 16,390	3	
	内側膝蓋大腿靭帯	—	→ 17,550	4	【項目の追加】
K080	関節形成手術			K080	
1	肩、股、膝	39,750	→ 45,720	1	
2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
3	肩鎖、指(手、足)	10,570	→ 13,740	3	
K080-2	内反足手術	25,930	→ 25,930	K080-2	
K080-3	肩腱板断裂手術	18,700	→ —	K080-3	【項目の見直し】
	簡単なもの	—	→ 18,700	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		
K080-4	複雑なもの	—	→ 24,310	2	【項目の見直し】
	関節鏡下肩腱板断裂手術	27,040	→ —	K080-4	
K081	簡単なもの	—	→ 27,040	1	【新設】
	複雑なもの	—	→ 35,150	2	
	関節鏡下肩関節唇形成術	—	→ 32,160	K080-5	
	人工骨頭挿入術			K081	
K082	1 肩、股	15,000	→ 19,500	1	K082
	2 肘、手、足	14,470	→ 18,810	2	
	3 指(手、足)	6,980	→ 9,070	3	
K082-2	人工関節置換術			K082	K082-2
	1 肩、股、膝	28,990	→ 37,690	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
K082-3	人工関節抜去術			K082-2	K082-3
	1 肩、股、膝	23,250	→ 30,230	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	15,860	→ 20,620	2	
K083	人工関節再置換術			K082-3	K083
	1 肩、股、膝	50,850	→ 54,810	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	26,300	→ 34,190	2	
K083-2	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	→ 2,510	K083	K083-2
<b>(四肢切断、離断、再接合)</b>					
K084	四肢切断術			K084	
	1 肩甲帯	28,080	→ 36,500	1	
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	18,710	→ 24,320	2	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	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		
K084-2	肩甲帯離断術	28,080	→ 36,500	K084-2	
K085	四肢関節離断術			K085	
1	肩、股、膝	20,020	→ 26,030	1	
2	肘、手、足	10,100	→ 11,360	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	→ 7,410	1	
2	その他	8,760	→ 10,630	2	
K088	切断四肢再接合術			K088	
1	四肢	96,600	→ 144,680	1	
2	指(手、足)	54,600	→ 81,900	2	
<b>(手、足)</b>					
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	9,230	→ 12,000	K093-2	
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	19,500	→ 25,350	K094	
K095	削除			K095	

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			
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	→	—	K096	【項目の見直し】
	鏡視下によるもの	—	→	3,580	1	
	その他のもの	—	→	2,750	2	
	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	—	→	5,000	K096-2	【新設】
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→	3,190	K097	
K098	手掌屈筋腱縫合術	8,530	→	11,090	K098	
K099	指癒痕拘縮手術	5,290	→	6,880	K099	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術				K099-2	
1	1指	8,020	→	10,430	1	
2	2指から3指	17,290	→	22,480	2	
3	4指以上	22,880	→	29,740	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	10,190	→	13,250	2	
K101	合指症手術				K101	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910	2	
K101-2	指癒着症手術				K101-2	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910	2	
K102	巨指症手術				K102	
1	軟部形成のみのもの	6,410	→	8,330	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390	2	
K103	屈指症手術、斜指症手術				K103	
1	軟部形成のみのもの	8,850	→	11,510	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390	2	
K104	削除				K104	
K105	裂手、裂足手術	19,500	→	25,350	K105	

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		
K106	母指化手術	24,900	→ 32,370	K106	
K107	指移植手術	63,750	→ 95,630	K107	
K108	母指対立再建術	12,810	→ 16,650	K108	
K109	神経血管柄付植皮術(手、足)	31,650	→ 40,460	K109	
K110	第四足指短縮症手術	9,060	→ 10,790	K110	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	9,060	→ 10,790	K110-2	
K111	削除			K111	
<b>(脊柱、骨盤)</b>					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	8,920	→ 11,600	K113	
K114	削除			K114	
及び				及び	
K115	脊椎、骨盤骨搔爬術			K115	
K116		13,520	→ 17,580	K116	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117	
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117-2	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→ 2,570	K117-3	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血の手術	21,700	→ 28,210	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血の手術	18,710	→ 24,320	K119	
K120	恥骨結合離開観血の手術	6,430	→ 7,890	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	2,570	→ 2,570	K121	
K122	削除			K122	
及び				及び	
K123	腸骨翼骨折観血の手術			K123	
K124		12,120	→ 15,760	K124	
K125	骨盤骨折観血の手術(腸骨翼骨折を除く。)	22,450	→ 29,190	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	4,510	→ 4,510		2
K127	削除			K127	

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		
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	9,820	→ 12,770	K128	
K129 及び K130	削除			K129 及び K130	
K131	椎弓切除術	12,100	→ 削除	K131	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100	→ 15,730	K131-2	
K132	椎弓形成手術	21,700	→ 削除	K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	22,100	→ 28,730	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
	1 前方摘出術	26,780	→ 34,810	1	
	2 後方摘出術	18,090	→ 23,520	2	
	3 側方摘出術	21,700	→ 28,210	3	
	4 経皮的髓核摘出術	12,930	→ 16,810	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1 前方摘出術	50,400	→ 75,600	1	
	2 後方摘出術	25,800	→ 33,540	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	25,610	→ 33,290	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	46,650	→ 69,980	K136	
	腫瘍脊椎骨全摘術	—	→ 93,300	K136-2	【新設】
K137	骨盤切断術	37,420	→ 48,650	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
	1 神経処置を伴うもの	20,540	→ 26,700	1	
	2 その他のもの	12,700	→ 16,510	2	
K139	脊椎骨切り術	40,350	→ 52,460	K139	
K140	骨盤骨切り術	25,870	→ 33,630	K140	
K141	白蓋形成手術	21,710	→ 28,220	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	28,000	→ 36,400	K141-2	
	脊椎制動術	—	→ 16,810	K141-3	【新設】
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)			K142	【名称の見直し】

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		
K142-2	1	前方椎体固定	37,240	→ 37,240	1	【項目の追加】 【項目の追加】
	2	後方又は後側方固定	29,900	→ 29,900	2	
	3	後方椎体固定	37,420	→ 37,420	3	
	4	前方後方同時固定	75,000	→ 75,000	4	
		椎弓切除	—	→ 12,100	5	
		椎弓形成	—	→ 21,700	6	
	脊椎側彎症手術			K142-2		
K142-3	1	固定術	37,420	→ 48,650	1	【新設】
	2	矯正術			2	
	イ	初回挿入	112,260	→ 112,260	イ	
	ロ	交換術	37,420	→ 48,650	ロ	
	ハ	伸展術	20,540	→ 20,540	ハ	
	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	67,940	→ 101,910	K142-3		
	経皮的椎体形成術	—	→ 19,960	K142-4		
K143		仙腸関節固定術	22,450	→ 29,190	K143	
K144		体外式脊椎固定術	22,000	→ 27,510	K144	
<b>第3款 神経系・頭蓋</b>						
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。						
<b>(頭蓋、脳)</b>						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146		頭蓋開溝術	11,100	→ 14,430	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148		試験開頭術	12,190	→ 15,850	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	21,700	→ 28,210	1	
	2	その他の場合	18,460	→ 24,000	2	
K150		脳膿瘍排膿術	18,090	→ 21,470	K150	
K151		削除			K151	

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		
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	142,380	→ 193,060	K151-2	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	38,090	→ 49,520	K152	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	38,090	→ 49,520	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	35,360	→ 45,970	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
	1 片側の場合	39,450	→ 59,180	1	
	2 両側の場合	52,500	→ 78,750	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)	87,750	→ 131,630	K154-2	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	10,480	→ 13,620	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	31,500	→ 40,950	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	24,830	→ 32,280	K157	
K158	視神経管開放術	27,040	→ 35,150	K158	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	39,000	→ 44,500	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	39,000	→ 44,500	K159-2	
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	28,940	→ 37,620	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	37,950	→ 43,920	K160-2	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	18,070	→ 23,490	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	24,050	→ 31,270	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→ 10,460	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	28,440	→ 36,970	1	
	2 硬膜下のもの	28,940	→ 37,620	2	
	3 脳内のもの	36,170	→ 47,020	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	28,890	→ 37,560	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	15,860	→ 20,620	K164-4	
K165	脳内異物摘出術	35,100	→ 45,630	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	28,080	→ 36,500	K166	

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		
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	49,350	→ 61,720	K167	【新設】
K168	脳切除術	27,040	→ 35,150	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
	1 松果体部腫瘍	116,670	→ 158,100	1	
	2 その他のもの	92,860	→ 132,130	2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,050	→ 76,890	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
	内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	—	→ 108,470	K171-2	
K172	脳動静脈奇形摘出術	127,800	→ 149,830	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	24,050	→ 31,270	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)	32,700	→ 38,840	1	
	2 シャント手術	18,700	→ 24,310	2	
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
	1 1箇所	54,860	→ 71,320	1	
	2 2箇所以上	72,340	→ 94,040	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	66,600	→ 82,730	1	
	2 2箇所以上	91,950	→ 108,200	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
	1 1箇所	103,710	→ 114,070	1	
	2 2箇所以上	128,400	→ 128,400	2	
K178	脳血管内手術			K178	
	1 1箇所	61,350	→ 63,270	1	
	2 2箇所以上	81,800	→ 81,800	2	
	脳血管内ステントを用いるもの	—	→ 79,850	3	
K178-2	経皮的脳血管形成術	33,150	→ 33,150	K178-2	

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		
K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術			K178-3	
	1 頭蓋内脳血管の場合	23,250	→ 30,230	1	
	2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	14,430	→ 18,760	2	
K179	髄液漏閉鎖術	30,290	→ 39,380	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
	1 頭蓋骨のみのもの	12,650	→ 16,450	1	
	2 硬膜形成を伴うもの	18,200	→ 23,660	2	
	3 骨移動を伴うもの	31,500	→ 40,950	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	39,450	→ 59,180	1	
	2 両側の場合	52,500	→ 71,350	2	
K181-2	脳刺激装置交換術	12,070	→ 15,690	K181-2	
K181-3	頭蓋内電極抜去術	12,880	→ 12,880	K181-3	
	迷走神経刺激装置植込術	—	→ 22,140	K181-4	【新設】
	迷走神経刺激装置交換術	—	→ 4,000	K181-5	【新設】
<b>(脊髄、末梢神経、交感神経)</b>					
K182	神経縫合術			K182	
	1 指(手、足)	12,640	→ 12,640	1	
	2 その他のもの	18,850	→ 24,510	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
	1 指(手、足)	27,940	→ 36,320	1	
	2 その他のもの	38,100	→ 46,180	2	
K183	脊髄硬膜切開術	18,070	→ 23,490	K183	
K184	減圧脊髄切開術	18,850	→ 24,510	K184	
K185	脊髄切截術	27,040	→ 35,150	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	27,040	→ 35,150	K186	
K187	脊髄視床路切截術	28,340	→ 36,840	K187	
K188	神経剥離術	10,900	→ —	K188	【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		
	鏡視下によるもの	—	→ 14,170	1	
	その他のもの	—	→ 10,900	2	
K189	脊髄ドレナージ術	340	→ 340	K189	
K190	脊髄刺激装置植込術	26,850	→ 40,280	K190	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	10,470	→ 13,610	K190-2	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	22,500	→ 33,750	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	3,900	→ 5,070	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	500	→ 650	K190-5	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
	1 髄外のもの	55,050	→ 59,500	1	
	2 髄内のもの	78,820	→ 118,230	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	78,820	→ 106,460	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	→ 10,770	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	
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	

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		
	5	下顎神経	6,170	→ 7,750	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	→ 7,930	1	
	2	股動脈周囲	6,170	→ 7,750	2	
K195-2		尾動脈腺摘出術	6,170	→ 7,750	K195-2	
K196		交感神経節切除術			K196	
	1	頸部	18,200	→ 23,660	1	
	2	胸部	14,000	→ 16,340	2	
	3	腰部	12,490	→ 16,240	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		スタッフェル手術	9,610	→ 12,490	K196-3	
K196-4		閉鎖神経切除術	9,610	→ 12,490	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	→ 12,490	K196-5	
K197		神経移行術	18,200	→ 23,660	K197	
K198		神経移植術	18,090	→ 23,520	K198	
<b>第4款 眼</b>						
<b>(涙道)</b>						
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、涙点閉鎖術	630	→ 630	K200-2	【名称の見直し】
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	→ -	K202	【項目の見直し】
		涙道内視鏡を用いるもの	-	→ 2,350	1	
		その他のもの	-	→ 1,810	2	
K203		涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	

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		
K204	涙嚢鼻腔吻合術	21,750	→ 23,490	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	12,870	→ 16,730	K206	
<b>(眼瞼)</b>					
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	→ 6,700	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	→ 11,900	K216	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	→ —	K217	【項目の見直し】
	縫合法	—	→ 1,660	1	
	皮膚切開法	—	→ 2,160	2	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 3,670	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
	1 筋膜移植法	14,250	→ 18,530	2	
	2 その他のもの	6,070	→ 6,070	3	
<b>(結膜)</b>					
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	

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		
K222	2	多数のもの	390	→ 390	2	
		結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223		結膜嚢形成手術			K223	
K223-2	1	部分形成	2,460	→ 2,460	1	
	2	皮膚及び結膜の形成	10,470	→ 13,610	2	
	3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	12,870	→ 16,730	3	
		内眦形成術	12,870	→ 16,730	K223-2	
	K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130	→ 4,130	K224	
K225		結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K225	
K225-2		結膜腫瘍摘出術	6,890	→ 6,890	K225-2	
K225-3		結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
<b>(眼窩、涙腺)</b>						
K226		眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K226	
K227		眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	11,490	→ 14,940	K227	
K228		眼窩骨折整復術	20,400	→ 26,520	K228	
K229		眼窩内異物除去術(表在性)	7,370	→ 9,580	K229	
K230		眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1	視神経周囲、眼窩尖端	19,200	→ 24,960	1	
	2	その他	10,240	→ 13,310	2	
K231 及び K232		削除			K231 及び K232	
K233		眼窩内容除去術	13,060	→ 16,980	K233	
K234		眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	5,880	→ 7,640	K234	
K235		眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	30,150	→ 45,230	K235	
K236		眼窩悪性腫瘍手術	37,200	→ 51,940	K236	
K237		眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 17,700	K237	
<b>(眼球、眼筋)</b>						
K238		削除			K238	

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		
K239	眼球内容除去術	3,930	→ 5,110	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
	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	→ 10,970	3	
	4 斜筋手術	8,590	→ 11,170	4	
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,460	→ 12,300	5	
K243	義眼台包埋術	5,140	→ 6,680	K243	
K244	眼筋移動術	18,600	→ 21,750	K244	
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	5,640	→ 7,330	K245	
<b>(角膜、強膜)</b>					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	980	→ 980	K248-2	
K249	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K249	
K250	角膜切開術	990	→ 990	K250	
K251	削除			K251	
K252	角膜・強膜異物除去術	650	→ 650	K252	
K253	削除			K253	
K254	治療的角膜切除術			K254	
	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	→ 10,000	1	
	2 その他のもの	2,650	→ 2,650	2	
K255	強角膜瘻孔閉鎖術	7,700	→ 10,010	K255	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	5,320	→ 6,920	K257	

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		
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
K260	強膜移植術	14,470	→ 18,810	K260	
K261	角膜形成手術	3,060	→ 3,060	K261	
K262	削除			K262	
<b>(ぶどう膜)</b>					
K263 及び K264	削除			K263 及び K264	
K265	虹彩腫瘍切除術	11,230	→ 14,600	K265	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	17,850	→ 26,780	K266	
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	21,300	→ 21,300	2	
3	濾過手術	25,930	→ 25,930	3	
	緑内障治療用インプラント挿入術	—	→ 35,480	4	<b>【項目の追加】</b>
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	K270	
K271	毛様体光凝固術	3,590	→ 4,670	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
<b>(眼房、網膜)</b>					
K274	前房、虹彩内異物除去術	7,870	→ 10,230	K274	
K275	網膜復位術	32,100	→ 34,940	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	15,750	→ 15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	39,600	→ 47,150	K277-2	

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		
<b>(水晶体、硝子体)</b>					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279	硝子体切除術	16,500	→ 16,500	K279	
K280	硝子体茎頭微鏡下離断術			K280	
	1 網膜付着組織を含むもの	36,750	→ 39,970	1	
	2 その他のもの	30,750	→ 30,750	2	
	網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	—	→ 47,780	K280-2	【新設】
K281	増殖性硝子体網膜症手術	51,850	→ 54,860	K281	
K282	水晶体再建術			K282	【項目の見直し】
	1 眼内レンズを挿入する場合	12,100	→ —	1	
	縫着レンズを挿入するもの	—	→ 17,440	イ	
	その他のもの	—	→ 12,100	ロ	
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
	計画的後嚢切開を伴う場合	—	→ 18,150	3	
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	5,300	→ 6,890	K284	
<b>第5款 耳鼻咽喉</b>					
<b>(外耳)</b>					
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	→ 3,900	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	5,900	→ 7,670	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	5,900	→ 7,670	K290-2	

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		
K291	耳介腫瘍摘出術	5,320	→ 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	→ 6,530	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,610	→ 16,390	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	→ 30,420	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 3,340	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
	1 耳介軟骨形成を要するもの	11,210	→ 14,570	1	
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	6,850	→ 8,910	2	
K297	外耳道形成手術	11,960	→ 15,550	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	22,620	→ 29,410	K298	
K299	小耳症手術			K299	
	1 軟骨移植による耳介形成手術	47,850	→ 56,140	1	
	2 耳介挙上	9,450	→ 12,290	2	
(中耳)					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	4,670	→ 6,070	K301	
K302	上鼓室開放術	6,630	→ 8,620	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	13,780	→ 17,910	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	6,810	→ 8,850	K304	
K305	乳突削開術	13,650	→ 17,750	K305	
K306	錐体部手術	25,480	→ 33,120	K306	
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,420	→ 1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→ 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	→ 6,230	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→ 3,020	K312	



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		
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	26,130	→ 33,970	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1 切除	27,300	→ 35,490	1	
	2 側頭骨摘出術	52,800	→ 68,640	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→ 9,900	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	17,290	→ 22,480	K316	
K317	中耳根治手術	23,660	→ 30,760	K317	
K318	鼓膜形成手術	17,200	→ 18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	32,900	→ 42,770	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	→ 32,140	K320	
<b>(内耳)</b>					
K321	内耳開窓術	26,700	→ 31,970	K321	
K322	経迷路的内耳道開放術	55,200	→ 64,930	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	21,700	→ 28,210	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。)	18,850	→ 24,510	1	
	2 全摘出	38,890	→ 38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	18,920	→ 24,600	K327	
K328	人工内耳植込術	32,290	→ 40,810	K328	
<b>(鼻)</b>					
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	
	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	—	→ 2,910	K331-3	【新設】
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	→ 2,130	K333	

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		
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	鼻骨骨折観血的手術	5,380	→ 5,720	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	14,690	→ 19,100	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血的手術	2,110	→ 2,740	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	→ 2,740	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,110	→ 2,740	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→ 4,150	K337	
K338	鼻甲介切除術			K338	
1	高周波電気凝固法によるもの	900	→ 900	1	
2	その他のもの	1,520	→ 1,520	2	
K338-2	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	→ 2,180	K340	
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	→ 6,860	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	10,850	→ 14,110	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
1	切除	17,000	→ 20,870	1	
2	全摘	34,700	→ 42,470	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	20,410	→ 26,530	K344	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	14,040	→ 18,250	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	
1	単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	→ 3,640	1	
2	複雑なもの(骨性閉鎖)	20,800	→ 27,040	2	
K347	鼻中隔矯正術	5,280	→ 6,860	K347	
K347-2	変形外鼻手術	12,610	→ 16,390	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		
<b>(副鼻腔)</b>					
K348	削除			K348	
K349	上顎洞開窓術	2,000	→ 2,600	K349	
K350	前頭洞充填術	8,460	→ 11,000	K350	
K351	上顎洞血瘤腫手術	10,400	→ 13,520	K351	
K352	上顎洞根治手術	5,120	→ 6,660	K352	
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	→ 6,660	K352-2	
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120	→ 6,660	K352-3	
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	→ 8,330	K353	
K354	篩骨洞根治手術	11,970	→ 15,560	K354	
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	→ 9,660	K355	
K356	前頭洞根治手術	12,530	→ 16,290	K356	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	4,910	→ 6,380	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	→ 18,850	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	14,470	→ 18,810	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	14,470	→ 18,810	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	→ 21,060	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	18,090	→ 23,520	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	20,020	→ 26,030	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	20,670	→ 26,870	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	22,300	→ 28,990	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	21,700	→ 28,210	K365	
K366	削除			K366	
<b>(咽頭、扁桃)</b>					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
1	簡単なもの	420	→ 420	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		
K370	2	複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
		アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371		上咽頭腫瘍摘出術			K371	
K371-2	1	経口腔によるもの	3,430	→ 4,460	1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 5,060	2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 8,270	3	
	4	外切開によるもの	11,600	→ 15,080	4	
		上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1	経口腔によるもの	3,430	→ 4,460	1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 5,060	2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 8,270	3	
K372	4	外切開によるもの	11,600	→ 15,080	4	
		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	→ 14,430	2	
K373		下咽頭腫瘍摘出術			K373	
K374	1	経口腔によるもの	5,610	→ 7,290	1	
	2	外切開によるもの	11,400	→ 14,820	2	
K375		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→ 28,970	K374	
K375-2		鼻咽腔線維腫手術			K375	
	1	切除	6,180	→ 8,030	1	
	2	摘出	24,180	→ 31,430	2	
		鼻咽腔閉鎖術	16,640	→ 21,630	K375-2	
K376		上咽頭悪性腫瘍手術	21,700	→ 28,210	K376	
K377		口蓋扁桃手術			K377	
K378	1	切除	1,430	→ 1,430	1	
	2	摘出	3,600	→ 3,600	2	
		舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	K378	

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		
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	
1	経頸部によるもの	20,000	→ 26,000	1	
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	→ 48,000	2	
K379-2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	
1	経頸部によるもの	30,000	→ 39,000	1	
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	→ 75,000	2	
K380	過長茎状突起切除術	4,520	→ 5,880	K380	
K381	上咽頭形成手術	7,810	→ 10,110	K381	
K382	咽頭瘻閉鎖術	9,820	→ 12,770	K382	
K382-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	9,820	→ 12,770	K382-2	
<b>(喉頭、気管)</b>					
K383	喉頭切開・截開術	10,320	→ 13,420	K383	
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	3,890	→ 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・声帯ポリープ切除術			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	5,250	→ 5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
1	直達鏡によるもの	5,320	→ 5,320	1	
2	開胸手術によるもの	28,990	→ 37,690	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		
K392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 3,190	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	→ 3,190	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	→ 41,710	1	
2	全摘	40,170	→ 52,220	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。)	94,950	→ 113,880	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。)	10,300	→ 13,390	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
1	前方開大術	16,380	→ 21,290	1	
2	前壁形成手術	15,730	→ 20,450	2	
3	Tチューブ挿入術	9,000	→ 11,700	3	
K399	気管狭窄症手術	25,090	→ 32,620	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	16,250	→ 21,130	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	21,930	→ 28,510	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	58,490	→ 76,040	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	33,410	→ 43,430	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	58,490	→ 76,040	2	
K403-2	嚥下機能手術			K403-2	
1	輪状咽頭筋切断術	14,470	→ 18,810	1	
2	喉頭挙上術	14,130	→ 18,370	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	喉頭気管分離術	21,700	→ 28,210	3	
	4	喉頭全摘術	21,700	→ 28,210	4	
<b>第6款 顔面・口腔・頸部</b>						
<b>(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)</b>						
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	→ 520	1	
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	→ 8,050	2	
K407		顎・口蓋裂形成手術			K407	
	1	軟口蓋のみのもの	11,170	→ 14,520	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	18,590	→ 24,170	2	
	3	顎裂を伴うもの			3	
	イ	片側	19,360	→ 25,170	イ	
	ロ	両側	29,040	→ 29,040	ロ	
K407-2		軟口蓋形成手術	7,800	→ 9,700	K407-2	
<b>(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)</b>						
K408		口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 6,800	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 24,050	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→ 22,490	K412	
K413		舌腫瘍摘出術			K413	

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		
K414	1	粘液嚢胞摘出術	1,220	→ 1,220	1	
	2	その他のもの	3,140	→ 3,140	2	
K414-2		舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→ 8,520	K414	
K415		甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	→ 8,520	K414-2	
		舌悪性腫瘍手術			K415	
	1	切除	14,470	→ 18,810	1	
	2	亜全摘	49,350	→ 64,160	2	
K416 及び K417		削除			K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	5,840	→ 7,590	K418	
K418-2		舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→ 560	K419	
K420		削除			K420	
<b>(顔面)</b>						
K421		口唇腫瘍摘出術			K421	
	1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2	その他のもの	3,370	→ 3,370	2	
K422		口唇悪性腫瘍手術	21,700	→ 28,210	K422	
K423		頬腫瘍摘出術			K423	
	1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2	その他のもの	3,370	→ 4,380	2	
K424		頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 17,900	K424	
K425		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	59,400	→ 89,100	K425	
K426		口唇裂形成手術(片側)			K426	
	1	口唇のみの場合	10,140	→ 13,180	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	14,470	→ 18,810	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	17,030	→ 22,140	3	
K426-2		口唇裂形成手術(両側)			K426-2	



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	口唇のみの場合	14,470	→ 18,810	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	→ 23,790	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	25,610	→ 33,290	3	
<b>(顔面骨、顎関節)</b>						
K427		頬骨骨折観血的整復術	11,610	→ 15,090	K427	
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	27,000	→ 35,100	K427-2	
K428		下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	K428	
K429		下顎骨折観血的手術			K429	
	1	片側	10,000	→ 13,000	1	
	2	両側	19,110	→ 24,840	2	
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
	1	片側	21,700	→ 28,210	1	
	2	両側	36,170	→ 47,020	2	
K430		顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	K430	
K431		顎関節脱臼観血的手術	18,330	→ 23,830	K431	
K432		上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	K432	
K433		上顎骨折観血的手術	11,710	→ 15,220	K433	
K434		顔面多発骨折観血的手術	26,550	→ 34,520	K434	
		顔面多発骨折変形治癒矯正術	—	→ 41,420	K434-2	【新設】
K435		術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 6,660	K435	
K436		顎骨腫瘍摘出術			K436	
	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	→ 11,160	2	
K437		下顎骨部分切除術	9,960	→ 14,940	K437	
K438		下顎骨離断術	15,730	→ 23,600	K438	
K439		下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1	切除	21,700	→ 32,550	1	
	2	切断	28,940	→ 43,410	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		
K440	上顎骨切除術	12,000	→ 15,310	K440	
K441	上顎骨全摘術	25,480	→ 33,120	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
1	搔爬	5,880	→ 7,640	1	
2	切除	21,700	→ 28,210	2	
3	全摘	37,420	→ 56,130	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
1	単純な場合	16,250	→ 21,130	1	
2	複雑な場合及び2次的再建の場合	32,400	→ 41,370	2	
3	骨移動を伴う場合	48,600	→ 72,900	3	
K444	下顎骨形成術			K444	
1	おとがい形成の場合	4,990	→ 6,490	1	
2	短縮又は伸長の場合	17,160	→ 22,310	2	
3	再建の場合	27,750	→ 36,080	3	
4	骨移動を伴う場合	41,700	→ 54,210	4	
	下顎骨延長術			K444-2	【新設】
	片側	—	→ 22,310	1	
	両側	—	→ 33,460	2	
K445	顎関節形成術	32,400	→ 40,870	K445	
K446	顎関節授動術			K446	
1	徒手的授動術(バンピングを併用した場合)	990	→ 990	1	
2	顎関節鏡下授動術	5,620	→ 7,310	2	
3	開放授動術	17,550	→ 22,820	3	
K447	顎関節円板整位術			K447	
1	顎関節鏡下円板整位術	14,470	→ 18,810	1	
2	開放円板整位術	21,700	→ 27,300	2	
(唾液腺)					
K448	がま腫切開術	820	→ 820	K448	

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		
K449	唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	K449	
K450	唾石摘出術			K450	
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	→ 7,200	3	
K451	がま腫摘出術	4,580	→ 5,950	K451	
K452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 5,990	K452	
K453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 9,480	K453	
K454	顎下腺摘出術	7,440	→ 9,670	K454	
K455	顎下腺悪性腫瘍手術	21,700	→ 28,210	K455	
K456	削除			K456	
K457	耳下腺腫瘍摘出術			K457	
1	耳下腺浅葉摘出術	20,930	→ 27,210	1	
2	耳下腺深葉摘出術	23,920	→ 31,100	2	
K458	耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
1	切除	21,700	→ 28,210	1	
2	全摘	28,940	→ 37,620	2	
K459	唾液腺管形成手術	8,740	→ 11,360	K459	
K460	唾液腺管移動術			K460	
1	上顎洞内へのもの	8,740	→ 11,360	1	
2	結膜嚢内へのもの	10,820	→ 14,070	2	
<b>(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))</b>					
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
1	片葉のみの場合	7,500	→ 8,480	1	
2	両葉の場合	9,000	→ 10,760	2	
K462	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	→ 20,800	K462	
K463	甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
1	切除	18,600	→ 24,180	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		
K464	2	全摘及び亜全摘	23,700	→ 30,810	2	
		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
K465	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	12,060	→ 15,680	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	30,000	→ 33,790	2	
		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	30,000	→ 39,000	K465	
<b>(その他の頸部)</b>						
K466		斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	8,790	→ 11,430	K467	
K468		頸肋切除術	8,140	→ 10,580	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	16,120	→ 20,960	1	
	2	両側	22,230	→ 28,900	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	27,560	→ 35,830	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
<b>第7款 胸部</b>						
<b>(乳腺)</b>						
K472		乳腺膿瘍切開術	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	→ 6,730	2	
K474-2		乳管腺葉区域切除術	9,880	→ 12,820	K474-2	
K474-3		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	4,200	→ 6,300	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	→ 14,820	1	
	2	乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	21,700	→ 28,210	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				
K476-2	3	乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000	→ 22,520	K476-2			
	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。))	29,100	→ 42,350				
	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	→ 42,350				
	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	29,100	→ 42,350				
	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)	36,170	→ 52,820				
	K476-3	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	32,850	→ 42,710	1			
	2	二期的に行うもの	45,000	→ 53,560	2			
<b>(胸壁)</b>								
K477		胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	K477			
K478		肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740	→ 7,460	K478			
K479		削除			K479			
K480		胸壁冷膿瘍手術	6,020	→ 7,670	K480			
K480-2		流注膿瘍切開搔爬術	6,020	→ 7,670	K480-2			
K481		肋骨骨折観血的手術	6,020	→ 7,830	K481			
K482		肋骨切除術			K482			
	1	第1肋骨	13,000	→ 16,900	1			
	2	その他の肋骨	3,310	→ 4,300	2			
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	→ 12,120	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	36,900	→ 47,860	1			
	2	その他のもの	21,700	→ 28,210	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	36,900	→ 43,750	1			
	2	その他のもの	21,700	→ 28,210	2			
K485		胸壁腫瘍摘出術	10,600	→ 12,960	K485			
K486		胸壁瘻手術	18,090	→ 23,520	K486			

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		
K487	漏斗胸手術			K487	
1	胸骨挙上法によるもの	21,700	→ 28,210	1	
2	胸骨翻転法によるもの	26,130	→ 33,970	2	
3	胸腔鏡によるもの	30,200	→ 39,260	3	
<b>(胸腔、胸膜)</b>					
K488	試験開胸術	9,070	→ 10,800	K488	
K488-2	試験的開胸開腹術	14,600	→ 17,380	K488-2	
	胸腔鏡下試験開胸術	—	→ 13,500	K488-3	【新設】
	胸腔鏡下試験切除術	—	→ 13,500	K488-4	【新設】
K489から K492まで	削除			K489から K492まで	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	18,090	→ 23,520	K493	
K494	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	14,700	→ 15,350	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	→ 26,340	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 33,150	2	
K496-2	胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	51,850	→ 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	→ 26,340	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 33,150	2	
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100	→ 32,690	K496-4	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	29,700	→ 38,610	K497	
	膿胸腔有茎大網充填術	—	→ 49,650	K497-2	【新設】
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	34,500	→ 42,020	1	
2	胸膜肺切除を併施するもの	47,550	→ 49,200	2	
K499	胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	12,180	→ 15,830	K499	
K500	削除			K500	

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		
K501	乳糜胸手術	12,530	→ 12,530	K501	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→ 12,530	K501-2	
	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	—	→ 15,230	K501-3	【新設】
<b>(縦隔)</b>					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→ 37,000	K502	
K502-2	縦隔切開術			K502-2	
	1 頸部よりのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	1	
	2 肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	13,520	→ 17,580	2	
	3 経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→ 20,050	3	
	胸腔鏡下縦隔切開術	—	→ 26,750	K502-3	【新設】
K503	縦隔郭清術	28,470	→ 37,010	K503	
K504	縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→ —	K504	【項目の見直し】
	単純摘出	—	→ 37,000	1	
	広汎摘出	—	→ 56,020	2	
<b>(気管支、肺)</b>					
K505	肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	→ 削除	K505	
K506	肺結核空洞切開術	14,300	→ 削除	K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	21,700	→ 28,210	K507	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	7,810	→ 10,150	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術	7,200	→ —	K508-2	【項目の見直し】
	硬性鏡によるもの	—	→ 9,360	1	
	軟性鏡によるもの	—	→ 8,960	2	
K509	気管支異物除去術			K509	
	1 直達鏡によるもの	7,120	→ 9,260	1	
	2 開胸手術によるもの	41,100	→ 45,650	2	
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	
K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000	→ 10,000	K509-3	
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	

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		
K510-2	光線力学療法			K510-2	
	1 早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→ 8,710	1	
	2 その他のもの	8,710	→ 8,710	2	
	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	—	→ 8,710	K510-3	【新設】
K511	肺切除術			K511	
	1 楔状部分切除	18,090	→ 23,520	1	
	2 区域切除(1肺葉に満たないもの)	53,850	→ 58,430	2	
	3 肺葉切除	53,700	→ 58,350	3	
	4 複合切除(1肺葉を超えるもの)	55,050	→ 64,850	4	
	5 1側肺全摘	56,400	→ 59,830	5	
	6 気管支形成を伴う肺切除	65,260	→ 76,230	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術	56,250	→ —	K513	【項目の見直し】
	肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	—	→ 39,830	1	
	その他のもの	—	→ 58,950	2	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	56,250	→ 58,950	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	56,250	→ 58,950	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	56,250	→ 58,950	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	【項目の見直し】
	部分切除	—	→ 60,350	1	
	区域切除	—	→ 69,250	2	
	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	—	→ 72,640	3	
	肺全摘	—	→ 72,640	4	
	隣接臓器合併切除を伴う肺切除	—	→ 78,400	5	
	気管支形成を伴う肺切除	—	→ 80,460	6	
	気管分岐部切除を伴う肺切除	—	→ 124,860	7	
	気管分岐部再建を伴う肺切除	—	→ 127,130	8	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	【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		
	部分切除	—	→ 66,500	1	
	区域切除	—	→ 72,640	2	
	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	—	→ 92,000	3	
K514-3	移植用肺採取術(死体)(両側)	61,700	→ 63,200	K514-3	
K514-4	同種死体肺移植術	116,770	→ 119,000	K514-4	
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	52,400	→ 52,680	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	100,050	→ 100,980	K514-6	
K515	肺剥皮術	22,800	→ 29,640	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	55,200	→ 59,170	K516	
K517	肺縫縮術	18,090	→ 23,520	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
	1 楔状切除術	53,550	→ 64,030	1	
	2 輪状切除術	57,150	→ 66,010	2	
	3 気管分岐部切除術	88,350	→ —		【項目の削除】
	4 気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	90,790	→ —		【項目の削除】
K519	先天性気管狭窄症手術	98,100	→ 146,950	K519	
<b>(食道)</b>					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
	1 頸部手術	13,130	→ 17,070	1	
	2 開胸手術	21,700	→ 28,210	2	
	3 開腹手術	13,650	→ 17,750	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
	1 開胸手術	20,020	→ 26,030	1	
	2 胸骨切開によるもの	13,000	→ 16,900	2	
	3 その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	→ 6,600	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
	1 内視鏡によるもの	8,060	→ 9,450	1	
	2 食道ブジー法	2,520	→ 2,950	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		
K522-2	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480	3	【新設】
		食道ステント留置術	6,300	→ 6,300	K522-2	
	K522-3	食道空置バイパス作成術	41,550	→ 54,020	K522-3	
K523	食道異物摘出術			K523		
K524	1	頸部手術によるもの	19,500	→ 25,350	1	
	2	開胸手術によるもの	21,700	→ 28,210	2	
	3	開腹手術によるもの	21,320	→ 27,720	3	
		食道憩室切除術			K524	
K525	1	頸部手術によるもの	17,290	→ 22,480	1	
	2	開胸によるもの	24,180	→ 31,430	2	
		胸腔鏡下食道憩室切除術	—	→ 34,130	K524-2	
		食道切除再建術			K525	
K525-2	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→ 51,420	3	
		胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
K526	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→ 51,420	3	
	4	バイパスのみ作成する場合	36,150	→ 45,230	4	
K526-2		食道腫瘍摘出術			K526	
	1	内視鏡によるもの	6,520	→ 8,480	1	
	2	開胸又は開腹手術によるもの	26,260	→ 34,140	2	
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	41,250	→ 50,250	3	
K526-3		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	→ 8,840	1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	→ 22,100	2	
	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	8,840	→ 11,490	K526-3		

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		
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	43,050	→ 47,530	1	
2	胸部食道の場合	56,950	→ 56,950	2	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→ 64,820	K528	
	先天性食道狭窄症根治手術	—	→ 51,220	K528-2	【新設】
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。)	113,900	→ 122,540	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	97,770	→ 101,490	2	
3	腹部の操作によるもの	69,840	→ 69,840	3	
K530	食道アカラシア形成手術	28,050	→ 32,710	K530	
K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	39,000	→ 44,500	K530-2	
K531	食道切除後2次的再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	37,950	→ 43,920	1	
2	消化管利用によるもの	45,700	→ 54,960	2	
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	26,340	→ 34,240	1	
2	食道離断術を主とするもの	28,940	→ 37,620	2	
K532-2	食道静脈瘤手術(開腹)	26,340	→ 34,240	K532-2	
	腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	—	→ 38,340	K532-3	【新設】
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	
<b>(横隔膜)</b>					
K534	横隔膜縫合術			K534	
1	経胸又は経腹	21,450	→ 27,890	1	
2	経胸及び経腹	28,940	→ 37,620	2	
K534-2	横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
1	経胸又は経腹	21,450	→ 27,890	1	
2	経胸及び経腹	28,940	→ 37,620	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		
K535	胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	—	→ 31,990	K534-3	【新設】
	胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
1	経胸又は経腹	20,670	→ 26,870	1	
2	経胸及び経腹	27,300	→ 35,490	2	
K536	後胸骨ヘルニア手術	21,060	→ 27,380	K536	
K537	食道裂孔ヘルニア手術			K537	
1	経胸又は経腹	21,060	→ 27,380	1	
2	経胸及び経腹	26,780	→ 34,810	2	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	37,800	→ 42,180	K537-2	
<b>第8款 心・脈管</b>					
<b>(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)</b>					
K538	心膜縫合術	8,760	→ 9,180	K538	【新設】
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	10,900	→ 11,800	K538-2	
K539	心膜切開術	9,200	→ 9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 15,240	K539-2	
	胸腔鏡下心膜開窓術	—	→ 16,060	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	49,950	→ 51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	30,210	→ 39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	30,210	→ 39,270	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	60,600	→ 60,600	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→ 77,770	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→ 91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 9,400	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	→ 23,950	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術	23,000	→ —	K548	【名称の見直し】

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		
K549	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	—	→ 24,500	1	【項目の見直し】
	エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	—	→ 24,500	2	
K550	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	→ 24,380	K549	
K550-2	冠動脈内血栓溶解療法	13,390	→ 17,410	K550	
K551	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,110	→ 19,640	K550-2	
	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
1	1箇所のもの	74,550	→ 76,550	1	
2	2箇所以上のも	79,860	→ 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	71,570	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のも	85,880	→ 89,250	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	71,570	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のも	89,700	→ 91,350	2	
K553	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
1	単独のもの	59,550	→ 63,390	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	78,730	→ 80,060	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200	→ 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	76,200	→ 114,300	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	100,200	→ 147,890	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	114,510	→ 167,180	3	
K554	弁形成術			K554	
1	1弁のもの	79,860	→ 79,860	1	
2	2弁のもの	93,170	→ 93,170	2	
3	3弁のもの	106,480	→ 106,480	3	
K555	弁置換術			K555	
1	1弁のもの	85,500	→ 85,500	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	2弁のもの	100,200	→ 100,200	2	
	3	3弁のもの	114,510	→ 114,510	3	
K556		大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→ 42,940	K556	
K556-2		経皮的動脈弁拡張術	34,200	→ 37,430	K556-2	
K557		大動脈弁上狭窄手術	71,570	→ 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。)	75,450	→ 78,260	K557-2	
K557-3		弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	86,250	→ 129,380	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	85,880	→ 115,750	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)	143,140	→ 192,920	K558	
K559		閉鎖式僧帽弁交連切開術	29,580	→ 38,450	K559	
K559-2		経皮的僧帽弁拡張術	29,640	→ 34,930	K559-2	
K560		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	【項目の見直し】
	1	上行大動脈	114,510	→ -	1	
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	-	→ 114,510	イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	-	→ 128,820	ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	-	→ 148,860	ハ	
	2	その他のもの	100,200	→ 100,200	ニ	
	3	弓部大動脈	114,510	→ 114,510	2	
	4	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	171,760	→ -	3	
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	-	→ 187,370	イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	-	→ 210,790	ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	-	→ 243,580	ハ	
		その他のもの	-	→ 171,760	ニ	
	5	下行大動脈	85,880	→ 89,250	4	
	6	胸腹部大動脈	166,500	→ 249,750	5	
	7	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	54,300	→ 59,080	6	
	8	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	7	
K561		ステントグラフト内挿術			K561	

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		
K562	1	胸部大動脈	56,560	→ 56,560	1	
	2	腹部大動脈	47,400	→ 49,440	2	
	3	腸骨動脈	37,200	→ 43,830	3	
K563		動脈管開存症手術			K562	
	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	→ 16,510	1	
K564	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
		肺動脈絞扼術	39,410	→ 39,410	K563	
K565		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	33,900	→ 43,150	K564	
K566		巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	47,700	→ 71,550	K565	
K567		体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストーン手術)	42,750	→ 44,670	K566	
K567-2		大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
	1	単独のもの	57,250	→ 57,250	1	
	2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→ 100,200	2	
K568	3	複雑心奇形手術を伴うもの	128,820	→ 173,620	3	
		経皮的大動脈形成術	34,200	→ 37,430	K567-2	
K569		大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1	単独のもの	69,000	→ 80,840	1	
K570	2	心内奇形手術を伴うもの	88,500	→ 97,690	2	
		三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	85,880	→ 90,120	K569	
K570-2		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	→ 32,500	1	
K570-3	2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	68,550	→ 74,460	2	
		経皮的肺動脈弁拡張術	24,550	→ 31,280	K570-2	
K571		経皮的肺動脈形成術	24,550	→ 31,280	K570-3	
		肺静脈還流異常症手術			K571	
K572	1	部分肺静脈還流異常	48,110	→ 50,970	1	
	2	総肺静脈還流異常	93,040	→ 109,310	2	
		肺静脈形成術	51,450	→ 58,930	K572	

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		
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)	8,970	→ 11,660	1	
2	心房中隔欠損作成術	25,800	→ 33,540	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
1	単独のもの	30,100	→ 39,130	1	
2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→ 45,130	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	→ 31,850	K574-2	
K575	三心房心手術	58,500	→ 68,940	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
1	単独のもの	50,570	→ 52,320	1	
2	肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	52,850	→ 65,830	2	
3	大動脈弁形成を伴うもの	64,410	→ 66,060	3	
4	右室流出路形成を伴うもの	71,570	→ 71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
1	単独のもの	71,570	→ 71,570	1	
2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	→ 85,880	2	
K578	右室二腔症手術	79,500	→ 80,490	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)	54,000	→ 60,330	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	64,410	→ 66,060	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	107,350	→ 107,350	1	
2	ファロー四徴症手術を伴うもの	143,140	→ 192,920	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	93,040	→ 94,060	2	
K581	肺動脈閉鎖症手術			K581	
1	単独のもの	100,200	→ 100,200	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		
K582	2 ラステリ手術を伴うもの	128,820	→ 173,620	2	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	171,760	→ 231,500	3	
	両大血管右室起始症手術			K582	
K583	1 単独のもの	85,880	→ 85,880	1	
	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820	→ 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・ビング奇形手術)	143,140	→ 192,920	3	
	大血管転位症手術			K583	
	1 心房内血流転換手術(マスタード・セニング手術)	114,510	→ 114,510	1	
K584	2 大血管血流転換術(ジャターン手術)	107,350	→ 144,690	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	128,820	→ 173,620	3	
	4 ラステリ手術を伴うもの	114,510	→ 154,330	4	
	修正大血管転位症手術			K584	
K585	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	78,000	→ 85,790	1	
	2 根治手術(ダブルスイッチ手術)	162,500	→ 201,630	2	
K586	総動脈幹症手術	119,800	→ 143,860	K585	
K587	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	71,570	→ 71,570	1	
	2 フォンタン手術	85,880	→ 85,880	2	
K588	3 心室中隔造成術	146,000	→ 181,350	3	
	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	141,460	→ 179,310	K587	
K589	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	→ 53,240	K588	
K590	冠動脈起始異常症手術	85,880	→ 85,880	K589	
K591	心室憩室切除術	61,500	→ 76,710	K590	
K592	心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591	
K592-2	K592 肺動脈塞栓除去術	37,600	→ 48,880	K592	
	肺動脈血栓内膜摘除術	100,190	→ 135,040	K592-2	
K593	肺静脈血栓除去術	30,210	→ 39,270	K593	
K594	不整脈手術			K594	

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		
K595	1	副伝導路切断術	85,880	→ 89,250	1	【名称の見直し】
	2	心室頻拍症手術	100,200	→ 147,890	2	
	3	メイズ手術	93,170	→ 98,640	3	
K595-2		経皮的カテーテル心筋焼灼術			K595	
	1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	31,350	→ 40,760	1	
K596	2	その他のもの	26,440	→ 34,370	2	
		経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→ 24,390	K595-2	
K597		体外ペースメーカー移植術	3,370	→ 3,370	K596	
K597-2	1	ペースメーカー移植術			K597	
	2	心筋電極の場合	13,800	→ 15,060	1	
K597-3	2	経静脈電極の場合	7,820	→ 7,820	2	
		ペースメーカー交換術	3,610	→ 4,000	K597-2	
K597-4		植込型心電図記録計移植術	1,260	→ 1,260	K597-3	
K598		植込型心電図記録計摘出術	840	→ 840	K597-4	
K598-2		両心室ペースメーカー移植術	30,750	→ 31,510	K598	
		両心室ペースメーカー交換術	3,200	→ 5,000	K598-2	
K599		植込型除細動器移植術	17,030	→ 31,510	K599	
K599-2		植込型除細動器交換術	2,860	→ 6,000	K599-2	
K599-3		両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	21,000	→ 32,000	K599-3	
K599-4		両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	3,200	→ 6,000	K599-4	
K600		経静脈電極抜去術(レーザーシースを用いるもの)	—	→ 28,600	K599-5	【新設】
		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			K600	
K601	1	初日	8,780	→ 8,780	1	
	2	2日目以降	3,680	→ 3,680	2	
K602		人工心肺(1日につき)			K601	
	1	初日	24,500	→ 24,500	1	
K602	2	2日目以降	3,000	→ 3,000	2	
		経皮的心肺補助法(1日につき)			K602	

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		
K603	1	初日	11,100	→ 11,100	1	
	2	2日目以降 補助人工心臓(1日につき)	3,120	→ 3,120	2	
K604	1	初日	45,000	→ 54,370	1	
	2	2日目以降30日目まで	5,000	→ 5,000	2	
	3	31日目以降 植込型補助人工心臓(拍動流型)	4,000	→ 4,000	3	
	4	91日目以降(1月につき) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)	6,000	→ 6,000	4	
K605	1	初日(1日につき)	45,000	→ 58,500	1	
	2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	→ 5,000	2	
	3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	→ 4,000	3	
	4	91日目以降(1日につき)	6,000	→ 6,000	4	
		植込型補助人工心臓(非拍動流型)			K604-2	【新設】
		初日(1日につき)	—	→ 58,500	1	
		2日目以降30日目まで(1日につき)	—	→ 5,000	2	
		31日目以降90日目まで(1日につき)	—	→ 2,780	3	
		91日目以降(1日につき)	—	→ 1,500	4	
K605		移植用心採取術	61,200	→ 62,720	K605	
K605-2		同種心移植術	143,140	→ 192,920	K605-2	
K605-3		移植用心肺採取術	92,020	→ 100,040	K605-3	
K605-4		同種心肺移植術	198,990	→ 286,010	K605-4	
<b>(動脈)</b>						
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	→ 10,550	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	

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		
K608-2	1	開胸又は開腹を伴うもの	21,970	→ 28,560	1	
	2	その他のもの(観血的なもの)	9,470	→ 11,180	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	
K609-2	1	大動脈に及ぶもの	31,500	→ 40,950	1	
	2	内頸動脈	29,250	→ 43,880	2	
	3	その他のもの	19,890	→ 25,860	3	
K610		経皮的頸動脈ステント留置術	33,150	→ 38,930	K609-2	
K610		動脈形成術、吻合術			K610	
K610-2	1	頭蓋内動脈	52,550	→ 70,980	1	
	2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	44,400	→ 47,790	2	
	3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	44,400	→ 47,790	3	
	4	指(手、足)の動脈	11,800	→ 15,340	4	
	5	その他の動脈	13,910	→ 18,080	5	
K610-2		脳新生血管造成術	52,550	→ 52,550	K610-2	
K610-3		内シャント又は外シャント設置術	13,910	→ 18,080	K610-3	
K610-4		四肢の血管吻合術	13,910	→ 18,080	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)	13,910	→ 18,080	K610-5	
K611		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置			K611	
K612	1	開腹して設置した場合	17,940	→ 17,940	1	
	2	四肢に設置した場合	16,250	→ 16,250	2	
	3	頭頸部その他に設置した場合	16,640	→ 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)	29,580	→ 31,840	K613	
K614		血管移植術、バイパス移植術			K614	
K614	1	大動脈	70,700	→ 70,700	1	
	2	胸腔内動脈	61,500	→ 64,050	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			
K615	3	腹腔内動脈	56,560	→ 56,560	3	【項目の追加】	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→ 55,050	4		
		下腿、足部動脈	—	→ 62,670	5		
	5	その他の動脈	23,300	→ 30,290	6		
		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	16,510	→ —	K615		【項目の見直し】
		止血術	—	→ 19,260	1		
		その他のもの	—	→ 16,930	2		
K615-2		経皮的動脈遮断術	1,390	→ 1,390	K615-2		
K616		四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→ 20,540	K616		
K616-2		頸動脈球摘出術	10,800	→ 10,800	K616-2		
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	→ 24,550	K616-3		
		経皮的シャント拡張術・血栓除去術	—	→ 18,080	K616-4	【新設】	
<b>(静脈)</b>							
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	→ 11,020	K617-2		
K617-3		静脈瘤切除術(下肢以外)	1,680	→ 1,820	K617-3		
		下肢静脈瘤血管内焼灼術	—	→ 14,360	K617-4	【新設】	
K618		中心静脈栄養用植込型カテーテル設置			K618		
	1	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1		
	2	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	→ 22,070	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術	8,000	→ 10,160	K620	【名称の見直し】	

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		
K621		下大静脈フィルター除去術	—	→ 6,190	K620-2	【新設】
K622		門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	→ 40,650	K621	
K623		胸管内頸静脈吻合術	28,940	→ 37,620	K622	
		静脈形成術、吻合術			K623	
	1	胸腔内静脈	24,700	→ 25,200	1	
	2	腹腔内静脈	24,700	→ 25,200	2	
	3	指(手、足)の静脈	10,850	→ 12,970	3	
	4	その他の静脈	13,500	→ 16,140	4	
K623-2		脾腎静脈吻合術	20,800	→ 21,220	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	8,390	→ 10,910	1	
	2	長径5センチメートル以上	12,610	→ 16,390	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	→ 9,060	1	
	2	頸部(深在性)	14,040	→ 18,250	2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	9,270	→ 12,050	3	
	4	腋窩	13,650	→ 17,750	4	
	5	胸骨旁	14,040	→ 18,250	5	
	6	鼠径部及び股部	5,670	→ 7,370	6	
	7	後腹膜	28,940	→ 37,620	7	
	8	骨盤	18,740	→ 24,360	8	
		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	—	→ 28,460	K627-2	【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		
K628	リンパ管吻合術	31,200	→ 34,450	K628	
<b>第9款 腹部</b>					
<b>(腹壁、ヘルニア)</b>					
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 腹壁に局限するもの	1,820	→ 1,820	1	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450	→ 8,390	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	→ 11,210	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
	1 腹壁癒痕ヘルニア	7,440	→ 8,450	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	14,470	→ 18,810	4	
	5 鼠径ヘルニア	6,000	→ 6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,740	→ 8,860	6	
	7 腰ヘルニア	8,240	→ 8,590	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)	14,470	→ 18,810	8	
	9 内ヘルニア	14,470	→ 18,810	9	
	腹腔鏡下ヘルニア手術			K633-2	【新設】
	腹壁癒痕ヘルニア	—	→ 13,770	1	
	大腿ヘルニア	—	→ 15,460	2	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	20,800	→ 22,960	K634	
<b>(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)</b>					
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	

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		
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	
K636-2	ダメージコントロール手術	7,210	→ 9,370	K636-2	
	腹腔鏡下試験開腹術	—	→ 11,320	K636-3	【新設】
	腹腔鏡下試験切除術	—	→ 11,320	K636-4	【新設】
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
1	横隔膜下膿瘍	8,880	→ 10,690	1	
2	ダグラス窩膿瘍	5,340	→ 5,710	2	
3	虫垂周囲膿瘍	5,340	→ 5,340	3	
4	その他のもの	6,670	→ 8,330	4	
K637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K637-2	
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	
	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	—	→ 16,460	K639-3	【新設】
K640	腸間膜損傷手術			K640	
1	縫合、修復のみのもの	8,320	→ 10,390	1	
2	腸管切除を伴うもの	18,800	→ 24,440	2	
K641	大網切除術	8,490	→ 8,720	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	→ 11,910	1	
2	腸切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	—	→ 32,310	K642-2	【新設】
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,000	→ 48,510	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	→ 18,280	2	
K645	骨盤内臓全摘術	107,850	→ 120,980	K645	



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		
<b>(胃、十二指腸)</b>					
K646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	10,100	→ 11,360	K646	
K647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	11,300	→ 12,190	K647	
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	→ 22,460	K647-2	
K648	胃切開術	7,670	→ 9,970	K648	
K649	胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	10,900	→ 11,800	K649	
	削除			K650	
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590	→ 7,590	K651	
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	→ 11,530	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	→ 6,460	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	14,130	→ 18,370	2	
3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 6,230	3	
4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 5,200	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	→ 6,460	K653-4	
	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	—	→ 12,480	K653-5	【新設】
K654	内視鏡的消化管止血術	4,600	→ 4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	10,400	→ 11,530	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	21,700	→ 28,210	1	
2	悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
1	単純切除術	30,000	→ 34,950	1	
2	悪性腫瘍手術	62,360	→ 64,120	2	
K655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	20,700	→ 26,910	K655-3	

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		
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	
1	単純切除術	30,900	→ 40,170	1	
2	悪性腫瘍切除術	55,100	→ 71,630	2	
K656	胃縮小術	21,700	→ 28,210	K656	
K657	胃全摘術			K657	
1	単純全摘術	49,200	→ 50,920	1	
2	悪性腫瘍手術	69,840	→ 69,840	2	
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
1	単純全摘術	58,300	→ 64,740	1	
2	悪性腫瘍手術	74,830	→ 83,090	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	28,940	→ 37,620	3	
	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	—	→ 21,780	K659-2	【新設】
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
1	単独のもの	15,000	→ 19,500	1	
2	ドレナージを併施するもの	21,700	→ 28,210	2	
3	胃切除術を併施するもの	28,940	→ 37,620	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 31,310	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 17,400	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 13,600	K662	
	腹腔鏡下胃腸吻合術	—	→ 17,700	K662-2	【新設】
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	→ 10,070	K664	
	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	—	→ 14,610	K664-2	【新設】
K665	胃瘻閉鎖術	10,590	→ 12,040	K665	

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		
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	→ 17,060	K666-2	
K667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	28,940	→ 37,620	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	→ 15,190	K667-3	
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	21,700	→ 28,210	K668	
<b>(胆嚢、胆道)</b>					
K669	胆管切開術	12,100	→ 12,460	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 11,800	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	21,700	→ 28,210	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	18,800	→ 24,440	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	→ 35,470	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	22,700	→ 33,610	2	
K672	胆嚢摘出術	19,760	→ 20,960	K672	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	→ 21,500	K672-2	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	28,940	→ 37,620	K673	
K674	総胆管拡張症手術	28,000	→ 36,400	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	29,930	→ 38,910	1	
	肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	—	→ 47,370	2	【項目の追加】
	2 肝切除(葉以上)を伴うもの	75,750	→ 77,450	3	
	3 臍頭十二指腸切除を伴うもの	97,950	→ 101,590	4	
	4 臍頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	139,680	→ 209,520	5	
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	70,800	→ 72,390	K677	
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	

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		
K678	1	血行再建あり	121,050	→ 180,990	1	
	2	血行再建なし	97,050	→ 101,090	2	
		体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
		胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	→ 11,580	K679	
		総胆管胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K680	
		胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,420	K681	
		胆管外瘻造設術			K682	
		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	
	K682-2		経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2
		内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	—	→ 10,800	K682-3	【新設】
		超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	—	→ 21,320	K682-4	【新設】
K683		削除			K683	
K684		先天性胆道閉鎖症手術	56,700	→ 60,000	K684	
K685		内視鏡的胆道結石除去術	9,830	→ —	K685	【名称の見直し】
		胆道碎石術を伴うもの	—	→ 12,780	1	【項目の見直し】
		その他のもの	—	→ 8,320	2	
K686		内視鏡的胆道拡張術	11,930	→ 15,510	K686	
K687		内視鏡的乳頭切開術			K687	
	1	乳頭括約筋切開のみのもの	9,400	→ 12,220	1	
	2	胆道碎石術を伴うもの	21,190	→ 27,550	2	
K688		内視鏡的胆道ステント留置術	8,880	→ 11,540	K688	
K689		経皮経肝胆管ステント挿入術	9,440	→ 12,270	K689	
(肝)						
K690		肝縫合術	17,400	→ 17,400	K690	
K691		肝膿瘍切開術			K691	
	1	開腹によるもの	11,000	→ 11,860	1	
	2	開胸によるもの	12,200	→ 12,520	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		
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	【項目の見直し】
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,520	K692	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,700	→ 28,210	K692-2	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	21,700	→ 28,210	K693	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	21,700	→ 28,210	K694	
K695	肝切除術			K695	
	部分切除	—	→ 36,340	1	
	亜区域切除	—	→ 46,130	2	
	外側区域切除	—	→ 46,130	3	
	1区域切除(外側区域切除を除く。)	—	→ 49,750	4	
	2区域切除	—	→ 76,210	5	
	3区域切除以上のもの	—	→ 97,050	6	
	2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	—	→ 126,230	7	
K695-2	腹腔鏡下肝切除術			K695-2	
	1 部分切除	50,600	→ 50,600	1	
	2 外側区域切除	62,100	→ 74,880	2	
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K696	
K697	肝内胆管外瘻造設術			K697	
	1 開腹によるもの	14,470	→ 18,810	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	→ 17,410	K697-2	
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	15,000	→ —	K697-3	
	2センチメートル以内のもの	—	→ 15,000	1	
	2センチメートルを超えるもの	—	→ 21,960	2	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	72,000	→ 72,000	K697-4	
K697-5	生体部分肝移植術	95,550	→ 129,560	K697-5	
K697-6	移植用肝採取術(死体)	85,200	→ 86,700	K697-6	
K697-7	同種死体肝移植術	142,380	→ 193,060	K697-7	

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		
<b>(脾)</b>					
K698	急性脾炎手術			K698	
1	感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→ 49,390	1	
2	その他のもの	21,700	→ 28,210	2	
K699	脾結石手術			K699	
1	脾切開によるもの	21,700	→ 28,210	1	
2	経十二指腸乳頭によるもの	21,700	→ 28,210	2	
K700	脾中央切除術	45,000	→ 53,560	K700	
K701	脾破裂縫合術	19,200	→ 22,080	K701	
K702	脾体尾部腫瘍切除術			K702	
1	脾尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合			1	
イ	脾同時切除の場合	21,200	→ 21,200	イ	
ロ	脾温存の場合	21,750	→ 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	38,890	→ 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	52,500	→ 52,730	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→ 55,870	4	
	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	—	→ 36,730	K702-2	【新設】
K703	脾頭部腫瘍切除術			K703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	69,840	→ 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	83,810	→ 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	83,810	→ 83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	111,740	→ 128,230	4	
K704	脾全摘術	91,350	→ 91,990	K704	
K705	脾嚢胞胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K705	
K706	脾管空腸吻合術	28,940	→ 37,620	K706	
K707	脾嚢胞外瘻造設術			K707	
1	内視鏡によるもの	14,130	→ 18,370	1	
2	開腹によるもの	12,100	→ 12,460	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		
K708	膵管外瘻造設術	14,470	→ 18,810	K708	【新設】
K708-2	膵管誘導手術	14,470	→ 18,810	K708-2	
	内視鏡的膵管ステント留置術	—	→ 22,240	K708-3	
K709	膵瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K709	
K709-2	移植用膵採取術(死体)	48,700	→ 63,310	K709-2	
K709-3	同種死体膵移植術	112,570	→ 112,570	K709-3	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	82,580	→ 84,080	K709-4	
K709-5	同種死体膵腎移植術	140,420	→ 140,420	K709-5	
(脾)					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	→ 24,410	K710	
K711	脾摘出術	21,700	→ 28,210	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	28,500	→ 37,060	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)					
K712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 10,400	K712	【項目の見直し】
K713	腸切開術	7,420	→ 9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	10,900	→ 12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600	→ 20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	3,450	→ 4,490	1	
	2 観血的なもの	5,530	→ 6,040	2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→ 15,940	1	
	2 悪性腫瘍手術	29,930	→ 34,150	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→ —	K716-2	
	悪性腫瘍手術以外の切除術	—	→ 31,370	1	
	悪性腫瘍手術	—	→ 37,380	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。)	14,470	→ 18,810	K717	
K718	虫垂切除術			K718	

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		
K718-2	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	
K719	1	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	11,470	→ 11,470	1	
K719-2	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	14,140	→ 18,380	2	
	1	結腸切除術			K719	
K719-2	1	小範囲切除	17,900	→ 22,140	1	
	2	結腸半側切除	25,700	→ 29,940	2	
K719-2	3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	→ 35,680	3	
	1	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
K719-3	1	小範囲切除、結腸半側切除	35,700	→ 42,680	1	
	2	全切除、亜全切除	41,700	→ 51,750	2	
K719-3		腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	→ 51,750	K719-3	
K719-4		ピックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4	
K720		全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	—	→ 42,510	K719-5	
		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)	14,470	→ 16,610	K720	
K721		内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721	
K721-2	1	長径2センチメートル未満	5,000	→ 5,000	1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→ 7,000	2	
K721-2		内視鏡的大腸ポリープ切除術			K721-2	
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→ 5,000	1	
K721-3	2	長径2センチメートル以上	7,000	→ 7,000	2	
		内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→ 5,360	K721-3	
K722		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	—	→ 18,370	K721-4	
		小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→ 11,640	K722	
K723		削除			K723	
K724		腸吻合術	9,040	→ 9,330	K724	
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 6,140	K725	

【新設】

【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		
	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	—	→ 12,080	K725-2	【新設】
K726	人工肛門造設術	6,590	→ 7,980	K726	
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	→ 8,340	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	→ 11,220	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,600	→ 12,190	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
	多発性小腸閉鎖症手術	—	→ 47,020	K729-2	【新設】
	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	—	→ 32,310	K729-3	【新設】
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,500	→ 11,580	1	
	2 腸管切除を伴うもの	16,700	→ 17,900	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,800	→ 11,750	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,300	→ 11,470	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	14,470	→ 18,810	K734	
	腹腔鏡下腸回転異常症手術	—	→ 22,910	K734-2	【新設】
K735	先天性巨大結腸症手術	49,050	→ 50,830	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	8,530	→ 11,090	K735-2	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,450	→ 63,710	K735-3	
	下部消化管ステント留置術	—	→ 9,100	K735-4	【新設】
K736	人工肛門形成術			K736	
	1 開腹を伴うもの	8,400	→ 10,030	1	
	2 その他のもの	3,670	→ 3,670	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		
<b>(直腸)</b>					
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)	5,150	→ 6,700	1	
	2 開腹によるもの	10,400	→ 11,530	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	→ 9,940	2	
	3 経腹及び経肛	14,470	→ 18,810	3	
K739-2	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	20,120	→ 26,100	K739-2	
	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	—	→ 16,700	K739-3	【新設】
K740	直腸切除・切断術			K740	
	1 切除術	40,500	→ 42,850	1	
	2 低位前方切除術	66,300	→ 66,300	2	
	3 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840	→ 69,840	3	
	4 切断術	75,150	→ 77,120	4	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
	1 切除術	63,150	→ 75,460	1	
	2 低位前方切除術	77,780	→ 83,930	2	
	3 切断術	77,780	→ 83,930	3	
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	21,700	→ 28,210	K741	
K742	直腸脱手術			K742	
	1 経会陰によるもの	7,370	→ 8,410	1	
	2 直腸挙上固定を行うもの	9,260	→ 10,900	2	
	3 骨盤底形成を行うもの	14,470	→ 18,810	3	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	28,940	→ 37,620	4	
	腹腔鏡下直腸脱手術	—	→ 25,810	K742-2	【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		
<b>(肛門、その周辺)</b>					
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)	4,220	→ 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	PPH	11,260	→ 11,260	5	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3	脱肛根治手術	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	→ 8,120	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	→ 8,120	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	21,700	→ 28,210	1	
2	直腸切断を伴うもの	63,450	→ 70,680	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	癒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	18,200	→ 23,660	2	
K751	鎖肛手術			K751	
1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	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		
K751-2	2	会陰式	14,470	→ 18,810	K751-2	
	3	仙骨会陰式	32,700	→ 35,270		
K751-3	4	腹会陰、腹仙骨式	59,700	→ 62,660	K751-3	
		仙尾部奇形腫手術	37,050	→ 42,680		
K752		腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	69,900	→ 70,140	K752	
K753		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	→ 8,580	2	
		毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
<b>第10款 尿路系・副腎</b>						
<b>(副腎)</b>						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	21,700	→ 28,210	K754	
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	→ 40,100	K754-2	
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	30,000	→ 34,390	K754-3	
K755		副腎腫瘍摘出術			K755	
K756	1	皮質腫瘍	27,560	→ 35,830	1	
	2	髓質腫瘍(褐色細胞腫)	33,020	→ 42,930	2	
		副腎悪性腫瘍手術	36,170	→ 47,020	K756	
		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	—	→ 51,120	K756-2	【新設】
<b>(腎、腎盂)</b>						
K757		腎破裂縫合術	28,940	→ 37,620	K757	
K757-2		腎破裂手術	29,440	→ 38,270	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759		腎切半術	28,940	→ 37,620	K759	
K760		癒合腎離断術	36,170	→ 47,020	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	→ 10,660	K761	
K762		腎固定術	8,260	→ 10,350	K762	
K763		腎切石術	21,190	→ 27,550	K763	

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		
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,200	→ 32,800	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,650	→ 33,040	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	20,930	→ 27,210	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769	腎部分切除術	25,090	→ 32,620	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	33,790	→ 43,930	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	→ 42,900	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	→ 11,580	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	→ 18,850	K770-2	
	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	—	→ 20,360	K770-3	【新設】
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	16,300	→ 17,680	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	41,730	→ 54,250	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	→ 40,240	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	→ 42,770	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	63,450	→ 64,720	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300	→ 49,870	K773-3	
	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	—	→ 52,800	K773-4	【新設】
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→ 15,440	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	19,500	→ 25,350	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K777	
K778	腎盂形成手術	25,480	→ 33,120	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	44,250	→ 51,600	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	34,200	→ 35,700	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	41,900	→ 43,400	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→ 51,850	K779-3	

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		
K780	同種死体腎移植術	98,770	→ 98,770	K780	
K780-2	生体腎移植術	60,000	→ 62,820	K780-2	
<b>(尿管)</b>					
K781	経尿道的尿路結石除去術	14,800	→ —	K781	【名称の見直し】
	レーザーによるもの	—	→ 22,270	1	【項目の見直し】
	その他のもの	—	→ 14,800	2	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,000	→ 7,770	K781-2	
K782	尿管切石術			K782	
	1 上部及び中部	8,180	→ 10,310	1	
	2 膀胱近接部	12,000	→ 15,310	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	→ 20,930	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→ 3,400	K783-2	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→ 1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	14,470	→ 18,810	K784	
K784-2	尿管剥離術	14,470	→ 18,810	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 21,420	K785	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 19,370	K786	
K787	尿管尿管吻合術	20,930	→ 27,210	K787	
K788	尿管腸吻合術	13,130	→ 17,070	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	31,070	→ 40,390	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 12,910	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	19,890	→ 25,860	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	28,340	→ 36,840	K792	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K793	
K794	尿管口形成手術	14,300	→ 16,580	K794	
K794-2	経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→ 15,500	K794-2	
<b>(膀胱)</b>					
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 11,170	K795	

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		
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	→ 8,320	1	
2	膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	7,990	→ 8,320	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	7,120	→ 9,260	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
K800-3	膀胱水圧拡張術	5,500	→ 6,950	K800-3	
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	37,420	→ 48,650	1	
2	その他のもの	34,450	→ 44,790	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460	→ 12,030	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	
1	メッシュを使用するもの	24,720	→ 30,880	1	
2	その他のもの	12,970	→ 16,860	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	21,700	→ 21,700	2	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	【項目の見直し】
1	切除	22,450	→ 29,190	1	
2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	51,450	→ 66,890	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)	69,840	→ 80,160	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)	98,400	→ 107,800	4	
5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	103,500	→ 110,600	5	
6	経尿道的手術	10,400	→ -	6	
	電解質溶液利用のもの	-	→ 12,300	イ	

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	—	→ 10,400	口	
K804	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	—	→ 89,380	K803-2	【新設】
K805	尿管摘出術	9,350	→ 10,950	K804	
K806	膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K807	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→ 7,870	K806	
K808	膀胱腔瘻閉鎖術	19,370	→ 25,180	K807	
K809	膀胱腸瘻閉鎖術	19,370	→ 25,180	K808	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	26,000	→ 33,800	K809	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	18,090	→ 23,520	K809-2	
	腹腔鏡下膀胱内手術	—	→ 32,000	K809-3	【新設】
K810	ボアリー氏手術	27,040	→ 35,150	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	32,240	→ 41,910	K811	
K812	回腸(結腸)導管造設術	33,150	→ 43,100	K812	
K812-2	排泄腔外反症手術			K812-2	
	1 外反膀胱閉鎖術	51,850	→ 64,030	1	
	2 膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
<b>(尿道)</b>					
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	21,190	→ 27,550	1	
	2 内視鏡による場合	15,470	→ 20,110	2	
	3 尿路変更を行う場合	45,900	→ 54,060	3	
K818	尿道形成手術			K818	



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		
K819 K819-2 K820 K821 K821-2 K821-3 K822 K823  K823-2	1	前部尿道	13,100	→ 17,030	1	
	2	後部尿道	32,100	→ 37,700	2	
		尿道下裂形成手術	30,000	→ 33,790	K819	
		陰茎形成術	30,000	→ 33,790	K819-2	
		尿道上裂形成手術	30,000	→ 39,000	K820	
		尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→ 17,160	K821	
		尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→ 14,200	K821-2	
		尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3	
		女子尿道脱手術	6,370	→ 7,560	K822	
		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	→ 23,510	1	
		2 その他のもの	17,300	→ 22,490	2	
		尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	17,940	→ 23,320	K823-2	
		膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	—	→ 23,320	K823-3	【新設】
	腹腔鏡下尿失禁手術	—	→ 32,440	K823-4	【新設】	
	人工尿道括約筋植込・置換術	—	→ 23,920	K823-5	【新設】	
<b>第11款 性器</b>						
<b>(陰茎)</b>						
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	12,790	→ 16,630	K825	
K826		陰茎切断術	4,500	→ 5,850	K826	
K826-2		陰茎折症手術	6,580	→ 8,550	K826-2	
K826-3		陰茎様陰核形成手術	4,500	→ 5,850	K826-3	
K827		陰茎悪性腫瘍手術			K827	
	1	陰茎切除	14,300	→ 18,590	1	
	2	陰茎全摘	28,080	→ 36,500	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		
K828-2	2	環状切除術	2,040	→ 2,040	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	→ 4,060	1	
	2	その他のシャント術によるもの	15,600	→ 18,600	2	
<b>(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)</b>						
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 及び K831-2		削除			K831 及び K831-2	
K832		精巣上体摘出術	4,200	→ 4,200	K832	
K833		精巣悪性腫瘍手術	9,460	→ 12,300	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	14,300	→ 18,590	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	→ 8,470	K836	
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	24,440	→ 31,770	K836-2	
K837		精管形成手術	8,700	→ 11,310	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	→ 8,570	1	
	2	その他のもの	6,330	→ 8,230	2	
<b>(精囊、前立腺)</b>						
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	→ 15,920	K840	

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		
K841	経尿道的前立腺手術	18,500	→ 18,500	K841	【項目の見直し】
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→ —	K841-2	
	ホルミウムレーザーを用いるもの	—	→ 20,470	1	
	その他のもの	—	→ 19,000	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	→ 41,080	K843	
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	67,950	→ 77,430	K843-2	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	→ 59,780	K843-3	
<b>(外陰、会陰)</b>					
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	22,450	→ 29,190	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	41,550	→ 54,020	2	
K850-2	膣絨毛性腫瘍摘出術	18,330	→ 23,830	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	→ 5,760	2	
K851-2	外陰・膣血腫除去術	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	

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	筋層に及ぶもの	4,430	→ 5,760	2	
(膣)						
K852		膣壁裂創縫合術(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	→ 5,410	2	
	3	膣円蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 8,280	3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	24,570	→ 31,940	4	
K853		膣閉鎖術			K853	
	1	中央膣閉鎖術(子宮全脱)	6,370	→ 6,370	1	
	2	その他	2,580	→ 2,580	2	
K854		膣式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	→ 2,230	K854	
K854-2		後膣円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230	→ 2,230	K854-2	
K855		膣中隔切除術			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		膣壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	K856	
K856-2		膣壁嚢腫切除術	2,540	→ 2,540	K856-2	
K856-3		膣ポリープ切除術	1,040	→ 1,040	K856-3	
K856-4		膣壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K856-4	
K857		膣壁悪性腫瘍手術	22,450	→ 29,190	K857	
K858		膣腸瘻閉鎖術	24,570	→ 31,940	K858	
K859		造膣術、膣閉鎖症術			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	14,470	→ 18,810	2	
	3	膣断端挙上によるもの	21,700	→ 28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	31,460	→ 40,900	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	47,250	→ 55,810	5	
		腹腔鏡下造膣術	—	→ 38,690	K859-2	【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		
K860	膣壁形成手術	5,650	→ 7,160	K860	
K860-2	膣断端挙上術(膣式、腹式)	22,450	→ 29,190	K860-2	
(子宮)					
K861	子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	【新設】
K862	クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	→ 20,610	K863	
K863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	14,300	→ 18,590	K863-2	
	子宮鏡下子宮内膜焼灼術	—	→ 17,810	K863-3	
K864	子宮位置矯正術			K864	
1	アレキサンダー手術	4,040	→ 4,040	1	
2	開腹による位置矯正術	5,800	→ 7,540	2	
3	癒着剥離矯正術	10,820	→ 14,070	3	
K865	子宮脱手術			K865	
1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	13,000	→ 16,900	1	
2	ハルバン・シャウタ手術	13,000	→ 16,900	2	
3	マンチェスター手術	10,850	→ 14,110	3	
4	膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	21,700	→ 28,210	4	
K866	子宮頸管ポリープ切除術	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(腔部切断術を含む。)	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 ら	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(膣式)	3,980	→ 3,980	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
1	腹式	18,850	→ 24,510	1	
2	膣式	10,990	→ 14,290	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		
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	28,940	→ 37,620	K872-2	【新設】
K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→ 4,730	K872-3	
K872-4	痕跡副角子宮手術			K872-4	
	1 腹式	14,500	→ 15,240	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	14,470	→ 18,810	K873	
K874	削除			K874	
及び				及び	
K875				K875	
K876	子宮腔上部切断術	7,310	→ 9,500	K876	
	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	—	→ 14,620	K876-2	
K877	子宮全摘術	21,700	→ 28,210	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500	→ 42,050	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	10,990	→ 14,290	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	21,640	→ 28,130	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	58,500	→ 62,000	K879	
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	16,250	→ 21,130	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	17,680	→ 22,980	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)	16,250	→ 21,130	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	→ 11,580	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		
K887	2	腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)	17,900	→ 21,370	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887 1	
K887-2	2	腹腔鏡によるもの 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-2 1	
K887-3	2	腹腔鏡によるもの 卵管口切開術	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-3 1	
K887-4	2	腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-4 1	
K888	2	腹腔鏡によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	15,860	→ 20,620	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 15,720	K888 1	
K888-2	2	腹腔鏡によるもの 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)	25,480	→ 25,940	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 12,460	K888-2 1	
K889	2	腹腔鏡によるもの 子宮付属器悪性腫瘍手術(両側)	25,480	→ 25,540	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 12,460	K889 1	
K890		卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	21,060	→ 27,380	K890	
K890-2		卵管鏡下卵管形成術	35,700	→ 46,410	K890-2	
		腹腔鏡下卵管形成術	—	→ 42,120	K890-3	【新設】
<b>(産科手術)</b>						
K891		分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	→ 3,170	K891	
K892		骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893		吸引娩出術	2,080	→ 2,700	K893	
K894		鉗子娩出術			K894	
	1	低位(出口)鉗子	2,080	→ 2,700	1	
	2	中位鉗子	3,660	→ 4,760	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		
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰(陰壁)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	→ 3,860	2	
	3 陰円蓋に及ぶもの	3,320	→ 4,320	3	
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 8,200	4	
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	→ 4,900	K897	
K898	帝王切開術			K898	
	1 緊急帝王切開	19,340	→ 22,160	1	
	2 選択帝王切開	19,340	→ 22,160	2	
	3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,700	→ 24,520	3	【項目の見直し】
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	→ 2,460	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	22,450	→ 29,190	1	
	2 子宮腔上部切断を行うもの	20,540	→ 26,700	2	
	3 その他のもの	11,150	→ 14,500	3	
K904	妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	27,690	→ 33,120	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	10,630	→ 13,820	2	
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ュ法	3,090	→ 3,090	2	
	3 縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→ 1,500	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		
K907	胎児外回転術	670	→ 670	K907	【新設】
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	4,820	→ 5,470	2	
K909-2	子宮内容除去術(不全流産)	1,910	→ 2,000	K909-2	
K910	削除			K910	
	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	—	→ 40,000	K910-2	
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	10,850	→ 14,110	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600	→ 22,950	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	→ 2,890	2	
(その他)					
K913-2	性腺摘出術			K913-2	
1	開腹によるもの	4,830	→ 6,280	1	
2	腹腔鏡によるもの	14,300	→ 18,590	2	
<b>第12款 削除</b>					
<b>第13款 臓器提供管理料</b>					
K914	脳死臓器提供管理料	14,200	→ 20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000	→ 5,000	K915	
<b>第2節 輸血料</b>					
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	

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			
K920-2	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	→ 250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→ 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	200	→ 250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→ 500	(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		
	輸血管理料			K920-2		
1	輸血管理料Ⅰ	200	→ 220	1		
2	輸血管理料Ⅱ	70	→ 110	2		
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921		
1	骨髓採取			1		
イ	同種移植の場合	19,200	→ 21,640	イ		
ロ	自家移植の場合	15,000	→ 17,440	ロ		
2	末梢血幹細胞採取			2		
イ	同種移植の場合	19,200	→ 21,640	イ		
ロ	自家移植の場合	15,000	→ 17,440	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		
K922	造血幹細胞移植			K922	
1	骨髄移植			1	
イ	同種移植の場合	65,600	→ 66,450	イ	
ロ	自家移植の場合	25,000	→ 25,850	ロ	
2	末梢血幹細胞移植			2	
イ	同種移植の場合	65,600	→ 66,450	イ	
ロ	自家移植の場合	30,000	→ 30,850	ロ	
3	臍帯血移植	44,300	→ 66,450	3	
K923	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	K923	
	自己生体組織接着剤作成術	—	→ 1,400	K924	【新設】
<b>第3節 手術医療機器等加算</b>					
K930	脊髄誘発電位測定等加算	3,130	→ 3,130	K930	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000	→ 3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000	→ 10,000	K932	
K933	イオンフォレーゼ加算	45	→ 45	K933	
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→ 1,000	K934	
	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	—	→ 1,000	K934-2	【新設】
K935	止血用加熱凝固切開装置加算	700	→ 700	K935	
K936	自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936	
K936-2	自動吻合器加算	5,500	→ 5,500	K936-2	
K936-3	微小血管自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936-3	
K937	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	K937	
K938	体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	→ 3,000	K938	
K939	画像等手術支援加算			K939	
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	
	術中血管等描出撮影加算	—	→ 500	K939-2	【新設】
	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	—	→ 450	K939-3	【新設】
	内視鏡手術用支援機器加算	—	→ 54,200	K939-4	【新設】

## 別表2

## 第10部 手術（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
K142	脊椎固定術	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
K200-2	涙点プラグ挿入術	K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術
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)	K548	経皮的冠動脈形成術
K596	体外ペースメーカー	K596	体外ペースメーカー術
K604	埋込型補助人工心臓	K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
K620	下大静脈フィルター留置	K620	下大静脈フィルター留置術
K685	内視鏡的胆道結石除去術(胆道碎石術を伴うもの)	K685	内視鏡的胆道結石除去術
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	K781	経尿道的尿路結石除去術

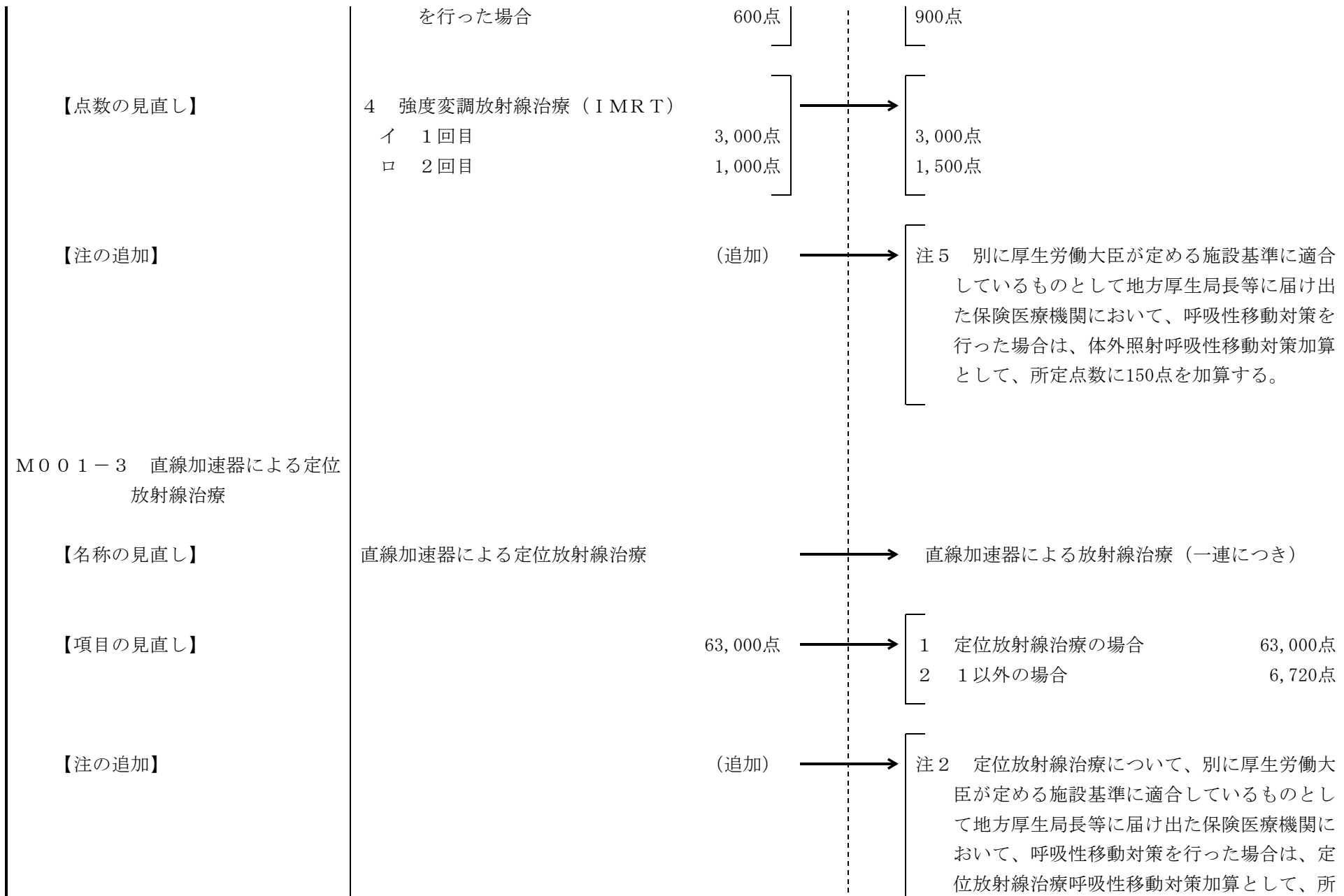
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>第2節 神経ブロック料</p> <p>L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合</p>	<p>注8 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、所定点数に15,250点を加算する。</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、腰神経叢ブロック 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を</p>

	400点	用いた場合	400点
【項目の見直し】	<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</p> <p>170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、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック</p> <p>170点</p>
【項目の見直し】	<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</p> <p>90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、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髓神経前枝神経ブロック</p> <p>90点</p>
L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）			
【項目の見直し】	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>	→	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>

	<p>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>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、腰神経叢ブロック 3,000点</p>
<p>【項目の見直し】</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>→</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、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p>
<p>【項目の見直し】</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、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>→</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、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、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340点</p>



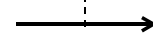




M004 密封小線源治療（一連につき）

【注の追加】

（追加）



定点数に次の点数を加算する。

イ 動体追尾法	10,000点
ロ その他	5,000点

注7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。



第1節 病理標本作製料

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）

【点数の見直し】

880点 → 860点

定する。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

【注の削除】

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。 → (削除)

N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）

【注の削除】

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。 → (削除)

N004 細胞診（1部位につき）

<p>【注の新設】</p>		<p>(新設) → 注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。</p>
<p>N 0 0 5 HER2 遺伝子標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p>		<p>2,500点 →</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 単独の場合 2,700点</li> <li>2 区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合 3,050点</li> </ul>
<p>第2節 病理診断・判断料</p>		
<p>N 0 0 6 病理診断料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 組織診断料</li> <li>2 細胞診断料</li> </ul>	<p>500点 → 400点</p> <p>240点 → 200点</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注4 病理診断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、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p>

(1) 組織診断を行った場合	120点
(2) 細胞診断を行った場合	60点
ロ 病理診断管理加算2	
(1) 組織診断を行った場合	320点
(2) 細胞診断を行った場合	160点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料</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</p>	<p>注 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>注 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）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>

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<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2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成26年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 区分番号D208の4に掲げるバリストカルジオグラフ</li> <li>ロ 区分番号D289の2に掲げるキシローゼ試験</li> <li>ハ 区分番号D293の3に掲げる心機能検査（心拍出量測定を含む。）</li> <li>ニ 区分番号D293の4に掲げる肺局所機能検査及び脳局所血流検査</li> <li>ホ 区分番号M001の2に掲げるコバルト<sup>60</sup>遠隔大量照射</li> <li>ヘ 区分番号M004の2のロに掲げる旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合</li> </ul>



### 3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案																		
第1部 調剤報酬 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】	<p>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。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>17点</td> </tr> </table> <p>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</p>	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	<p>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。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>5点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>19点</td> </tr> </table> <p>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</p>	イ	後発医薬品調剤体制加算1	5点	ロ	後発医薬品調剤体制加算2	15点	ハ	後発医薬品調剤体制加算3	19点
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																		
イ	後発医薬品調剤体制加算1	5点																		
ロ	後発医薬品調剤体制加算2	15点																		
ハ	後発医薬品調剤体制加算3	19点																		

01 調剤料

【注の見直し】

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。

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を除く。）は算定しない。

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。

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。

- 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。）
- (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<sup>か</sup>点
  - (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<sup>か</sup>点
  - (3) 液剤 45<sup>か</sup>点
- 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。）
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆

- イ 内服薬及び屯服薬
- (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<sup>か</sup>点
  - (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<sup>か</sup>点
  - (3) 液剤 45<sup>か</sup>点

粒剤、エキス剤	120点
(2) 液剤	75点
ハ 外用薬	
(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
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

ロ 外用薬	
(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
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

【注の見直し】

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。

イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合	
(1) 液剤の場合	75点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	90点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点
ロ イ以外の場合	
(1) 液剤の場合	35点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	45点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点

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。

イ 液剤の場合	35点
ロ 散剤又は顆粒剤の場合	45点
ハ 軟・硬膏剤の場合	80点

【注の削除】

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。

(削除)

【注の追加】

(追加)

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薬局において、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その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

第2節 薬学管理料

10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【点数の見直し】

30点

41点

【注の見直し】

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。  
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

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。  
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。

- 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。

関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- 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。
- ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。
- ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

【注の追加】

(追加)

注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、所定点数に5点を加算す

る。

1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）

15点

（削除）

【削除】

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（処方の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。

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。

1 4 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき）

10点

（削除）

【削除】

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。

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。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

【新設】

(新設)

1 5 の 5 服薬情報等提供料

15点

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等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。  
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。

1 6 調剤情報提供料 (処方せんの受付1回につき)

15点

(削除)

【削除】

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。  
2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤



1 7 服薬情報提供料

【削除】

管理指導料を算定している患者については、算定しない。

15点

(削除)

- 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。
- 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。
- 3 区分番号 1 5 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。

別紙 2

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号01により算定される額に区分番号02から区分番号05までにより算定される額を加えた額とする。</p>	<p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号02の注7に規定する場合を除き、区分番号01又は区分番号01-2により算定される額に区分番号02から区分番号05までにより算定される額を加えた額とする。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>3 区分番号01の注2、区分番号02の注2及び注3における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p>	<p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注4まで並びに区分番号02の注2及び注3における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該</p>

分室を経由して行うものとする。

01 訪問看護基本療養費（1日につき）

【項目の見直し】

1 訪問看護基本療養費(I)	
イ 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による場合	
(1) 週3日目まで	5,550円
(2) 週4日目以降	6,550円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	5,050円
(2) 週4日目以降	6,050円
2 訪問看護基本療養費(II)	1,600円
3 訪問看護基本療養費(III)	
イ 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による場合	
(1) 週3日目まで	4,300円
(2) 週4日目以降	5,300円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	3,800円
(2) 週4日目以降	4,800円

1 訪問看護基本療養費(I)	
イ 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による場合（ハを除く。）	
(1) 週3日目まで	5,550円
(2) 週4日目以降	6,550円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	5,050円
(2) 週4日目以降	6,050円
ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	12,850円
2 訪問看護基本療養費(II)	
イ 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による場合（ハを除く。）	
(1) 週3日目まで	4,300円
(2) 週4日目以降	5,300円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	3,800円
(2) 週4日目以降	4,800円
ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	

る場合	12,850円
3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)	8,500円

【注の見直し】

注1 1については、指定訪問看護を受けようとする者（注2に規定する者及び注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の保険医又は介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下同じ。）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、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の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅲ)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。

注1 1のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者（注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）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、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の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費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。

【注の削除】

注2 2については、指定訪問看護を受けようと

(削除)

する精神障害を有する者であつて、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に入所している複数のものに対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関の保険医に限る。）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、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。）が指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者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、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養

【注の見直し】

注3 3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（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

注3 2のイ及びロについては、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)（ハを除く。）及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日を限度（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 2のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示

【注の追加】

(追加)

書及び訪問看護計画書に基づき、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

注5 3については、指定訪問看護を受けようとする者（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その者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、入院中1回（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る場合にあっては、入院中2回）に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

【注の見直し】

注4 指定訪問看護を受けようとする者の主治医

注6 1及び2（いずれもハを除く。）について

(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別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、注1及び注3の規定にかかわらず、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、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

は、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別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、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

【注の見直し】

注5 1及び3については、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又は注4に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

注7 1及び2(いずれもハを除く。)については、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又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

【注の削除】

注6 2については、指定訪問看護の時間が3時間を超えたときは、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額に400円を加算する。

(削除)



【注の見直し】

注8 利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援診療所又は同表に規定する在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

注9 1及び2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

【注の見直し】

注9 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。

注10 1及び2（いずれもハを除く。）については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3日）を限度として、所定額に5,200円を加算する。

【注の見直し】

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。

注11 1及び2（いずれもハを除く。）については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、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。

【注の見直し】

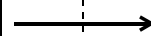
注11 1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合

4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合

3,800円



注12 1及び2（いずれもハを除く。）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又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては、週1回を限度として算定する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合

4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

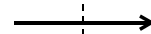
3,800円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合

3,000円

【注の追加】

(追加)



注13 1及び2（いずれもハを除く。）については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）

【注の見直し】

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。

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又は入所している場合

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

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（当該利用者がニの(1)及び(2)並びにホに規定する利用者である場合を除く。）

ニ 次に掲げる利用者が、他の2つ以上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

(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。）

(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪

に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。

注14 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。

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又は入所している場合

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19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

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護(注2及び注4の場合を除く。)を受けている場合(次に掲げる場合を除く。)

(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が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2) 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪

【新設】

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  
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つ以上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

(新設)

問看護を受けている場合  
(3) 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現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合  
(4) 注2又は注4に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

- 01 - 2 精神科訪問看護基本療養費（1日につき）
- 1 精神科訪問看護基本療養費(I)
- イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
- (1) 週3日目まで 30分以上の場合  
5,550円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合  
4,250円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合  
6,550円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合  
5,100円
- ロ 准看護師による場合
- (1) 週3日目まで 30分以上の場合  
5,050円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合

	3,870円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	6,050円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	4,720円
2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	4,300円
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	3,300円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	5,300円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	4,060円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	3,800円
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	2,910円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	4,800円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	3,670円
4 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)	8,500円

注1 1については、指定訪問看護を受けようと

する精神障害を有する者又はその家族等（注2に規定する者及び注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医であって精神科を担当するものに限る。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。以下この区分番号において「保健師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び区分番号01の訪問看護基本療養費（1のハ及び2のハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日）を限度として算定する。

2 2については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、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又は福祉ホームに入所している複数のものに対して、それらの者の主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等（准看護師

を除く。)が同時に指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。

3 3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等(注2に規定する者を除く。)であって、同一建物居住者であるものに対して、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(1)及び区分番号01の訪問看護基本療養費(1のハ及び2のハを除く。)を算定する日と合わせて週3日(当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日)を限度として算定する。

4 4については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者(入院中のものに限る。)であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)に対し、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中1回(区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者の場合にあっては、入院中2回)に限り算定でき

る。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

- 5 1及び3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。
- 6 2については、指定訪問看護の時間が3時間を超えたときは、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額に400円を加算する。
- 7 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
- 8 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、



精神科緊急訪問看護加算として、1日につき  
所定額に2,650円を加算する。

9 1及び3については、別に厚生労働大臣が  
定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問  
看護ステーションの保健師等が、長時間にわ  
たる指定訪問看護を行った場合には、長時間  
精神科訪問看護加算として、週1日（15歳未  
満の超重症児又は準超重症児の場合にあって  
は週3日）を限度として、所定額に5,200円  
を加算する。

10 1及び3（いずれも30分未満の場合を除  
く。）については、訪問看護ステーションの  
保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーシ  
ョンの他の保健師等、看護補助者又は精神保  
健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことに  
ついて、利用者又はその家族等の同意を得て  
、指定訪問看護を行った場合には、複数名精  
神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に  
従い、いずれかを所定額に加算する。ただし  
、ハの場合にあっては週1回を限度として算  
定する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保  
健師又は看護師が他の保健師、看護師又は  
作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場  
合 4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保  
健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪  
問看護を行う場合 3,800円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保  
健師又は看護師が看護補助者又は精神保健

福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合

3,000円

- 11 1及び3については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。
- 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。
- 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又は入所している場合
  - 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19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
  - ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（区分番号01の注2及び注4の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）
    - (1) 区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
    - (2) 精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現

02 訪問看護管理療養費

【項目の見直し】

- 1 月の初日の訪問の場合 7,300円
  - 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）  
2,950円
- 注 1月に12日までを限度とする。

に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合  
 (3) 区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

【注の見直し】

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ものが、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。

- 1 月の初日の訪問の場合 7,300円
- 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）  
2,950円

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ものが、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（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。）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。

【注の見直し】

注3 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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、1月に4日以上指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

【注の見直し】

注4 指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものが、退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、

注3 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地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

注4 指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該

	<p>当該退院又は退所につき1回に限り所定額に6,000円を加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者及び注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。</p>		<p>退院又は退所につき1回に限り所定額に6,000円を加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注5 注4に規定する者が注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、所定点数に2,000円を更に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者及び注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者にあつては、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。</p>	<p>→</p>	<p>注6 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者にあつては、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退</p>	<p>→</p>	<p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院</p>

05 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。

日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することになったときに算定する。

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。

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、その死亡日及び死亡日前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。