

第2部

中央社会保険医療協議会答申
(平成30年2月7日)

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>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>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。）の数が400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</p>

【注の見直し】

かかわらず、209点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）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、209点を算定する。

かかわらず、209点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）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、209点を算定する。

【注の見直し】

注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載され

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生

ている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、209点を算定する。

【注の見直し】

注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。)又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児の場合においては、345点)を所定点数に加算する。

注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。)又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点)を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関^{ほう}
(注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

第2節 再診料

A001 再診料

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する。

注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、53点を算定する。

【注の見直し】

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、250点）を所定点数に加算する。

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあつては、250点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、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 地域包括診療加算1 25点
- ロ 地域包括診療加算2 18点

【注の見直し】

注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患

注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患

(疑いのものを除く。)を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。)に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

(疑いのものを除く。)を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。)に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、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	認知症地域包括診療加算 1	35点
ロ	認知症地域包括診療加算 2	28点

注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28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。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点

<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>を更に所定点数に加算する。</p> <p>注15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注16 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関^{ぼう}（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p>
<p>A002 外来診療料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であつて、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、54点を算定する。</p>	<p>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数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）であつて、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、54点を算定する。</p>

【注の見直し】

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）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、54点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）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、54点を算定する。

【注の見直し】

注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、54点を算定する。

【注の見直し】

注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合において

【注の追加】

(追加)

は、250点)を所定点数に加算する。

注10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関^{ぼう}(区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において妊婦に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A003 オンライン診療料(月1回) 70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、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。

注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番

号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する月は、別に算定できない。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

1	7対1入院基本料	1,591点
2	10対1入院基本料	1,332点
3	13対1入院基本料	1,121点
4	15対1入院基本料	960点

1	急性期一般入院基本料	
イ	急性期一般入院料1	1,591点
ロ	急性期一般入院料2	1,561点
ハ	急性期一般入院料3	1,491点
ニ	急性期一般入院料4	1,387点
ホ	急性期一般入院料5	1,377点
ヘ	急性期一般入院料6	1,357点
ト	急性期一般入院料7	1,332点
2	地域一般入院基本料	
イ	地域一般入院料1	1,126点
ロ	地域一般入院料2	1,121点
ハ	地域一般入院料3	960点

【注の見直し】

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

注5 地域一般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

から転院した患者又は介護保険法（平成9年法律第123号）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。

は介護老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」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。

【注の削除】

注6 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）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	55点
ロ	看護必要度加算2	45点
ハ	看護必要度加算3	25点

(削除)

<p>【注の削除】</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注6 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>
<p>A101 療養病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 療養病棟入院基本料1 イ 入院基本料A 1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点） ロ 入院基本料B 1,755点（生活療養を受</p>	<p>1 療養病棟入院料1 イ 入院料A 1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点） ロ 入院料B 1,755点（生活療養を受ける</p>

ける場合にあつては、1,741点)

ハ 入院基本料C 1,468点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,454点)

ニ 入院基本料D 1,412点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,397点)

ホ 入院基本料E 1,384点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,370点)

ヘ 入院基本料F 1,230点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,215点)

ト 入院基本料G 967点 (生活療養を受ける場合にあつては、952点)

チ 入院基本料H 919点 (生活療養を受ける場合にあつては、904点)

リ 入院基本料I 814点 (生活療養を受ける場合にあつては、800点)

2 療養病棟入院基本料2

イ 入院基本料A 1,745点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,731点)

ロ 入院基本料B 1,691点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,677点)

ハ 入院基本料C 1,403点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,389点)

ニ 入院基本料D 1,347点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,333点)

ホ 入院基本料E 1,320点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,305点)

ヘ 入院基本料F 1,165点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,151点)

ト 入院基本料G 902点 (生活療養を受ける場合にあつては、888点)

場合にあつては、1,741点)

ハ 入院料C 1,468点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,454点)

ニ 入院料D 1,412点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,397点)

ホ 入院料E 1,384点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,370点)

ヘ 入院料F 1,230点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,215点)

ト 入院料G 967点 (生活療養を受ける場合にあつては、952点)

チ 入院料H 919点 (生活療養を受ける場合にあつては、904点)

リ 入院料I 814点 (生活療養を受ける場合にあつては、800点)

2 療養病棟入院料2

イ 入院料A 1,745点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,731点)

ロ 入院料B 1,691点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,677点)

ハ 入院料C 1,403点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,389点)

ニ 入院料D 1,347点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,333点)

ホ 入院料E 1,320点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,305点)

ヘ 入院料F 1,165点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,151点)

ト 入院料G 902点 (生活療養を受ける場合にあつては、888点)

【注の見直し】

チ 入院基本料H 854点（生活療養を受ける場合にあっては、840点）
リ 入院基本料I 750点（生活療養を受ける場合にあっては、735点）

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあっては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料2については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき

チ 入院料H 854点（生活療養を受ける場合にあっては、840点）
リ 入院料I 750点（生活療養を受ける場合にあっては、735点）

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあっては、562点）を算定できる。

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、

^{じよくそう}、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

必要な^{じよくそう}褥瘡対策を行った場合に、患者の^{じよく}褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ ^{じよくそう}褥瘡対策加算1 15点
- ロ ^{じよくそう}褥瘡対策加算2 5点

【注の見直し】

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を算定する場合には、1日につき300点）を所定点数に加算する。

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及び当該保険医療機関（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、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注10 療養病棟入院基本料1を算定する病棟において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1

注10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日に

日につき10点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

つき50点を所定点数に加算する。

注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

【注の削除】

注12 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（療養病棟入院基本料2を届け出ていた病棟に限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただ

（削除）

し、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を算定できる。

【注の追加】

(追加)

注12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を下回る場合には、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）とする。）を算定する。

【注の追加】

(追加)

注13 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき35点を所定点数に加算する。

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

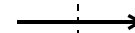
注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める

【注の追加】

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

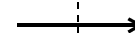
【注の追加】

(追加)



注8 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

(追加)



注10 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、

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ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

【注の追加】

A106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

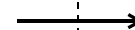
【注の追加】

(追加)



夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

(追加)



注10 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、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

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

る。
イ 14日以内の期間 129点
ロ 15日以上30日以内の期間 104点

【注の追加】

(追加)

注10 夜間における看護業務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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

注11 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（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

【注の見直し】

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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を算定する診療所であ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するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき5点を所定点数に加算する。

注11 1から3までを算定する診療所であ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するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき20点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 1から3までを算定する診療所であ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を満たすものに入院している患者のうち、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歳未満のもの又は65歳以上のもの

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して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。

については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、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 介護連携加算1 192点
- ロ 介護連携加算2 38点

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡^{じよくそう}対策を行った場合は、患者の褥瘡^{じよくそう}の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡^{じよくそう}対策加算1 15点
- ロ 褥瘡^{じよくそう}対策加算2 5点

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等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。

第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）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、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者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、当該基準に係る区分に従い、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。

A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

【注の見直し】

注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する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。

注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する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。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【点数の見直し】

1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15対1 補助体制加算	870点	→	920点
ロ	20対1 補助体制加算	658点		708点
ハ	25対1 補助体制加算	530点		580点
ニ	30対1 補助体制加算	445点		495点
ホ	40対1 補助体制加算	355点		405点
ヘ	50対1 補助体制加算	275点		325点
ト	75対1 補助体制加算	195点		245点
チ	100対1 補助体制加算	148点		198点

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1 補助体制加算	810点		860点
ロ	20対1 補助体制加算	610点		660点
ハ	25対1 補助体制加算	490点		540点
ニ	30対1 補助体制加算	410点		460点
ホ	40対1 補助体制加算	330点		380点
ヘ	50対1 補助体制加算	255点		305点
ト	75対1 補助体制加算	180点		230点
チ	100対1 補助体制加算	138点		188点

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加
算（1日につき）

【点数の見直し】

1	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5割以上）	160点	→	210点
2	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5割未満）	140点		190点

【注の見直し】

- 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1 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

【注の見直し】

- 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30対1 急性期看護補助体制加算 40点
 - ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 35点
 - ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 20点

- 170点
- 130点

注1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

- 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30対1 急性期看護補助体制加算 90点
 - ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 85点
 - ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 70点

【注の見直し】

注3 夜間における看護業務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、夜間看護体制加算として、10点を更に所定点数に加算する。

注3 夜間における看護業務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、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。

A207-4 看護職員夜間配置加算
(1日につき)

【項目の見直し】

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
- イ 看護職員夜間12対1配置加算1 80点
- ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 60点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算 40点

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
- イ 看護職員夜間12対1配置加算1 95点
- ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 75点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
- イ 看護職員夜間16対1配置加算1 55点
- ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 30点

A213 看護配置加算 (1日につき)

【点数の見直し】

12点 → 25点

A214 看護補助加算 (1日につき)

【点数の見直し】

- | | | | |
|-----------|------|---|------|
| 1 看護補助加算1 | 109点 | → | 129点 |
| 2 看護補助加算2 | 84点 | | 104点 |
| 3 看護補助加算3 | 56点 | | 76点 |

【注の見直し】

注2 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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。

注2 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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として40点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 夜間における看護業務の体制につ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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。

注3 夜間における看護業務の体制につ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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に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）

【点数の見直し】

400点 → 390点

【注の追加】

(追加) → 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

<p>【新設】</p>		<p>(新設) → A 2 2 7 - 2 精神科措置入院退院支援加算 (退院時1回) 600点 注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。) 又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院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、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)</p> <p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 3 4 医療安全対策加算 (入院初日)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 医療安全対策加算 1 85点 2 医療安全対策加算 2 35点</p>	<p>85点 → 85点 35点 → 30点</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体</p>

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）

【点数の見直し】

- 1 感染防止対策加算 1
- 2 感染防止対策加算 2

400点
100点

390点
90点

【注の追加】

(追加)

注 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する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については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。

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（特定機能病院を除く。）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更に所定点数に加算する。

- イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点
- ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点

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】

- 1 後発医薬品使用体制加算 1
- 2 後発医薬品使用体制加算 2
- 3 後発医薬品使用体制加算 3

42点
35点
28点

- 1 後発医薬品使用体制加算 1 45点
- 2 後発医薬品使用体制加算 2 40点
- 3 後発医薬品使用体制加算 3 35点

			<p>4 後発医薬品使用体制加算 4 22点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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。</p>
<p>A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 データ提出加算 1</p> <p>イ 200床以上の病院の場合 120点</p> <p>ロ 200床未満の病院の場合 170点</p> <p>2 データ提出加算 2</p> <p>イ 200床以上の病院の場合 130点</p> <p>ロ 200床未満の病院の場合 180点</p>		<p>1 データ提出加算 1</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点</p> <p>2 データ提出加算 2</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>		<p>注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者について</p>

A 2 4 6 退院支援加算（退院時 1 回）

【名称の見直し】

【注の追加】

【注の追加】

第 3 節 特定入院料

A 3 0 0 救命救急入院料（1 日につき）

【注の見直し】

退院支援加算（退院時 1 回）

（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救命救急医療が行わ

は、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。

入退院支援加算（退院時 1 回）

注 6 入退院支援加算 1 又は入退院支援加算 2 を算定する患者が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。

注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に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対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。

注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行わ

<p>【注の削除】</p>	<p>れた場合には、1日につき1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。</p>		<p>れた場合には、当該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所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>救急体制充実加算1</td> <td>1,500点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>救急体制充実加算2</td> <td>1,000点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>救急体制充実加算3</td> <td>500点</td> </tr> </table>	イ	救急体制充実加算1	1,500点	ロ	救急体制充実加算2	1,000点	ハ	救急体制充実加算3	500点
イ	救急体制充実加算1	1,500点										
ロ	救急体制充実加算2	1,000点										
ハ	救急体制充実加算3	500点										
<p>A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>		<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器</p>									

A301-4 小児特定集中治療室管理料（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、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（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

【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2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬

リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

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（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）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（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。

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2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、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^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）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。

、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、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、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^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）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。

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
2,025点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,011点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
1,811点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,796点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3
1,657点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,642点)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1
2,085点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,071点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
2,025点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,011点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3
1,861点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,846点)
- 4 回復期リハビリテーション病棟入院料4
1,806点

【注の削除】

注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき40点を所定点数に加算する。

(生活療養を受ける場合にあつては、1,791点)
5 回復期リハビリテーション病棟入院料5
1,702点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,687点)
6 回復期リハビリテーション病棟入院料6
1,647点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,632点)

(削除)

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、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、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、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、データ提出加算、入退

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。

院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)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。

A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

【項目の見直し】

- 1 地域包括ケア病棟入院料1 2,558点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,558点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 3 地域包括ケア病棟入院料2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)
- 4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)

- 1 地域包括ケア病棟入院料1 2,738点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,724点)
- 2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,738点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,724点)
- 3 地域包括ケア病棟入院料2 2,558点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,558点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 5 地域包括ケア病棟入院料3 2,238点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,224点)
- 6 地域包括ケア入院医療管理料3 2,238点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,224点)
- 7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,024点)
- 8 地域包括ケア入院医療管理料4 2,038点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,024点)

【注の見直し】

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は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、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は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2,191点、2,191点、1,763点又は1,763点（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,177点、2,177点、1,749点又は1,749点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定す

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は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、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は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2,371点、2,371点、2,191点、2,191点、1,943点、1,943点、1,743点又は1,743点（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,357点、2,357点、2,177点、2,177点、1,929点、1,929点、1,729点又は1,729点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟

る。

【注の見直し】

注5 当該病棟又は病室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。

【注の見直し】

注6 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医

入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

注5 当該病棟又は病室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、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者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し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療

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、データ提出加算、退院支援加算（1の
イに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第
2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂
食機能療法、区分番号J038に掲げる人工
腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に
厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用
を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、
地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケ
ア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管
理料2に含まれるものとする。

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、データ提出加算、入退院支援
加算（1のイに限る。））、認知症ケア加算並
びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在
宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能
療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、
区分番号J042に掲げる腹膜灌流^{かん}、区分番
号J400に掲げる特定保険医療材料（区分
番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号
J042に掲げる腹膜灌流^{かん}に係るものに限
る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外
薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括
ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管
理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包
括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟
入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、
地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア
入院医療管理料4に含まれるものとする。

【注の追加】

(追加)

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出
た病棟又は病室に入院している患者について
は、看護職員夜間配置加算として、1日（別
に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき
55点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 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特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 イ 年6日以内であること。
 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

1	30日以内の期間	4,926点
2	31日以上60日以内の期間	4,400点
3	61日以上の期間	3,300点

1	緩和ケア病棟入院料1	
イ	30日以内の期間	5,051点
ロ	31日以上60日以内の期間	4,514点
ハ	61日以上の期間	3,350点
2	緩和ケア病棟入院料2	
イ	30日以内の期間	4,826点
ロ	31日以上60日以内の期間	4,370点
ハ	61日以上の期間	3,300点

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【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病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

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病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

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、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	30日以内の期間	84点
ロ	31日以上期間	40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、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

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、地域加算、離島加算、精神科措置入

A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H 0 0 3—2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H 0 0 7—3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8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。

注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

院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H 0 0 3—2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H 0 0 4に掲げる摂食機能療法、区分番号H 0 0 7—3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8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。）、区分番号J 4 0 0に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）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。

注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、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等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

加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注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に対し、必要があつて地域包括ケア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、それぞれ2,191点又は1,763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。

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に対し、必要があつて地域包括ケア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、それぞれ2,371点、2,191点、1,943点又は1,743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。

【注の見直し】

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、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、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げ

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7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、在宅患者緊急入院診療加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる

る人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・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。

摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)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。

第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

【項目の見直し】

- 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) 2,856点
- 2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 4,918点
(生活療養を受ける場合にあつては、4,890点)
- 3 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)
 - イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1
携帯用装置を使用した場合 17,300点
(生活療養を受ける場合にあつては、17,229点)
 - ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2
多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点
(生活療養を受ける場合にあつては、7,420点)
 - ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3
1及び2以外の場合 9,349点
(生活療養を受ける場合にあつては、9,278点)

- 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合) 2,856点
- 2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 4,918点
(生活療養を受ける場合にあつては、4,890点)
- 3 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)
 - イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3
1及び2以外の場合 9,265点
(生活療養を受ける場合にあつては、9,194点)
 - ロ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,090点
(生活療養を受ける場合にあつては、6,019点)
 - ハ D413 前立腺針生検法 11,334点
(生活療養を受ける場合にあつては、11,263点)
 - ニ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,394点

ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,000点
 (生活療養を受ける場合にあつては、5,929点)

ホ D413 前立腺針生検法 11,380点
 (生活療養を受ける場合にあつては、11,309点)

ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 19,993点
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,922点)

ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,313点
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,242点)

チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 40,666点
 (生活療養を受ける場合にあつては、40,595点)

リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 22,096点
 (生活療養を受ける場合にあつては、22,025点)

ヌ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 37,054点
 (生活療養を受ける場合にあつては、36,983点)

ル K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 20,065点
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,994点)

ヲ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 30,938点
 (生活療養を受ける場合にあつては、30,867点)

ワ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 19,806点

(生活療養を受ける場合にあつては、19,323点)

ホ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 41,072点
 (生活療養を受ける場合にあつては、41,001点)

ヘ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 22,010点
 (生活療養を受ける場合にあつては、21,939点)

ト K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 37,272点
 (生活療養を受ける場合にあつては、37,201点)

チ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 19,967点
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,896点)

リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,350点
 (生活療養を受ける場合にあつては、37,279点)

ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 23,655点
 (生活療養を受ける場合にあつては、23,584点)

ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 12,082点
 (生活療養を受ける場合にあつては、12,011点)

ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,390点
 (生活療養を受ける場合にあつては、11,319点)

ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。) 34,388点
 (生活療養を受ける場合にあつては、34,317点)

(生活療養を受ける場合にあつては、19,735点)
 カ K 6 1 6 - 4 経皮的シヤント拡張術・血
 栓除去術 37,588点
 (生活療養を受ける場合にあつては、37,517点)
 ヨ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切
 除術 24,013点
 (生活療養を受ける場合にあつては、23,942点)
 タ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療
 法(一連として) 12,669点
 (生活療養を受ける場合にあつては、12,598点)
 レ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結
 紮術 11,749点
 (生活療養を受ける場合にあつては、11,678点)
 ソ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(3歳未満に限る。) 35,052点
 (生活療養を受ける場合にあつては、34,981点)
 ツ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(3歳以上6歳未満に限る。) 28,140点
 (生活療養を受ける場合にあつては、28,069点)
 ネ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(6歳以上15歳未満に限る。) 25,498点
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,427点)
 ナ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(15歳以上に限る。) 24,466点
 (生活療養を受ける場合にあつては、24,395点)
 ラ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両
 側)(3歳未満に限る。) 68,729点
 (生活療養を受ける場合にあつては、68,658点)
 ム K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両

カ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(3歳以上6歳未満に限る。) 27,515点
 (生活療養を受ける場合にあつては、27,444点)
 ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(6歳以上15歳未満に限る。) 24,715点
 (生活療養を受ける場合にあつては、24,644点)
 タ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
 ア(15歳以上に限る。) 24,540点
 (生活療養を受ける場合にあつては、24,469点)
 レ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両
 側)(3歳未満に限る。) 68,168点
 (生活療養を受ける場合にあつては、68,097点)
 ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両
 側)(3歳以上6歳未満に限る。) 54,494点
 (生活療養を受ける場合にあつては、54,423点)
 ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両
 側)(6歳以上15歳未満に限る。) 43,122点
 (生活療養を受ける場合にあつては、43,051点)
 ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両
 側)(15歳以上に限る。) 50,397点
 (生活療養を受ける場合にあつては、50,326点)
 ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
 除術 1 長径2センチメートル未満 14,163点
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,092点)
 ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切
 除術 2 長径2センチメートル以上 17,699点

側) (3歳以上6歳未満に限る。) 55,102点
(生活療養を受ける場合にあつては、55,031点)
ウ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) 43,921点
(生活療養を受ける場合にあつては、43,850点)
キ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) 50,212点
(生活療養を受ける場合にあつては、50,141点)
ノ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,314点
(生活療養を受ける場合にあつては、14,243点)
オ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 17,847点
(生活療養を受ける場合にあつては、17,776点)
ク K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) 12,291点
(生活療養を受ける場合にあつては、12,220点)
ヤ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 28,010点
(生活療養を受ける場合にあつては、27,939点)
マ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 17,344点
(生活療養を受ける場合にあつては、17,273点)
ケ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,438点
(生活療養を受ける場合にあつては、34,367点)
フ M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放

(生活療養を受ける場合にあつては、17,628点)
ム K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) 12,079点
(生活療養を受ける場合にあつては、12,008点)
ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 27,934点
(生活療養を受ける場合にあつては、27,863点)
キ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 17,552点
(生活療養を受ける場合にあつては、17,481点)
ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,354点
(生活療養を受ける場合にあつては、34,283点)
オ M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,998点
(生活療養を受ける場合にあつては、59,927点)

<p>【注の見直し】</p>	<p>射線治療 59,855点 (生活療養を受ける場合にあつては、59,784点)</p> <p>注2 保険医療機関（診療所を除く。）において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p>
----------------	---	--

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>【通則の新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>通則</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料、区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1</p>

B001 特定疾患治療管理料

2 特定薬剤治療管理料

【項目の見直し】

特定薬剤治療管理料

470点

回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

イ 特定薬剤治療管理料1 470点
ロ 特定薬剤治療管理料2 100点

【注の追加】

(追加)

注7 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

【注の見直し】

注 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

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内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

5 小児科療養指導料

【注の見直し】

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、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の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。

【注の追加】

(追加)

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、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

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、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、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の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5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

<p>7 難病外来指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p>
<p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p>	<p>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p>
<p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料</p> <p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注3 腎代替療法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医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。</p>
<p>24 外来緩和ケア管理料</p>		

【点数の見直し】		300点	→	290点						
27 糖尿病透析予防指導管理料	【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、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。	→	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、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。						
	【新設】	(新設)	→	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1456 662 1848 694">28 小児運動器疾患指導管理料</td> <td data-bbox="1982 662 2060 694">250点</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1478 710 2060 1173">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、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号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、算定できない。</td> </tr> </table>	28 小児運動器疾患指導管理料	250点	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、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号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、算定できない。			
28 小児運動器疾患指導管理料	250点									
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、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号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、算定できない。										
	【新設】	(新設)	→	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1456 1308 1892 1340">29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1478 1348 1601 1380">イ 初回</td> <td data-bbox="1982 1348 2060 1380">500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1478 1388 1814 1420">ロ 2回目から4回目まで</td> <td data-bbox="1982 1388 2060 1420">150点</td> </tr> </table>	29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料		イ 初回	500点	ロ 2回目から4回目まで	150点
29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料										
イ 初回	500点									
ロ 2回目から4回目まで	150点									

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

【注の追加】

B001-2-5 院内トリアージ実施料

【点数の見直し】

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

(追加)

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、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。

注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

300点

【注の追加】

B001-2-9 地域包括診療料
(月1回)

【項目の見直し】

地域包括診療料 (月1回)

(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、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。

1,503点

地域包括診療料 (月1回)

1	地域包括診療料 1	1,560点
2	地域包括診療料 2	1,503点

【注の追加】

(追加)

注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

【項目の見直し】

認知症地域包括診療料（月1回）

1,515点

認知症地域包括診療料（月1回）

- | | | |
|---|-------------|--------|
| 1 | 認知症地域包括診療料1 | 1,580点 |
| 2 | 認知症地域包括診療料2 | 1,515点 |

【注の追加】

（追加）

注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗

【新設】

(新設)

菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1,000点

注1 がんが診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注2 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保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

注3 注1の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるも

B 0 0 4 退院時共同指導料 1

【注の見直し】

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

のとする。

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号 B 0 0 5 において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号 B 0 0 5 において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と 1 回以上共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。

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

【注の見直し】

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師

注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当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、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当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。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士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、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当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在宅療養担当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1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医で

B005-1-2 介護支援連携指導料

【名称の見直し】

介護支援連携指導料

介護支援等連携指導料

【注の見直し】

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス

等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

ある歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

	<p>護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p>		<p>又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p>
<p>B005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) ロ 診療所型の場合 2 (略)</p> <p>500点</p>	<p>→</p>	<p>1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) ロ 連携型の場合 2 (略)</p> <p>500点</p>
<p>B005-7-2 認知症療養指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>認知症療養指導料</p> <p>350点</p>	<p>→</p>	<p>認知症療養指導料</p> <p>1 認知症療養指導料 1 350点 2 認知症療養指導料 2 300点 3 認知症療養指導料 3 300点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注2 2については、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区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導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、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保</p>

【注の追加】

(追加)

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、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、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月を限度として、月1回に限り算定する。

注3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B005-7-3 認知症サポート指導料

450点

注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号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)

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1

1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する^{ほう}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、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。

B009 診療情報提供料(I)

【注の見直し】

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規

者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注15 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該

【新設】

(新設)



患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

B010-2 診療情報連携共有料 120点

注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した同一月においては、別に算定できない。

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>C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>在宅患者訪問診療料（1日につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 833点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 203点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問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</p>	<p>在宅患者訪問診療料(I)（1日につき）</p> <p>1 在宅患者訪問診療料1</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 833点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 203点</p> <p>2 在宅患者訪問診療料2</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 830点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 178点</p> <p>注1 1については、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、当該患者の同意を得て、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及び有料老人</p>

、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2 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

ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（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をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（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。）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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

注2 2については、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に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹

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。

介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に同居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(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。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン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。ただし、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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養

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(1を算定する場合に限る。)には、当該患者に係る区分等に従い、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。ただし、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が行った場合は、当該基準に掲

実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。

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

- (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

げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

(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

- ① 病床を有する場合 6,500点
- ② 病床を有しない場合 5,500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
4,500点

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
3,500点

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

(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

- ① 病床を有する場合 6,500点
- ② 病床を有しない場合 5,500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
4,500点

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
3,500点

【注の見直し】

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7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）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8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。

注8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

【新設】

(新設)

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅱ（1日につき） 144点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療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、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、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。）

ロ 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に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

注2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（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。）に限り算定する。

注3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（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。）を限度として、月1回に限り算定する。

注4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等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（注1のイの場合に限る。）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。ただし、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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

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

- (1) 病床を有する場合 6,200点
- (2) 病床を有しない場合 5,200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
4,200点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合
3,200点

注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【点数の見直し】

- 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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ①～③ (略)
 - (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
4,600点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
2,500点
 - ③ ①及び②以外の場合
1,300点
 - (3) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ①～③ (略)
 - ロ 病床を有しない場合

(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

4,500点
2,400点
1,200点

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)		
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。)		
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,200点	4,100点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,300点	2,200点
③ ①及び②以外の場合	1,200点	1,100点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)		
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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)～(3) (略)		
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。)		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,800点	3,700点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,100点	2,000点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点	1,000点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,280点	2,300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,260点	1,280点

(3) (1)及び(2)以外の場合	660点
3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に 2 回以上訪問診療を行っている場合	
(1)～(3) (略)	
ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	2,850点
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	1,575点
(3) (1)及び(2)以外の場合	850点
ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合	1,710点
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	945点
(3) (1)及び(2)以外の場合	510点

680点
2,750点
1,475点
750点
1,760点
995点
560点

【注の追加】

(追加)



注 9 3 を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

【注の追加】		(追加)	注10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
【注の追加】		(追加)	注11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
【注の追加】		(追加)	注12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。
C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で		
【点数の見直し】			

あつ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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に
対し、月2回以上訪問診療を行っている場
合

①～③ (略)

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合
((1)の場合を除く。)

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,300点

3,200点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下
の場合

1,800点

1,700点

③ ①及び②以外の場合

1,300点

1,200点

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

ロ 病床を有しない場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に
対し、月2回以上訪問診療を行っている場
合

①～③ (略)

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合
((1)の場合を除く。)

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,000点

2,900点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下
の場合

1,650点

1,550点

③ ①及び②以外の場合

1,200点

1,100点

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
(1)～(3) (略)		
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,700点	2,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点	1,400点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点	1,000点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,620点	1,640点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	900点	920点
(3) (1)及び(2)以外の場合	660点	680点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
(1)～(3) (略)		
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,050点	1,950点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,125点	1,025点
(3) (1)及び(2)以外の場合	850点	750点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合		

		1,230点		1,280点
		(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 675点		725点
		(3) (1)及び(2)以外の場合 510点		560点
	【注の追加】	(追加)	→	注4 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
	【注の追加】	(追加)	→	注5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。
C003	在宅がん医療総合診療料			
	【注の見直し】	注2 患者において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。	→	注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
C005	在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき)			

【項目の見直し】

1・2 (略)
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}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

1・2 (略)
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

【注の見直し】

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡^{じよくそう}管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（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^{じよくそう}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、真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡^{じよくそう}管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（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、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師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回に限り算定する。

【注の見直し】

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が

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、520点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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50点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

注6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、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、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

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当該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・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

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ともに訪問看護・指導を行う場合 300点

師と同時に訪問看護・指導を行う場合
450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ともに訪問看護・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ともに訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 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ともに訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) 1日に1回の場合 300点

(2) 1日に2回の場合 600点

(3) 1日に3回以上の場合 1,000点

【注の見直し】

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

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、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、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

【注の見直し】

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200点を所定点数に加算する。

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、2,000点を所定点数に加算する。

カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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、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 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。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点

ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者

【注の追加】

(追加)

(ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。) であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000点

注13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者(社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、特定行為業務(同項に規定する特定行為業務をいう。以下同じ。)が円滑に行われるよう、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(以下「かくたん喀痰吸引等」という。)に関して当該事業者の介護の業務に従事する者(社会福祉士及び介護福祉士法附則第3条第1項に規定する介護の業務に従事する者をいう。以下同じ。)に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者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訪問看護・指導を行い

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【項目の見直し】

1・2 (略)
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}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2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡^{じよくそう}管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者に限る。）であ

、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

1・2 (略)
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

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、真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡^{じよくそう}管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者^こ）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設して

【注の追加】

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。

(追加)

いる者で管理が困難な患者（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、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師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回に限り算定する。

注4 区分番号C005の注3から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290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薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

注1 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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【注の追加】

(追加)

注4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼

C 0 0 9 在宅患者訪問栄養食事指導料

【項目の見直し】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 1 | 同一建物居住者以外の場合 | 530点 |
| 2 | 同一建物居住者の場合 | 450点 |

【注の見直し】

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

児加算として、100点を所定点数に加算する。

- | | | |
|---|----------------------|------|
| 1 | 単一建物診療患者が1人の場合 | 530点 |
| 2 | 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 480点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 440点 |

注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

【注の見直し】

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

C 0 1 2 在宅患者共同診療料

【注の見直し】

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、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。）（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、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。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患

【注の見直し】

者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

【注の見直し】

注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一

者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C103 在宅酸素療法指導管理料

【注の追加】

(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、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点
注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法
指導管理料

【注の追加】

(追加)

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、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。

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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

C110-4 在宅仙骨神経刺激療法
指導管理料

【注の見直し】

注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

注 便失禁又は過活動膀胱^{ぼうこう}に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱^{ぼうこう}管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱^{ぼうこう}管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

C 1 1 7 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点
注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ
・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っている
ものに対して、投薬等に関する医学管理等を行
った場合に算定する。

【新設】

(新設)

C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
2,800点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保
険医療機関において、入院中の患者以外の患者
であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っている
ものに対して、療養上必要な指導を行った場合
に算定する。

【新設】

(新設)

C 1 1 9 在宅経肛門的^{こう}自己洗腸指導管理料
950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、在宅で経肛門的^{こう}
自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患
者に対して、経肛門的^{こう}洗腸療法に関する指導
管理を行った場合に算定する。
注2 経肛門的^{こう}自己洗腸を初めて実施する患者に
ついて、初回の指導を行った場合は、当該初
回の指導を行った月に限り、導入初期加算と

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

【項目の見直し】

1	月20回以上測定する場合	400点
2	月40回以上測定する場合	580点
3	月60回以上測定する場合	860点
4	月80回以上測定する場合	1,140点
5	月100回以上測定する場合	1,320点
6	月120回以上測定する場合	1,500点

して、500点を所定点数に加算する。

1	月20回以上測定する場合	350点
2	月30回以上測定する場合	465点
3	月40回以上測定する場合	580点
4	月60回以上測定する場合	830点
5	月90回以上測定する場合	1,170点
6	月120回以上測定する場合	1,490点

【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～ニ (略)

注1 1から4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～ニ (略)

【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～ハ (略)

注2 5及び6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～ハ (略)

【新設】		(新設)	→	C 1 5 2 - 3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。
C 1 6 2 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	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。		→	注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C 1 0 5 - 3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）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。
C 1 6 5 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,100点		→	3,750点 1,000点
【点数の見直し】				

<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>D006-13 骨髓微小残存病変量測定 1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,500点 2 モニタリングに用いるもの 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において実施した場合に限り算定する。</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13から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)</p>
<p>D009 腫瘍マーカー</p> <p>【注の見直し】</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26までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)</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30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)</p>
<p>D012 感染症免疫学的検査</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>41</p>

D 0 1 4 自己抗体検査		注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。
【注の見直し】	注 本区分の9から14まで及び17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1 本区分の9から15まで、18及び30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。
【注の追加】	(追加)	注2 本区分の44及び45に掲げる検査については、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実施した場合に算定する。
D 0 1 8 細菌培養同定検査		
【注の追加】	(追加)	注2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。
D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査		
【注の見直し】	7 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）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	8 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）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

	<p>として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。</p>		<p>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と判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（<small>けいぶ</small>）切除術若しくは区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術（<small>けいぶ</small>）（<small>ちつ</small>）（<small>ちつ</small>）（<small>けい</small>）（<small>ちつ</small>））を行った患者に対して行った場合に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>15 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注 5、6、8（百日咳菌核酸^{せき}検出に限る。）又は9（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。</p>
<p>第2款 検体検査判断料</p>			
<p>D026 検体検査判断料</p>			
<p>【注の見直し】</p>	<p>注7 区分番号D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査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、免疫電気泳動法診断加算</p>	<p>→</p>	<p>注7 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、</p>

第3節 生体検査料

【通則の見直し】

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80又は100分の50に相当する点数を加算する。

イ～タ （略）

その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～タ （略）

【通則の見直し】

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

【項目の見直し】

3 心臓超音波検査
イ～ハ （略）
ニ 胎児心エコー法 1,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出

3 心臓超音波検査
イ～ハ （略）
ニ 胎児心エコー法 300点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届

	<p>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>け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。 注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。</p>
<p>D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定 (一連につき)</p>			
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注2 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p>	<p>D 2 5 6 - 3 光干渉断層血管撮影 400点 注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D 2 5 6に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p>	<p>D 2 6 3 - 2 コントラスト感度検査 207点 注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p>	<p>D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析 265点 注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月</p>

<p>【新設】</p> <p>D 2 8 2 - 4 ダーモスコピー</p> <p>【注の追加】</p>		<p>1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号D 2 6 5 - 2に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号D 2 7 4に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(新設) → D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査 149点 注 緑内障^ろ過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。</p> <p>(追加) → 注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。</p>
--	--	---

第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 検体検査料					
第1款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA定性(尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	
D001 3	ウロビリノゲン(尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3	
D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→ 17	D001 4	
D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→ 41	D001 5	
D001 6	アルブミン定性(尿)	49	→ 49	D001 6	
D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 8	アルブミン定量(尿)	108	→ 105	D001 8	
D001 9	トランスフェリン(尿)	110	→ 107	D001 9	
D001 9	ウロポルフィリン(尿)	110	→ 108	D001 10	
D001 10	δ アミノレブリン酸(δ -ALA)(尿)	112	→ 112	D001 11	
D001 11	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 12	
D001 12	ミオイノシトール(尿)	120	→ 120	D001 13	
D001 13	コプロポルフィリン(尿)	143	→ 139	D001 14	
D001 14	ポルフォビリノゲン(尿)	191	→ 191	D001 15	
D001 14	総ヨウ素(尿)	191	→ 191	D001 15	

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 15	IV型コラーゲン(尿)	200	→ 194	D001 16	(新設)
- -	シュウ酸(尿)	-	→ 200	D001 17	
D001 16	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210	→ 210	D001 18	
- -	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)	-	→ 210	D001 18	
D002	尿沈渣(鏡検法)	27	→ 27	D002	
D002 注3	染色標本加算	9	→ 9	D002 注3	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	24	→ 24	D002-2	
D003	糞便検査			D003	
D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 1	ウロビリリン(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 2	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 2	
D003 3	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	
D003 4	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 5	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 6	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	
D003 7	糞便中ヘモグロビン	41	→ 41	D003 7	
D003 8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56	→ 56	D003 8	
D003 9	キモトリプシン(糞便)	80	→ -	- -	(削除)
- -	カルプロテクチン(糞便)	-	→ 276	D003 9	(新設)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ -	- -	(削除)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 1	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 2	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 3	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 4	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 5	
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 6	
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 6	

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 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	128	→ 125	D004 7	(削除)	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170	→ -	-		
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 8		
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ -	-		
D004 12	IgGインデックス	439	→ 426	D004 9		
D004 13	オリゴクローナルバンド	543	→ 538	D004 10		
D004 14	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	601	→ 593	D004 11		
D004 15	リン酸化タウ蛋白(髄液)	660	→ 641	D004 12		
D004 15	タウ蛋白(髄液)	660	→ 641	D004 12		
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2		(新設)
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査			D004-2 1		
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	2,500	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 1	ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ハ K-ras遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ニ EWS-Fli1遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ホ TLS-CHOP遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	へ SYT-SSX遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ト c-kit遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 1	チ マイクロサテライト不安定性検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ヌ BRAF遺伝子検査	6,520	→ 6,520	D004-2 1		
D004-2 1	ル RAS遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1		
-	ヲ ROS1融合遺伝子検査	-	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 注	2項目	-	→ 4,000	D004-2 注		
D004-2 注	3項目以上	-	→ 6,000	D004-2 注		
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500	→ 2,500	D004-2 2		
(血液学的検査)						
D005	血液形態・機能検査			D005		

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 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→ 9	D005 1	
D005 2	網赤血球数	12	→ 12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15	→ 15	D005 3	
D005 3	好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→ 15	D005 3	
D005 3	末梢血液像(自動機械法)	15	→ 15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17	→ 17	D005 4	
D005 5	末梢血液一般検査	21	→ 21	D005 5	
D005 6	末梢血液像(鏡検法)	25	→ 25	D005 6	
D005 6	注 特殊染色加算(特殊染色ごとに)	27	→ 27	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	40	→ 40	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→ 45	D005 8	
D005 9	ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})	49	→ 49	D005 9	
D005 10	自己溶血試験	50	→ 50	D005 10	
D005 10	血液粘稠度	50	→ 50	D005 10	
D005 11	ヘモグロビンF(HbF)	60	→ 60	D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	233	→ 233	D005 12	
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→ 250	D005 13	
D005 14	骨髓像	837	→ 837	D005 14	
D005 14	注 特殊染色加算(特殊染色ごとに)	40	→ 40	D005 14	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	2,000	→ 2,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→ 15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間(PT)	18	→ 18	D006 2	
D006 2	全血凝固時間	18	→ -	-	(削除)
D006 2	トロンボテスト	18	→ 18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→ 23	D006 4	

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	フィブリノゲン定量	23 → 23	D006	4	
D006	4	クリオフィブリノゲン	23 → 23	D006	4	
D006	5	トロンビン時間	25 → 25	D006	5	
D006	6	蛇毒試験	28 → 28	D006	6	
D006	6	トロンボエラストグラフ	28 → 28	D006	6	
D006	6	ヘパリン抵抗試験	28 → 28	D006	6	
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29 → 29	D006	7	
D006	7	ヘパプラスチンテスト	29 → -	-	-	(削除)
D006	8	血小板凝集能	50 → 50	D006	8	
D006	9	血小板粘着能	64 → 64	D006	9	
D006	10	アンチトロンビン活性	70 → 70	D006	10	
D006	10	アンチトロンビン抗原	70 → 70	D006	10	
D006	11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性	80 → 80	D006	11	
D006	11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量	80 → 80	D006	11	
D006	11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量	80 → 80	D006	11	
D006	11	プラスミン	80 → 80	D006	11	
D006	11	プラスミン活性	80 → 80	D006	11	
D006	11	α_1 -アンチトリプシン	80 → 80	D006	11	
D006	12	フィブリンモノマー複合体定性	93 → 93	D006	12	
D006	13	プラスミノゲン活性	100 → 100	D006	13	
D006	13	プラスミノゲン抗原	100 → 100	D006	13	
D006	13	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100 → 100	D006	13	
D006	14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)	116 → -	-	-	(削除)
D006	15	Dダイマー定性	131 → 128	D006	14	
D006	16	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	134 → 131	D006	15	
D006	17	Dダイマー半定量	135 → 131	D006	15	
D006	18	von Willebrand因子(VWF)活性	136 → 136	D006	16	
D006	19	α_2 -マクログロブリン	138 → 138	D006	18	

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 20	Dダイマー	141	→ 137	D006 17	
D006 21	PIVKA-II	143	→ 143	D006 19	
D006 22	凝固因子インヒビター	155	→ 152	D006 20	
D006 22	von Willebrand因子(VWF)抗原	155	→ 155	D006 21	
D006 23	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	162	→ 162	D006 22	
D006 24	プロテインS抗原	167	→ 162	D006 22	
D006 25	プロテインS活性	170	→ 170	D006 23	
D006 26	β -トロノボグロブリン(β -TG)	177	→ 177	D006 24	
D006 27	血小板第4因子(PF ₄)	178	→ 178	D006 25	
D006 28	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	191	→ 186	D006 26	
D006 29	プロトロンビンフラグメントF1+2	193	→ 193	D006 27	
D006 30	トロンボモジュリン	205	→ 205	D006 28	
D006 31	凝固因子(第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	229	→ 229	D006 29	
D006 32	フィブリンモノマー複合体	233	→ 233	D006 30	
D006 33	プロテインC抗原	247	→ 246	D006 31	
D006 33	tPA・PAI-1複合体	247	→ 247	D006 32	
D006 34	プロテインC活性	255	→ 248	D006 33	
D006 35	フィブリノペプチド	300	→ -	-	(削除)
-	ADAMTS13活性	-	→ 400	D006 34	(新設)
-	ADAMTS13インヒビター	-	→ 600	D006 35	(新設)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	722	→ 722	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D006-2	
D006-3	Major BCR-ABL1			D006-3	
D006-3 1	mRNA定量(国際標準値)			D006-3 1	
D006-3 1	イ 診断の補助に用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 1	ロ モニタリングに用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 2	mRNA定量(1以外のもの)	1,200	→ 1,200	D006-3 2	

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	遺伝学的検査	3,880	→ -	D006-4	(項目の分割)
-	- 処理が容易なもの	-	→ 3,880	D006-4 1	
-	- 処理が複雑なもの	-	→ 5,000	D006-4 2	
-	- 処理が極めて複雑なもの	-	→ 8,000	D006-4 3	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,712	→ 2,631	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	397	→ 397	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→ 2,504	D006-6	
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100	→ 2,100	D006-7	
D006-8	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,400	→ 2,400	D006-8	
D006-9	WT1 mRNA	2,520	→ 2,520	D006-9	
D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	10,000	→ 10,000	D006-10	
-	- FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	-	→ 3,300	D006-11	(新設)
-	- EGFR遺伝子検査(血漿)	-	→ 2,100	D006-12	(新設)
-	- 骨髄微小残存病変量測定			D006-13	(新設)
-	- 遺伝子再構成の同定に用いるもの	-	→ 3,500	D006-13 1	(新設)
-	- モニタリングに用いるもの	-	→ 2,100	D006-13 2	(新設)
	(生化学的検査(I))				
D007	血液化学検査				
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)	11	→ 11	D007 1	

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	中性脂肪	11	→	11	D007	1	(削除)
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	→	-	-	-	
D007	1	クレアチン	11	→	11	D007	1	
D007	1	グルコース	11	→	11	D007	1	
D007	1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→	11	D007	1	
D007	1	アミラーゼ	11	→	11	D007	1	
D007	1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→	11	D007	1	
D007	1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→	11	D007	1	
D007	1	アルドラーゼ	11	→	11	D007	1	
D007	1	遊離コレステロール	11	→	11	D007	1	
D007	1	鉄(Fe)	11	→	11	D007	1	
D007	1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→	11	D007	1	
D007	1	不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)	11	→	11	D007	1	
D007	1	総鉄結合能(TIBC)(比色法)	11	→	11	D007	1	
D007	2	リン脂質	15	→	15	D007	2	
D007	3	HDL-コレステロール	17	→	17	D007	3	
D007	3	無機リン及びリン酸	17	→	17	D007	3	
D007	3	総コレステロール	17	→	17	D007	3	
D007	3	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→	17	D007	3	
D007	3	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→	17	D007	3	
D007	4	LDL-コレステロール	18	→	18	D007	4	
D007	4	蛋白分画	18	→	18	D007	4	
D007	5	銅(Cu)	23	→	23	D007	5	
D007	6	リパーゼ	24	→	24	D007	6	

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 7	イオン化カルシウム	26	→ 26	D007 7	
D007 8	マンガン(Mn)	27	→ 27	D007 8	
D007 9	ムコ蛋白	29	→ 29	D007 9	
D007 10	ケトン体	30	→ 30	D007 10	
D007 11	アポリポ蛋白			D007 11	
D007 11	イ 1項目の場合	31	→ 31	D007 11	
D007 11	ロ 2項目の場合	62	→ 62	D007 11	
D007 11	ハ 3項目以上の場合	94	→ 94	D007 11	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→ 32	D007 12	
D007 13	グアナーゼ	35	→ 35	D007 13	
D007 14	有機モノカルボン酸	47	→ 47	D007 14	
D007 14	胆汁酸	47	→ 47	D007 14	
D007 15	ALPアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 15	γ-GTアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 15	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 15	重炭酸塩	48	→ 48	D007 15	
D007 16	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 16	
D007 16	リポ蛋白分画	49	→ 49	D007 16	
D007 17	アンモニア	50	→ 50	D007 17	
D007 18	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 18	
D007 18	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 18	
D007 19	コレステロール分画	57	→ 57	D007 19	
D007 20	ケトン体分画	59	→ 59	D007 20	
-	遊離脂肪酸	-	→ 59	D007 20	(新設)
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 21	
D007 22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)	80	→ 80	D007 22	
D007 22	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 22	

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 22	1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	80	→ 80	D007 22	
D007 22	グリココール酸	80	→ 80	D007 22	
D007 23	CK-MB	90	→ 90	D007 23	
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→ 95	D007 24	
D007 24	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 24	
- -	総カルニチン	-	→ 95	D007 24	
- -	遊離カルニチン	-	→ 95	D007 24	
D007 25	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	96	→ 96	D007 25	
D007 26	リポ蛋白(a)	107	→ 107	D007 26	
D007 27	ヘパリン	108	→ 108	D007 27	
D007 28	フェリチン半定量	114	→ 111	D007 28	
D007 28	フェリチン定量	114	→ 111	D007 28	
D007 28	エタノール	114	→ 113	D007 29	
D007 29	ペントシジン	118	→ 118	D007 31	
D007 30	心筋トロポニンI	120	→ 117	D007 30	
D007 30	KL-6	120	→ 117	D007 30	
D007 30	イヌリン	120	→ 120	D007 32	
D007 30	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	120	→ 120	D007 32	
D007 31	アルミニウム(Al)	121	→ 118	D007 31	
D007 32	シスタチンC	124	→ 121	D007 33	
D007 33	リポ蛋白分画(HPLC法)	129	→ 129	D007 34	
D007 34	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→ 130	D007 35	
D007 34	ガラクトース	130	→ 130	D007 35	
D007 35	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→ 136	D007 36	
D007 36	血液ガス分析	144	→ 140	D007 37	
D007 36	亜鉛(Zn)	144	→ 144	D007 39	
D007 36	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)	144	→ 140	D007 37	
D007 36	IV型コラーゲン	144	→ 143	D007 38	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 36	セレン	144	→ 144	D007 39	
D007 37	ミオグロビン定性	147	→ 143	D007 38	
D007 37	ミオグロビン定量	147	→ 143	D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	147	→ 143	D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	147	→ 143	D007 38	
D007 37	アルブミン非結合型ビリルビン	147	→ 143	D007 38	
D007 38	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→ 150	D007 41	
D007 39	アンギオテンシン I 転換酵素(ACE)	152	→ 148	D007 40	
D007 39	IV型コラーゲン・7S	152	→ 148	D007 40	
D007 39	ビタミンB ₁₂	152	→ 148	D007 40	
D007 40	葉酸	162	→ 158	D007 42	
D007 41	ALPアインザイム(PAG電気泳動法)	180	→ 180	D007 43	
D007 42	ヒアルロン酸	184	→ 184	D007 44	
D007 42	心室筋ミオシン軽鎖 I	184	→ 184	D007 44	
D007 43	アセトアミノフェン	190	→ 190	D007 47	
D007 43	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性	190	→ 185	D007 45	
D007 44	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	191	→ 189	D007 46	
D007 44	トリプシン	191	→ 189	D007 46	
D007 45	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	200	→ 200	D007 49	
D007 45	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	200	→ 194	D007 48	
D007 46	ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204	→ 204	D007 50	
D007 47	赤血球コプロポルフィリン	210	→ 210	D007 51	
D007 48	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	223	→ 223	D007 52	
D007 49	肝細胞増殖因子(HGF)	227	→ 227	D007 53	
D007 50	CKアインフォーム	230	→ -	-	(削除)
D007 50	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→ -	-	(削除)
D007 51	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→ 250	D007 54	
D007 51	α-フェトプロテイン(AFP)定性(腔分泌液)	250	→ -	-	(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		
D007 52	ビタミンB ₁	259	→ 253	D007 55	(新設)
D007 53	ビタミンB ₂	263	→ 256	D007 56	
D007 54	赤血球プロトポルフィリン	280	→ 272	D007 57	
D007 55	プロカルシトニン(PCT)定量	310	→ 301	D007 58	
D007 55	プロカルシトニン(PCT)半定量	310	→ 301	D007 58	
D007 55	プレセプシン定量	310	→ 301	D007 58	
- -	インフリキシマブ定性	-	→ 310	D007 59	
D007 56	ビタミンC	314	→ 314	D007 60	
D007 57	1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	400	→ 388	D007 61	
- -	25-ヒドロキシビタミンD	-	→ 400	D007 62	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	93	→ 93	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	99	→ 99	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	115	→ 112	D007 注	
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	(新設)
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 3	ホモバニリン酸(HVA)	69	→ 69	D008 3	
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→ 90	D008 4	
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→ 95	D008 5	
D008 6	プロラクチン(PRL)	98	→ 98	D008 6	
D008 7	レニン活性	103	→ 100	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン(T ₃)	108	→ 105	D008 8	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	110	→ 107	D008 9	
D008 9	ガストリン	110	→ 107	D008 9	
D008 10	レニン定量	111	→ 111	D008 11	
D008 11	インスリン(IRI)	112	→ 109	D008 10	
D008 12	サイロキシシン(T ₄)	114	→ 111	D008 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		
D008 13	成長ホルモン(GH)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	卵胞刺激ホルモン(FSH)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	C-ペプチド(CPR)	117	→ 114	D008 12	
D008 13	黄体形成ホルモン(LH)	117	→ 114	D008 12	
D008 14	アルドステロン	131	→ 128	D008 13	
D008 14	テストステロン	131	→ 128	D008 13	
D008 15	遊離サイロキシン(FT ₄)	134	→ 130	D008 14	
D008 15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	134	→ 134	D008 15	
D008 15	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)	134	→ 130	D008 14	
D008 15	コルチゾール	134	→ 130	D008 14	
D008 15	サイロキシン結合グロブリン(TBG)	134	→ 130	D008 14	
D008 16	サイログロブリン	137	→ 137	D008 17	
D008 17	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→ 136	D008 16	
D008 17	サイロキシン結合能(TBC)	140	→ 140	D008 18	
D008 17	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→ 140	D008 18	
D008 18	カルシトニン	141	→ 141	D008 19	
D008 19	ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)	144	→ 140	D008 18	
D008 19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	144	→ 140	D008 18	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	146	→ 142	D008 20	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	146	→ 142	D008 20	
D008 21	グルカゴン	150	→ 150	D008 21	
D008 22	プロゲステロン	159	→ 155	D008 22	
D008 23	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	160	→ 156	D008 23	
D008 23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→ 156	D008 23	
D008 24	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	165	→ 161	D008 24	
D008 25	遊離テストステロン	166	→ 166	D008 27	
D008 26	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	167	→ 162	D008 25	
D008 27	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact P I NP)	168	→ 168	D008 28	

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 28	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿)	169	→ 169	D008 29	
D008 29	オステオカルシン(OC)	170	→ 165	D008 26	
D008 29	セクレチン	170	→ 170	D008 30	
D008 29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→ 170	D008 30	
D008 29	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	170	→ 170	D008 30	
D008 29	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	170	→ 170	D008 30	
D008 30	サイクリックAMP(cAMP)	175	→ 175	D008 31	
D008 31	エストリオール(E ₃)	180	→ 180	D008 33	
D008 31	エストロゲン半定量	180	→ 180	D008 33	
D008 31	エストロゲン定量	180	→ 180	D008 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	180	→ 180	D008 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン(PTH)	180	→ 175	D008 31	
D008 31	カテコールアミン分画	180	→ 175	D008 31	
D008 32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	181	→ 176	D008 32	
D008 33	エストラジオール(E ₂)	187	→ 182	D008 34	
D008 34	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	194	→ 194	D008 36	
D008 35	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	196	→ 191	D008 35	
D008 36	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 37	
D008 37	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	206	→ 200	D008 37	
D008 37	カテコールアミン	206	→ 200	D008 37	
D008 38	エリスロポエチン	209	→ 209	D008 38	
D008 39	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	213	→ 213	D008 39	
D008 39	17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)	213	→ 213	D008 39	
D008 39	抗IA-2抗体	213	→ 213	D008 39	
D008 39	プレグナンジオール	213	→ 213	D008 39	
D008 40	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 40	
D008 41	メタネフリン	229	→ 223	D008 41	
D008 42	ソマトメジンC	230	→ 224	D008 42	

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 43	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	233	→ 227	D008 43	
D008 43	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	233	→ 227	D008 43	
D008 44	抗利尿ホルモン(ADH)	235	→ 235	D008 44	
D008 45	プレグナントリオール	243	→ 240	D008 45	
D008 46	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 46	
D008 47	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 47	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	623	→ 623	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80	→ 80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	108	→ 105	D009 2	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	110	→ 107	D009 3	
D009 3	組織ポリペプチド抗原(TPA)	110	→ 110	D009 4	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	110	→ 110	D009 4	
D009 4	DUPAN-2	124	→ 121	D009 5	
D009 4	NCC-ST-439	124	→ 121	D009 5	
D009 4	CA15-3	124	→ 121	D009 5	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	124	→ 124	D009 6	
D009 5	エラスターゼ1	129	→ 129	D009 7	
D009 6	前立腺特異抗原(PSA)	134	→ 130	D009 8	
D009 6	CA19-9	134	→ 130	D009 8	
D009 7	CA72-4	146	→ 146	D009 10	
D009 7	SPan-1	146	→ 146	D009 10	
D009 7	シアリルTn抗原(STN)	146	→ 146	D009 10	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)	146	→ 146	D009 10	
D009 8	PIVKA-II半定量	147	→ 143	D009 9	
D009 8	PIVKA-II定量	147	→ 143	D009 9	

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 9	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 12	
D009 9	CA50	150	→ -	-	(削除)
D009 10	シアルルLe ^x -i抗原(SLX)	152	→ 152	D009 14	
D009 10	CA125	152	→ 148	D009 11	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 12	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 16	
D009 13	遊離型PSA比(PSA F/T比)	162	→ 158	D009 15	
D009 14	抗p53抗体	163	→ 163	D009 17	
D009 15	BCA225	165	→ 165	D009 18	
D009 16	シアルルLe ^x 抗原(CSLEX)	170	→ 169	D009 20	
D009 16	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(P ICP)	170	→ -	-	(削除)
D009 16	I型コラーゲン-C-テロペプチド(I CTP)	170	→ 170	D009 21	
D009 16	SP1	170	→ -	-	(削除)
D009 17	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	172	→ 167	D009 19	
D009 18	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175	→ 175	D009 22	
D009 19	CA54/61	184	→ 184	D009 23	
D009 19	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184	→ 184	D009 23	
D009 20	遊離型フコース(尿)	190	→ -	-	(削除)
D009 20	CA602	190	→ 190	D009 24	
D009 20	α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190	→ 190	D009 24	
D009 21	γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	194	→ 194	D009 25	
-	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	-	→ 200	D009 26	(新設)
D009 22	CA130	200	→ -	-	(削除)
D009 22	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	→ -	-	(削除)
D009 23	臍癌胎児性抗原(POA)	220	→ -	-	(削除)
D009 23	可溶性メソテリン関連ペプチド	220	→ 220	D009 27	
D009 24	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	314	→ 314	D009 28	

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 24	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	314	→ 314	D009 28	(削除)
D009 25	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→ -	-	
D009 25	HER2蛋白	320	→ 320	D009 29	
D009 26	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	451	→ 438	D009 30	
D009 注2	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注2	
D009 注2	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注2	
D009 注2	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注2	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	糖分析(尿)	38	→ 38	D010 1	
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)	291	→ 288	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	304	→ 295	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,212	→ 1,212	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→ 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	429	→ 429	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,176	→ 1,176	D010 8	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→ 24	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 24	D011 1	
D011 2	Coombs試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30	→ 34	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 47	D011 2	
D011 3	不規則抗体	159	→ 159	D011 4	
D011 4	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 156	D011 3	
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	196	→ 191	D011 5	

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 6	血小板関連IgG (PA-IgG)	204	→ 204	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	262	→ 262	D011 8	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)	390	→ 390	D011 10	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)	390	→ 389	D011 9	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応 (STS) 定性	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO (ASO) 定性	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO (ASO) 半定量	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO (ASO) 定量	15	→ 15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	26	→ 26	D012 2	
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	26	→ 26	D012 2	
D012 3	抗streptトキナーゼ (ASK) 定性	29	→ 29	D012 3	
D012 3	抗streptトキナーゼ (ASK) 半定量	29	→ 29	D012 3	
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→ 32	D012 4	
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体 (ASP) 半定量	34	→ -	-	(削除)
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 半定量	34	→ 34	D012 5	
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 定量	34	→ 34	D012 5	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→ 53	D012 6	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→ 53	D012 6	
D012 7	アデノウイルス抗原定性 (糞便)	60	→ 60	D012 7	
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60	→ 60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原定性 (糞便)	65	→ 65	D012 8	
D012 8	ロタウイルス抗原定量 (糞便)	65	→ 65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70	→ 70	D012 9	
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→ 70	D012 9	

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 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→ 75	D012 10	
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	79	→ 79	D012 11	
D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→ 80	D012 12	
D012 12	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→ 80	D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体定性	80	→ 80	D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体半定量	80	→ 80	D012 12	
D012 13	HTLV-I抗体定性	85	→ 85	D012 13	
D012 13	HTLV-I抗体半定量	85	→ 85	D012 13	
D012 14	トキソプラズマ抗体	93	→ 93	D012 14	
D012 15	トキソプラズマIgM抗体	95	→ 95	D012 15	
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量	100	→ -	-	(削除)
D012 17	抗酸菌抗体定量	116	→ 116	D012 16	
D012 17	HIV-1抗体	116	→ 116	D012 16	
D012 17	抗酸菌抗体定性	116	→ 116	D012 16	
D012 18	HIV-1, 2抗体定性	121	→ 118	D012 17	
D012 18	HIV-1, 2抗体半定量	121	→ 118	D012 17	
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	121	→ 118	D012 17	
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	121	→ 118	D012 17	
D012 19	HIV-1, 2抗体定量	127	→ 127	D012 18	
D012 20	A群β溶連菌迅速試験定性	134	→ 130	D012 19	
D012 21	ノイラミニダーゼ定性	140	→ -	-	(削除)
D012 22	カンジダ抗原定性	142	→ 138	D012 20	
D012 22	カンジダ抗原半定量	142	→ 138	D012 20	
D012 22	カンジダ抗原定量	142	→ 138	D012 20	
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	144	→ 140	D012 21	
D012 24	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	146	→ 146	D012 24	
D012 24	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	146	→ 146	D012 24	
D012 24	RSウイルス抗原定性	146	→ 142	D012 22	

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 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性	146	→ 142	D012 22	
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量	146	→ 142	D012 22	
D012 25	インフルエンザウイルス抗原定性	147	→ 143	D012 23	
D012 26	ノロウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 25	
D012 26	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	150	→ 150	D012 25	
D012 26	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	150	→ 150	D012 25	
D012 26	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 25	
D012 27	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 26	
D012 27	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→ 160	D012 26	
D012 28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	164	→ 160	D012 26	
D012 29	アスペルギルス抗原	165	→ 164	D012 27	
D012 30	大腸菌O157抗原定性	170	→ 165	D012 28	
D012 30	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170	→ 170	D012 29	
D012 31	大腸菌O157抗体定性	175	→ 173	D012 30	
D012 32	HTLV-I抗体	177	→ 173	D012 30	
D012 33	淋菌抗原定性	180	→ 180	D012 32	
D012 33	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→ 180	D012 32	
D012 33	大腸菌血清型別	180	→ 180	D012 32	
D012 34	クリプトコックス抗原半定量	184	→ 179	D012 31	
D012 34	クリプトコックス抗原定性	184	→ 179	D012 31	
D012 35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	200	→ 194	D012 33	
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	200	→ 194	D012 33	
D012 36	ブルセラ抗体定性	206	→ 206	D012 35	
D012 36	ブルセラ抗体半定量	206	→ 206	D012 35	
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	206	→ 206	D012 35	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210	→ 210	D012 36	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	210	→ 210	D012 36	
D012 37	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)	210	→ 204	D012 34	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 37	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→ 210	D012 36	(削除)
D012 37	レプトスピラ抗体	210	→ -	-	
D012 38	ツツガムシ抗体半定量	213	→ 213	D012 37	D012 37
D012 38	(1→3) - β - D - グルカン	213	→ 213	D012 37	
D012 38	ツツガムシ抗体定性	213	→ 213	D012 37	D012 38
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	219	→ 218	D012 38	
D012 40	サイトメガロウイルス抗体	220	→ 220	D012 39	D012 40
D012 41	赤痢アメーバ抗体半定量	223	→ 223	D012 40	
D012 42	レジオネラ抗原定性(尿)	229	→ 223	D012 40	D012 41
D012 43	デングウイルス抗原定性	233	→ 233	D012 41	
-	-	-	→ 233	D012 41	(新設)
D012 44	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→ 240	D012 42	D012 43
D012 45	エンドトキシン	257	→ 250	D012 43	
D012 46	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→ -	-	(削除)
D012 47	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 45	D012 44
D012 47	百日咳菌抗体	280	→ 272	D012 44	
D012 48	結核菌群抗原定性	291	→ 291	D012 46	D012 46
D012 49	ダニ特異IgG抗体	300	→ -	-	
D012 49	Weil-Felix反応	300	→ -	-	(削除)
D012 50	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 47	D012 48
D012 51	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	398	→ 387	D012 48	
D012 52	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)	432	→ 425	D012 49	(名称の変更)
D012 53	HIV抗原	600	→ 600	D012 50	D012 51
D012 54	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	900	→ 900	D012 51	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	→ 29	D013 1	
D013 2	HBs抗体定性	32	→ 32	D013 2	
D013 2	HBs抗体半定量	32	→ 32	D013 2	

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	3	HBs抗原	88	→	88	D013	3	
D013	3	HBs抗体	88	→	88	D013	3	
D013	4	HBe抗原	107	→	107	D013	4	
D013	4	HBe抗体	107	→	107	D013	4	
D013	5	HCV抗体定性・定量	114	→	111	D013	5	
D013	5	HCVコア蛋白	114	→	111	D013	5	
D013	6	HCVコア抗体	144	→	143	D013	7	
D013	7	HBc抗体半定量・定量	145	→	141	D013	6	
D013	8	HA-IgM抗体	146	→	146	D013	8	
D013	8	HA抗体	146	→	146	D013	8	
D013	8	HBc-IgM抗体	146	→	146	D013	8	
D013	9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→	160	D013	9	
D013	9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→	160	D013	9	
D013	10	HE-IgA抗体定性	210	→	210	D013	10	
D013	11	HCV血清群別判定	233	→	233	D013	11	
D013	12	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	281	→	274	D013	12	
D013	13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→	330	D013	13	
D013	14	HCV特異抗体価	340	→	340	D013	14	
D013	14	HBVジェノタイプ判定	340	→	340	D013	14	
D013	注	包括項目:3項目	290	→	290	D013	注	
D013	注	包括項目:4項目	360	→	360	D013	注	
D013	注	包括項目:5項目以上	460	→	447	D013	注	
D014		自己抗体検査				D014		
D014	1	寒冷凝集反応	11	→	11	D014	1	
D014	2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→	30	D014	2	
D014	3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→	37	D014	3	
D014	3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→	37	D014	3	
D014	4	Donath-Landsteiner試験	55	→	55	D014	4	

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 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	108	→ 105	D014 5	
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	108	→ 105	D014 5	
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	108	→ 105	D014 5	
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	
D014 6	抗インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	116	→ 116	D014 7	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→ 117	D014 8	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→ 117	D014 8	
D014 9	抗サイログロブリン抗体	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体半定量	144	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定量	144	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体定性	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体半定量	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Jo-1抗体定量	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146	→ 146	D014 10	
D014 11	抗Sm抗体定性	159	→ 155	D014 11	
D014 11	抗Sm抗体半定量	159	→ 155	D014 11	
D014 11	抗Sm抗体定量	159	→ 155	D014 11	
D014 12	抗SS-B/La抗体定性	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗SS-B/La抗体半定量	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗SS-B/La抗体定量	162	→ 161	D014 12	
D014 12	抗Scl-70抗体定性	162	→ 162	D014 13	
D014 12	抗Scl-70抗体半定量	162	→ 162	D014 13	
D014 12	抗Scl-70抗体定量	162	→ 162	D014 13	
D014 13	抗SS-A/Ro抗体定性	165	→ 163	D014 14	
D014 13	抗SS-A/Ro抗体半定量	165	→ 163	D014 14	
D014 13	抗SS-A/Ro抗体定量	165	→ 163	D014 14	

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	13	C ₁ q結合免疫複合体	165	→	161	D014	12	
D014	14	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	170	→	170	D014	15	
D014	15	抗DNA抗体定量	173	→	172	D014	16	
D014	15	抗DNA抗体定性	173	→	172	D014	16	
D014	16	抗セントロメア抗体定量	184	→	184	D014	17	
D014	16	抗セントロメア抗体定性	184	→	184	D014	17	
D014	17	抗ARS抗体	190	→	190	D014	18	
D014	18	モノクローナルRF結合免疫複合体	194	→	194	D014	20	
D014	19	抗ミトコンドリア抗体定性	196	→	191	D014	19	
D014	19	抗ミトコンドリア抗体半定量	196	→	191	D014	19	
D014	20	IgG型リウマトイド因子	204	→	203	D014	22	
D014	21	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→	200	D014	21	
D014	22	C ₃ d結合免疫複合体	210	→	-	-	-	(削除)
D014	22	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→	210	D014	23	
D014	22	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→	210	D014	23	
D014	23	抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体	223	→	223	D014	25	
D014	23	抗LKM-1抗体	223	→	221	D014	24	
D014	24	抗カルジオリピン抗体	239	→	239	D014	27	
D014	24	抗TSHレセプター抗体(TRAb)	239	→	232	D014	26	
D014	25	IgG ₂ (TIA法によるもの)	239	→	239	D014	28	
D014	26	抗デスモグレイン3抗体	270	→	270	D014	29	
D014	26	抗BP180-NC16a抗体	270	→	270	D014	29	
-	-	抗MDA5抗体	-	→	270	D014	30	(新設)
-	-	抗TIF1-γ抗体	-	→	270	D014	30	(新設)
-	-	抗Mi-2抗体	-	→	270	D014	30	(新設)
D014	27	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	276	→	275	D014	32	
D014	27	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	276	→	273	D014	31	
D014	28	ループスアンチコアグラント定量	281	→	281	D014	34	

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 28	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	281	→ 277	D014 33	
D014 28	ループスアンチコアグラント定性	281	→ 281	D014 34	
D014 29	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	→ 290	D014 35	
D014 30	抗デスマogleイン1抗体	300	→ 300	D014 36	
D014 31	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→ 340	D014 37	
D014 32	IgG ₄	388	→ 377	D014 38	
D014 33	IgG ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388	→ 388	D014 39	
D014 34	抗GM1IgG抗体	460	→ 460	D014 40	
D014 34	抗GQ1bIgG抗体	460	→ 460	D014 40	
D014 35	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	856	→ 847	D014 41	
D014 36	抗グルタミン酸レセプター抗体	970	→ 970	D014 42	
D014 37	抗アクアポリン4抗体	1,000	→ 1,000	D014 43	
D014 37	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000	→ 1,000	D014 43	
- -	抗HLA抗体(スクリーニング検査)	-	→ 1,000	D014 44	(新設)
- -	抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)	-	→ 5,000	D014 45	(新設)
D014 注	包括項目:2項目	320	→ 320	D014 注	
D014 注	包括項目:3項目以上	490	→ 490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査				
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16	→ 16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)	16	→ 16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)	30	→ 30	D015 2	
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	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D015 3	
D015 4	血清補体価(CH ₅₀)	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→ 42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→ 42	D015 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		
D015 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	47	→ 47	D015 6	
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→ 60	D015 7	
D015 8	C ₃	70	→ 70	D015 8	
D015 8	C ₄	70	→ 70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90	→ 90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE半定量	100	→ 100	D015 10	
D015 10	非特異的IgE定量	100	→ 100	D015 10	
D015 11	特異的IgE半定量・定量	110	→ 110	D015 12	
D015 11	β ₂ -マイクログロブリン	110	→ 107	D015 11	
D015 11	トランスサイレチン(プレアルブミン)	110	→ 107	D015 11	
D015 12	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 136	D015 13	
D015 13	α ₁ -マイクログロブリン	144	→ 140	D015 14	
D015 13	ハプトグロビン(型補正を含む。)	144	→ 140	D015 14	
D015 14	C ₃ プロアクチベータ	160	→ 160	D015 16	
-	-	-	→ 170	D015 17	(新設)
D015 15	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	163	→ 159	D015 15	
D015 16	ヘモペキシシ	180	→ 180	D015 18	
D015 17	APRスコア定性	191	→ 191	D015 20	
D015 18	アトピー鑑別試験定性	194	→ 194	D015 21	
D015 18	TARC	194	→ 189	D015 19	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	204	→ 204	D015 23	
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	209	→ 203	D015 22	
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	210	→ -	-	(削除)
-	-	-	→ 230	D015 24	(新設)
D015 22	C ₁ インアクチベータ	276	→ 276	D015 25	
D015 23	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330	→ 330	D015 26	
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	400	→ 400	D015 27	
D015 25	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	630	→ 630	D015 28	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D016	細胞機能検査				
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	165	→ 161	D016 1	(項目の分割)
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 3	
D016 2	T細胞サブセット検査(一連につき)	200	→ 194	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	204	→ 204	D016 4	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 5	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 6	
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)	345	→ -	D016 7	
- -	イ 1薬剤	-	→ 345	D016 7	
- -	ロ 2薬剤	-	→ 425	D016 7	
- -	ハ 3薬剤以上	-	→ 515	D016 7	
(微生物学的検査)					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	61	→ 61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査				
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→ 160	D018 1	(新設)
D018 2	消化管からの検体	180	→ 180	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	210	→ 210	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	170	→ 170	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	160	→ 160	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	118	→ 115	D018 注1	
- -	質量分析装置加算	-	→ 40	D018 注2	
D019	細菌薬剤感受性検査				
D019 1	1菌種	170	→ 170	D019 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		
D019 2	2菌種	220	→ 220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	280	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査				
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	280	→ 280	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	210	→ 204	D020 2	
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	370	→ 361	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	380	→ 380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査				
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 3	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	286	→ 286	D023 4	
D023 4	HBV核酸定量	287	→ 279	D023 3	
D023 4	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	287	→ 450	D023 12	
D023 5	レジオネラ核酸検出	292	→ 292	D023 5	
D023 6	マイコプラズマ核酸検出	300	→ 300	D023 6	
-	EBウイルス核酸定量	-	→ 310	D023 7	(新設)
D023 7	HCV核酸検出	360	→ 360	D023 8	
D023 7	HPV核酸検出	360	→ 360	D023 8	
D023 7	HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	360	→ 360	D023 8	
-	百日咳菌核酸検出	-	→ 360	D023 8	(新設)
D023 8	インフルエンザ核酸検出	410	→ 410	D023 9	
D023 8	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 9	
D023 8	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 9	
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出	421	→ 421	D023 10	
D023 10	HCV核酸定量	450	→ 437	D023 11	
D023 10	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 12	

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 10	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 12	
D023 10	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 12	
D023 10	HTLV-1核酸検出	450	→ 450	D023 12	
D023 11	HIV-1核酸定量	520	→ 520	D023 13	
D023 11	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 13	
D023 12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
D023 12	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
D023 12	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
- -	サイトメガロウイルス核酸検出	-	→ 850	D023 14	(新設)
- -	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	-	→ 1,700	D023 15	(新設)
D023 13	HPVジェノタイプ判定	2,000	→ 2,000	D023 16	
D023 14	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→ 6,000	D023 17	
- -	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	-	→ 100	D023 注	(新設)
D023-2	その他の微生物学的検査				
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性	55	→ 55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70	→ 70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH) 定性	150	→ -	- -	(削除)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	194	→ 194	D023-2 3	
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
(基本的検体検査実施料)					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	入院の日から起算して4週間以内の期間	140	→ 140	D025 1	
D025 2	入院の日から起算して4週間を超えた期間	110	→ 110	D025 2	
第2款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料				
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→ 144	D026 3	

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	4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	144	→	144	D026	4	
D026	5	免疫学的検査判断料	144	→	144	D026	5	
D026	6	微生物学的検査判断料	150	→	150	D026	6	
D026	注3	検体検査管理加算(Ⅰ)	40	→	40	D026	注3	
D026	注3	検体検査管理加算(Ⅱ)	100	→	100	D026	注3	
D026	注3	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	→	300	D026	注3	
D026	注3	検体検査管理加算(Ⅳ)	500	→	500	D026	注3	
D026	注4	注 国際標準検査管理加算	40	→	40	D026	注4	
D026	注5	遺伝カウンセリング加算	500	→	1,000	D026	注5	
D026	注6	骨髄像診断加算	240	→	240	D026	注6	
D026	注7	免疫電気泳動法診断加算	50	→	50	D026	注7	
D027		基本的検体検査判断料	604	→	604	D027		
第2節 削除								
第3節 生体検査料								
(呼吸循環機能検査等)								
D200		スパイログラフイー等検査				D200		
D200	1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	90	→	90	D200	1	
D200	2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	100	→	100	D200	2	
D200	3	機能的残気量測定	140	→	140	D200	3	
D200	4	呼気ガス分析	100	→	100	D200	4	
D200	5	左右別肺機能検査	1,010	→	1,010	D200	5	
D201		換気力学的検査				D201		
D201	1	呼吸抵抗測定				D201	1	
D201	1	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	150	→	150	D201	1	
D201	1	ロ その他の場合	60	→	60	D201	1	
D201	2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査	135	→	135	D201	2	
D202		肺内ガス分布				D202		
D202	1	指標ガス洗い出し検査	135	→	135	D202	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		
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	150	→ 180	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D206 注1	1 新生児加算	10,800	→ 10,800	D206 注1	
D206 注1	1 乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D206 注1	
D206 注1	2 新生児加算	12,000	→ 12,000	D206 注1	
D206 注1	2 乳幼児加算	4,000	→ 4,000	D206 注1	
D206 注2	卵円孔・欠損孔加算	800	→ 800	D206 注2	
D206 注2	ブロッケンブロー加算	2,000	→ 2,000	D206 注2	
D206 注2	伝導機能検査加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	ヒス束心電図加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	診断ペーシング加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	期外刺激法加算	600	→ 600	D206 注2	
-	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	-	→ 600	D206 注2	(新設)
D206 注2	冠動脈造影加算	1,400	→ 1,400	D206 注2	
D206 注3	血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算	400	→ 400	D206 注3	
D206 注4	冠動脈血流予備能測定検査加算	600	→ 600	D206 注4	
D206 注5	血管内視鏡検査加算	400	→ 400	D206 注5	
D206 注9	心腔内超音波検査加算	400	→ 400	D206 注9	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮膚灌流圧測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 3	脳循環測定(色素希釈法によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 3	注1 心拍出量測定加算	1,300	→ 1,300	D207 3	
D207 4	血管内皮機能検査(一連につき)	200	→ 200	D207 4	
D207 5	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→ 1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200	→ 200	D208 4	
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 380	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,750	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→ 90	D210-3	
D210-4	T波オルタナンス検査	1,100	→ 1,100	D210-4	

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		
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	1,200	→ 1,400	D211	
D211 注3	連続呼気ガス分析加算	200	→ 520	D211 注3	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	200	→ 200	D211-3	
D211-4	シャトルウォーキングテスト	200	→ 200	D211-4	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 600	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	1検査	60	→ 60	D214 1	
D214 2	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 3	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 4	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 5	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
D214 6	血管伸展性検査	100	→ 100	D214 6	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
- -	ロ 下肢血管	-	→ 450	D215 2	(新設)
D215 2	ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 300	D215 3	

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					
-	-	注2 胎児心エコー法診断加算	-	→	700	D215	3	(新設)
D215	3	ホ 負荷心エコー法	1,680	→	2,010	D215	3	
D215	4	ドプラ法(1日につき)				D215	4	
D215	4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→	20	D215	4	
D215	4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→	150	D215	4	
D215	4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→	400	D215	4	
D215	5	血管内超音波法	3,600	→	4,290	D215	5	
D215	注1	造影剤使用加算	150	→	180	D215	注1	
D215	注2	パルスドプラ法加算	200	→	200	D215	注2	
D215	注7	微小栓子シグナル加算	150	→	150	D215	注7	
D215-2		肝硬度測定	200	→	200	D215-2		
D215-3		超音波エラストグラフィ	200	→	200	D215-3		
D216		サーモグラフィ検査(記録に要する費用を含む。)	200	→	200	D216		
D216	注	負荷検査加算	100	→	100	D216	注	
D216-2		残尿測定検査				D216-2		
D216-2	1	超音波検査によるもの	55	→	55	D216-2	1	
D216-2	2	導尿によるもの	45	→	45	D216-2	2	
D217		骨塩定量検査				D217		
D217	1	DEXA法による腰椎撮影	360	→	360	D217	1	
D217	1	注 大腿骨同時撮影加算	90	→	90	D217	1	
D217	2	MD法	140	→	140	D217	2	
D217	2	SEXA法等	140	→	140	D217	2	
D217	3	超音波法	80	→	80	D217	3	
(監視装置による諸検査)								
D218		分娩監視装置による諸検査				D218		
D218	1	1時間以内の場合	400	→	480	D218	1	
D218	2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→	660	D218	2	
D218	3	1時間30分を超えた場合	700	→	840	D218	3	

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		
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				
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	620	→ 620	D221-2	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	→ 100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	→ 600	D222 2	
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定(1日につき)	100	→ 100	D222-2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	→ 30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	→ 100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	→ 100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→ 100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→ 200	D225-3	
D225-4	ヘッドアップティルト試験	980	→ 980	D225-4	
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	→ 120	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	→ 240	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	125	→ 125	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	500	→ 600	D227 2	

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		
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→ 180	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 540	D230 2	
D230 注1	バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算	1,300	→ 1,300	D230 注1	
D231	人工膀胱検査(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 780	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,300	→ 1,300	D234	
(脳波検査等)					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600	→ 720	D235	
D235 注1	賦活検査加算	250	→ 250	D235 注1	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	500	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)			D235-3	
D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査1	3,500	→ 3,500	D235-3 1	
D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査2	900	→ 900	D235-3 2	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 804	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 804	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 804	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 960	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー			D236-2	
D236-2 1	脳外科手術の術前検査に使用するもの	670	→ 670	D236-2 1	

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		
D236-2 2	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの			D236-2 2	
D236-2 2	イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	400	→ 400	D236-2 2	
D236-2 2	ロ イ以外の場合	200	→ 200	D236-2 2	
D236-3	脳磁図	5,100	→ 5,100	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	→ 720	D237 1	
D237 2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250	→ 250	D237 2	
D237 3	1及び2以外の場合	3,300	→ 3,960	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料			D238	
D238 1	脳波検査判断料1	350	→ 350	D238 1	
D238 2	脳波検査判断料2	180	→ 180	D238 2	
(神経・筋検査)					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき))	300	→ 300	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	150	→ 200	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 800	D239 3	
D239 注	複数神経加算	150	→ 150		
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	450	→ 500	D239-3	
D239-4	全身温熱発汗試験	600	→ 600	D239-4	
D239-5	精密知覚機能検査	280	→ 280	D239-5	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト(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	180	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	

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		
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
(耳鼻咽喉科学的検査)					
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	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→ 110	D244 3	
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→ 40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	→ 150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→ 1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	→ 700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	290	→ 290	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	340	→ 340	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	

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		
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査			D250 3	
D250 3	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300	→ 300	D250 3	
D250 3	ロ その他の場合	140	→ 140	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→ 400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	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	
D250 注	パワー・ベクトル分析加算	200	→ 200	D250 注	
D250 注	刺激又は負荷加算	120	→ 120	D250 注	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコープ	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	

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		
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
(眼科学的検査)					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	-	→ -	D256 1	
D256 1	イ アナログ撮影	54	→ 54	D256 1	
D256 1	ロ デジタル撮影	58	→ 58	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→ 400	D256 2	
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510	→ 510	D256 3	
D256 注2	広角眼底撮影加算	100	→ 100	D256 注2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
-	-				
-	光干渉断層血管撮影	-	→ 400	D256-3	(新設)
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	290	→ 290	D260 2	
D261	屈折検査	-	→ -	D261	
D261 1	6歳未満の場合	69	→ 69	D261 1	
D261 2	1以外の場合	69	→ 69	D261 2	
D262	調節検査	70	→ 70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方箋の交付を行う場合	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
-	-				
-	コントラスト感度検査	-	→ 207	D263-2	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D264	精密眼圧測定	82	→ 82	D264	
D264 注	負荷測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	105	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70	→ 70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	48	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	48	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除			D270	
D270-2	ロービジョン検査判断料	250	→ 250	D270-2	
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	48	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	48	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	48	→ 48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
-	-				
-	前眼部三次元画像解析	-	→ 265	D274-2	(新設)
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
-	-				
-	前房水漏出検査	-	→ 149	D275-2	(新設)
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
-	-				
-	涙道内視鏡検査	-	→ 640	D277-2	(新設)

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		
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	
D282-2	行動観察による視力検査			D282-2	
D282-2 1	PL (Preferential Looking)法	100	→ 100	D282-2 1	
D282-2 2	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	60	→ 60	D282-2 2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	→ 200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	180	→ 180	D282-3 2	
D282-3 3	コンタクトレンズ検査料3	56	→ 56	D282-3 3	
D282-3 4	コンタクトレンズ検査料4	50	→ 50	D282-3 4	
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72	→ 72	D282-4	
(臨床心理・神経心理検査)					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D283 2	
D283 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D283 3	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	

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		
(負荷試験等)					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1,280	→ 1,280	D286-2	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ ゴナドトロピン(LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鉱質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膾機能テスト(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	
D289 2	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)	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	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ヨードカリ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 3	胆道機能テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 3	胃液分泌刺激テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 4	セクレチン試験	3,000	→ 3,000	D289 4	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100	→ 100	D290	
D290	ルビンテスト	100	→ 100	D290	
D290-2	尿失禁定量テスト(パッドテスト)	100	→ 100	D290-2	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定			D291	
D291 1	21箇所以内の場合(1箇所につき)	16	→ 16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合(一連につき)	350	→ 350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→ 1,000	D291-2	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→ 1,000	D291-3	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→ 575	D293 2	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
(内視鏡検査)					

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		
D295	関節鏡検査(片側)	600	→ 720	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→ 220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(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	→ 720	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	削除			D301	
D302	気管支ファイバースコープ	2,500	→ 2,500	D302	
D302 注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算	200	→ 200	D302 注	
-	-	-	→ 320	D302-2	(新設)
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 7,200	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	削除			D305	
D306	食道ファイバースコープ	800	→ 800	D306	
D306 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D306 注1	
D306 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注2	
D307	削除				
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注1	胆管・膵管造影法加算	600	→ 600	D308 注1	
D308 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D308 注2	
D308 注3	胆管・膵管鏡加算	600	→ 2,800	D308 注3	
D308 注4	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注4	
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	→ 4,000	D309	
D310	小腸内視鏡検査			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000	→ 7,800	D310 1	

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		
D310 2	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 5,000	D310 2	
D310 3	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 4	その他のもの	1,700	→ 1,700	D310 4	
D310 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D310 注2	
D310-2	消化管通過性検査	600	→ 600	D310-2	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコープ	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D312	
D313	大腸内視鏡検査			D313	
D313 1	ファイバースコープによるもの			D313 1	
D313 1	イ S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 1	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 1	
D313 1	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 1	
D313 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,550	→ 1,550	D313 2	
D313 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D313 注1	
D313 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注2	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 2,160	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 2,160	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 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317 注	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
D317-2 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317-2 注	
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→ 1,200	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコープ(片側)	1,500	→ 1,800	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコープ	210	→ 210	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	→ 960	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 2,040	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
D325 注1	新生児加算	10,800	→ 10,800	D325 注1	
D325 注1	乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D325 注1	
第4節 診断穿刺・検体採取料					
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	25	→ 30	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注2	乳幼児加算	20	→ 25	D400 注2	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403 注	乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	60	→ 60	D406	

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		
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	180	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検(片側)			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)			D410	
D410 1	生検針によるもの	650	→ 650	D410 1	
D410 2	その他	200	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	4,000	→ 4,800	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,800	D415	
D415 注1	ガイドシース加算	500	→ 500	D415 注1	
D415 注2	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→ 1,000	D415 注2	
D415-2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	5,500	→ 5,500	D415-2	
-	-				
-	経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)	-	→ 5,500	D415-3	(新設)
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
D416 注	乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。)	500	→ 500	D417 1	(名称の変更)
-	-				
-	筋肉(心筋を除く。)	-	→ 1,500	D417 2	(新設)

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 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 4,600	D417 3	
D417 3	眼			D417 4	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 4	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	→ 350	D417 4	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 5	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 6	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 7	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 8	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 9	
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 10	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 11	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→ 400	D417 12	
D417 12	末梢神経	620	→ 1,620	D417 13	
D417 13	心筋	5,000	→ 6,000	D417 14	
D417 注	乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→ 210	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 420	D419 4	
D419 5	副腎静脈サンプリング(一連につき)	4,800	→ 4,800	D419 5	
D419 6	鼻腔・咽頭拭い液採取	5	→ 5	D419 6	
-	-				
-	眼内液(前房水・硝子体液)検査	-	→ 1,000	D419-2	(新設)

別表2

第3部 検査 (名称を変更する項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 52	HTLV-I 抗体(ウエスタンブロット法)	D012 49	HTLV-I 抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)

別表3

第3部 検査 (1つの検査を複数に分ける項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006-4	遺伝学的検査	D006-4 D006-4 1 D006-4 2 D006-4 3	遺伝学的検査 処理が容易なもの 処理が複雑なもの 処理が極めて複雑なもの
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	D016 7 D016 7 D016 7 D016 7	リンパ球刺激試験(LST) イ 1薬剤 ロ 2薬剤 ハ 3薬剤以上
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)	D417 1 2	皮膚(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。) 筋肉(心筋を除く。)

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</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3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>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、</p>	<p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、</p>

【通則の見直し】

その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点を所定点数に加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

【通則の見直し】

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文

その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文

に規定する保険医療機関間で行った場合であつて、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。

に規定する保険医療機関間で行った場合であつて、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。

第2節 核医学診断料

E101-2 ポジトロン断層撮影

【点数の見直し】

3 ¹³N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

9,000点

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

【注の見直し】

注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい

注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい

	<p>て、心臓のMR I 撮影を行った場合は、心臓MR I 撮影加算として、300点を所定点数に加算する。</p>		<p>て、心臓のMR I 撮影を行った場合は、心臓MR I 撮影加算として、400点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注7 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合している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て、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MR I 撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合している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、頭部のMR I 撮影を行った場合は、頭部MR I 撮影加算として、100点を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5部 投薬</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F100 処方料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合</p>

【注の見直し】

3 1及び2以外の場合 42点

注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

【注の見直し】

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。

3 1及び2以外の場合 29点

注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

【注の追加】

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点

(追加)

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点

注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものであることについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

【注の見直し】

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病

【注の見直し】

投与するものを除く。)を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

【項目の見直し】

1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点

2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定す

1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点

2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定す

るものを除く。)を行った場合 40点

3 1及び2以外の場合 68点

【注の見直し】

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 of 投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上 of 処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。

るものを除く。)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合 40点

3 1及び2以外の場合 68点

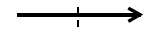
注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 of 投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上 of 処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

【注の見直し】

注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

- イ 一般名処方加算1 3点
- ロ 一般名処方加算2 2点

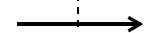


注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算1 6点
- ロ 一般名処方加算2 4点

【注の追加】

(追加)



注8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合には、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

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>第1節 注射料</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G020 無菌製剤処理料</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保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、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。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、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。</p>

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>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>リハビリテーション総合計画評価料 300点</p> <p>注1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生</p>	<p>リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点</p> <p>2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点</p> <p>注1 1について、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと</p>

【注の追加】

局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

(追加)

して地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

注2 2について、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は運動器リハビリテーション料(II)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテ

<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p>	<p>ーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p>注3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p>
<p>H003-3 リハビリテーション総合計画提供料</p>	<p>リハビリテーション総合計画提供料 100点</p>	<p>リハビリテーション計画提供料</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p>	<p>1 リハビリテーション計画提供料1 275点</p> <p>2 リハビリテーション計画提供料2 100点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注1 1について、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、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群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すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定して</p>

いるものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。

H004 摂食機能療法（1日につき）

【項目の見直し】

摂食機能療法（1日につき）

185点

摂食機能療法（1日につき）

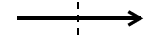
<p>【注の追加】</p> <p>H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき）</p>		<p>1 30分以上の場合 185点</p> <p>2 30分未満の場合 130点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。</p>	<p>(追加) →</p> <p>注2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第8部 精神科専門療法 第1節 精神科専門療料 I000 精神科電気痙攣療法 ^{けいれん} 【点数の見直し】 【注の追加】 I001 入院精神療法（1回につき） 【点数の見直し】 I002 通院・在宅精神療法（1回	 1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身 麻酔を行った場合 3,000点 2 1以外の場合 150点 （追加） 1 入院精神療法(I) 360点 2 入院精神療法(II) (略)	 2,800点 150点 注3 1については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。 1 入院精神療法(I) 400点 2 入院精神療法(II) (略)

につき)

【項目の見直し】

- 1 通院精神療法
 - イ 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精神療法を行った場合 600点
 - ロ イ以外の場合
 - (1) 30分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点
- 2 在宅精神療法
 - イ 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在宅精神療法を行った場合 600点
 - ロ 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60分以上の在宅精神療法を行った場合
(イに該当する場合を除く。) 540点
 - ハ イ及びロ以外の場合
 - (1) 30分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点

- 
- 1 通院精神療法
 - イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
 - ロ 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、60分以上行った場合 540点
 - ハ イ及びロ以外の場合
 - (1) 30分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点
 - 2 在宅精神療法
 - イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
 - ロ 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、60分以上行った場合 600点
 - ハ イ及びロ以外の場合
 - (1) 60分以上の場合 540点
 - (2) 30分以上60分未満の場合 400点

		(3) 30分未満の場合 330点
【注の追加】	(追加) →	注7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。
I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法 (1日につき)		
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 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以外の医師による場合 420点 3 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と看護師が共同して行う場合 350点 	<ul style="list-style-type: none"> 1 医師による場合 480点 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点
I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア (1日につき)		
【注の追加】	(追加) →	注7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神

科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。

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)
イ・ロ (略)
- 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点
- 3 精神科訪問看護・指導料(III)
イ・ロ (略)

- 1 精神科訪問看護・指導料(I)
イ・ロ (略)
- 2 削除
- 3 精神科訪問看護・指導料(III)
イ・ロ (略)

【注の削除】

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って、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、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。

(削除)

【注の見直し】

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。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる

注4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の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、複数名精神科訪問看護

区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週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

護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。

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

(1) 1日に1回の場合 450点

(2) 1日に2回の場合 900点

(3) 1日に3回以上の場合 1,450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

(1) 1日に1回の場合 380点

(2) 1日に2回の場合 760点

(3) 1日に3回以上の場合 1,240点

【注の削除】

注6 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに40点を所定点数に加算する。

(削除)

【注の見直し】

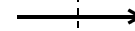
注7 注1及び注3に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導

注5 注1及び注2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

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、520点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

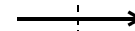


た場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者と連携し、特定行為業務が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関して当該事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)



注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者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精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

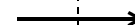
イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）

【名称の見直し】

精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）



精神科在宅患者支援管理料（月 1 回）

【項目の見直し】

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
 - イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,800点
 - ロ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,350点
- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
 - イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,480点
 - ロ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,110点



- 1 精神科在宅患者支援管理料 1
 - イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合
 - (1) 単一建物診療患者 1 人 3,000点
 - (2) 単一建物診療患者 2 人以上 2,250点
 - ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合
 - (1) 単一建物診療患者 1 人 2,500点
 - (2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,875点
 - ハ イ及びロ以外の患者の場合
 - (1) 単一建物診療患者 1 人 2,030点
 - (2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,248点
- 2 精神科在宅患者支援管理料 2
 - イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合
 - (1) 単一建物診療患者 1 人 2,467点
 - (2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850点
 - ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合
 - (1) 単一建物診療患者 1 人 2,056点
 - (2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点

【注の見直し】

注 1 1 については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が



注 1 1 については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関

困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準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限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

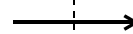
【注の見直し】

注2 2については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準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限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準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限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の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と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)



注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第9部 処置 第1節 処置料 J000 創傷処置 【点数の見直し】	1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 160点 5 6,000平方センチメートル以上 275点	52点 60点 90点 160点 275点
J001 熱傷処置 【点数の見直し】	1 100平方センチメートル未満 135点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 225点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 420点	135点 147点 270点 504点

	5 6,000平方センチメートル以上	1,250点		1,500点
J 0 0 5 脳室 ^{せん} 穿刺 【点数の見直し】		500点	→	600点
J 0 0 7 頸椎 ^{けい} 、胸椎又は腰椎 ^{せん} 穿刺 【点数の見直し】		220点	→	264点
J 0 1 1 骨髄 ^{せん} 穿刺 【点数の見直し】	1 胸骨 2 その他	260点 280点	→	310点 330点
J 0 1 2 腎嚢胞 ^{のう} 又は水腎症 ^{せん} 穿刺 【点数の見直し】		240点	→	280点
J 0 1 7 エタノールの局所注入 【点数の見直し】		1,000点	→	1,200点
J 0 1 7-2 リンパ管腫局所注入 【点数の見直し】		1,000点	→	1,020点
J 0 1 9 持続的 ^{くう} 胸腔ドレナージ（開始日）				

【点数の見直し】		550点	→	660点	
J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法 (1日につき)					
【点数の見直し】		65点	→	160点	
J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー (1日につき)					
【項目の見直し】	ハイフローセラピー (1日につき)	160点	→	ハイフローセラピー (1日につき)	
				1 15歳未満の患者の場合	282点
				2 15歳以上の患者の場合	192点
J 0 2 7 高気圧酸素治療 (1日につき)					
【項目の見直し】	1 救急的なもの		→	1 減圧症又は空気塞栓に対するもの	5,000点
	イ 1人用高圧酸素治療	5,000点		2 その他のもの	3,000点
	ロ 多人数用高圧酸素治療	6,000点			
	2 非救急的なもの	200点			
【注の追加】		(追加)	→	注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。	

J 0 3 0 食道ブジー法			
【点数の見直し】		100点	120点
J 0 3 1 直腸ブジー法			
【点数の見直し】		100点	120点
J 0 3 4-2 EDチューブ挿入術			
【名称の見直し】	EDチューブ挿入術		経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術
【新設】		(新設)	J 0 3 4-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点
J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,010点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,175点 ハ 5時間以上の場合 2,310点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,225点 3 その他の場合 1,580点 		<ul style="list-style-type: none"> 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 1,980点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点 ハ 5時間以上の場合 2,275点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 1,940点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点 ハ 5時間以上の場合 2,230点 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合 1,900点

			ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点 ハ 5時間以上の場合 2,185点 4 その他の場合 1,580点
【注の見直し】	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。	→	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注2 導入期1月に限り1日につき300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保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、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 導入期加算1 300点 ロ 導入期加算2 400点
【注の見直し】	注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。	→	注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。
【注の見直し】	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	→	注6 1から3までの場合にあつては、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

	るものとする。		まれるものとする。
【注の見直し】	<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。</p> <p>イ 透析液水質確保加算1 8点</p> <p>ロ 透析液水質確保加算2 20点</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。</p>
【注の追加】	(追加)	→	<p>注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	→	<p>注12 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った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>
【注の追加】	(追加)	→	<p>注13 1から3までについては、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慢性維持透析濾過（複雑なものに限</p>

る。)を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。

J 0 4 3 - 4 経管栄養カテーテル交換法

【名称の見直し】

経管栄養カテーテル交換法

→ 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

J 0 4 3 - 5 尿路ストーマカテーテル交換法

【注の追加】

(追加)

注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

J 0 4 9 食道圧迫止血チューブ挿入法

【点数の見直し】

2,700点

→ 3,240点

J 0 5 0 気管内洗浄(1日につき)

【点数の見直し】

240点

→ 280点

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法

【名称の見直し】

いぼ冷凍凝固法

→ いぼ等冷凍凝固法

【点数の見直し】

1 3箇所以下
2 4箇所以上

210点
260点

210点
270点

J 0 5 7 - 3 鶏眼・胼胝^{べんち}処置

【注の見直し】

注 月 1 回に限り算定する。

J 0 6 2 腎盂^う内注入（尿管カテーテル法を含む。）

【点数の見直し】

1,080点 → 1,290点

J 0 6 6 尿道拡張法

【点数の見直し】

180点 → 216点

J 0 6 7 誘導ブジー法

【点数の見直し】

180点 → 216点

J 0 7 1 羊水^{せん}穿刺（羊水過多症の場合）

【点数の見直し】

120点 → 144点

J 0 7 5 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法

【点数の見直し】

340点 → 408点

J 0 7 7 子宮出血止血法

【点数の見直し】	1 分娩時のもの 2 分娩外のもの	520点 45点	→	624点 45点
J 0 8 1 分娩時鈍性頸管拡張法				
【点数の見直し】		380点	→	456点
J 0 8 2 - 2 薬物放出子宮内システム処置				
【点数の見直し】	1 挿入術 2 除去術	200点 150点	→	240点 150点
J 0 8 5 - 2 人工羊水注入法				
【点数の見直し】		600点	→	720点
J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）				
【点数の見直し】	1 片側 2 両側	100点 150点	→	100点 180点
【注の見直し】	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。		→	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。
J 1 1 6 - 5 酵素注射療法				
【点数の見直し】		490点	→	2,490点

通則

【通則の見直し】

3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

J122 四肢ギプス包帯

【点数の見直し】

- | | | |
|---|---------------------|--------|
| 1 | 鼻ギプス | 310点 |
| 2 | 手指及び手、足（片側） | 490点 |
| 3 | 半肢（片側） | 780点 |
| 4 | 内反足矯正ギプス包帯（片側） | 950点 |
| 5 | 上肢、下肢（片側） | 1,200点 |
| 6 | 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側） | 1,700点 |

- | |
|--------|
| 310点 |
| 490点 |
| 780点 |
| 1,140点 |
| 1,200点 |
| 1,840点 |

J123 体幹ギプス包帯

【点数の見直し】

1,250点

1,500点

J126 斜頸^{けい}矯正ギプス包帯

【点数の見直し】

1,500点

1,670点

J127 先天性股関節脱臼ギプス包帯

<p>【点数の見直し】</p> <p>J 1 2 8 脊椎側^{わん}弯矯正ギブス包帯</p>	<p>2,000点</p>		<p>2,400点</p>
<p>【点数の見直し】</p> <p>第2節 処置医療機器等加算</p> <p>J 2 0 1 酸素加算</p>	<p>3,000点</p>		<p>3,440点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 区分番号J 0 2 4からJ 0 2 8まで及びJ 0 4 5に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。</p>		<p>注1 区分番号J 0 2 4からJ 0 2 8まで及びJ 0 4 5に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。</p>

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。）、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K464-2、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K530-3、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K</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。）、K014-2、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K400の3、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、</p>

615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、K677の1、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2からK843-4まで、K865-2、K879-2、K910-2及びK910-3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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2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を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K656-2、K664-3、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4

【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

まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K910-2及びK910-3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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2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を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、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、K190-2、K204、K229、K230、K23

、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。）、K695-2、K702、K703、K703-2、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、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及び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を満たす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】

6 区分番号K528、K528-3、K535

4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、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、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。）、K695-2、K702、K703、K703-2、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、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及び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を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6 区分番号K528、K528-3、K535

【通則の見直し】

、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、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、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K7

、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、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、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K684-2、K697-5、K7

17、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

【通則の見直し】

17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手

16の1、K716-2、K717、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805からK805-3まで、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。

<p>【通則の追加】</p> <p>第1節 手術料</p> <p>第1款 皮膚・皮下組織</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</p> <p>K134-2 内視鏡下椎間板摘出</p>	<p>術加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加)</p> <p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p>	<p>18 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、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内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p> <p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p>
---	---	---

(切除)術

【注の追加】

(追加)

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、複数椎間板加算として、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、加算は2椎間を超えないものとする。

第3款 神経系・頭蓋

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

【注の見直し】

注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、10,000点を所定点数に加算する。

注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。

K177 脳動脈瘤^{りゅうけい}頸部クリッピング

【注の見直し】

注2 頭蓋外・頭蓋内血管^{ふん}吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

注2 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管^{ふん}吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管^{ふん}吻合を併せて行った場合は、ハイフロ

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の見直し】

注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

ーバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

【注の追加】

(追加)

注3 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術
5,360点
注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及びK 6 5 3 - 3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。

第8款 心・脈管

【新設】

(新設)

→ K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下^{くう}弁置換術
1 1弁のもの 115,500点
2 2弁のもの 130,200点
注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、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。

【新設】

(新設)

→ K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術 34,930点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

第9款 腹部

【新設】

(新設)

→ K 6 8 9 - 2 経皮経肝バルーン拡張術 12,270点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 6 9 5 肝切除術

【注の追加】

(追加)

→ 注 区分番号K 6 9 7 - 2に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号K 6 9 7 - 3に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波^{しやく}焼灼療法を併せて実施した場合には、局所^{せん}穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。

<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→ K 7 1 6 - 3 移植用部分小腸採取術 (生体) 56,850点 注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→ K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 164,240点 注1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 注2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→ K 7 1 6 - 5 移植用小腸採取術 (死体) 65,140点 注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→ K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 177,980点 注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>K 7 4 0 直腸切除・切断術</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→ 注 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算とし</p>

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切
断術

【注の追加】

(追加)

て、2,000点を所定点数に加算する。

注 1 及び2については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

第10款 尿路系・副腎

K 7 8 6 尿管膀胱吻合術

【注の追加】

(追加)

注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

【注の見直し】

注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48点を所定点数に加算する。

→

注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54点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注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。

→

注8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算

K 9 2 2 造血幹細胞移植

【注の追加】

【注の追加】

【新設】

第3節 手術医療機器等加算

として、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。

(追加)

注8 1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。

(追加)

注9 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実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

(新設)

K 9 2 4 - 2 自己クリオプレシピテート作製術
(用手法) 1,760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、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

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 6-2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6、K 0 7 8、K 1 2 4-2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、K 0 7 8、K 1 2 4-2、K 1 2 5、K 1 8 0の3又はK 4 4 3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。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 4-2、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 2 9-2、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 4-3の2からK 6 5 5-2まで、K 6 5 5-4、K 6 5 6-2、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 6 7 4、K 6 7 5の2からK 6 7 5の5まで、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 8 0、K 6 9 5の4からK 6 9 5の7まで、K 6 9 6、K 7 0 2からK 7 0 3まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1-2、K 7 1 6、K 7 1 9からK 7 1 9-3まで、K 7 1 9-5、K 7 3 2の2、K 7 3 5、K 7 3 5-3、K 7 3 9、K 7 3 9-3、K 7 4 0、K 7 4 0-2、K 8 0 3及びK 8 1 7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。

注1 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 4-2、K 5 2 4-3、K 5 2 5、K 5 2 9からK 5 2 9-3まで、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 4-3の2からK 6 5 5-2まで、K 6 5 5-4、K 6 5 5-5、K 6 5 6-2、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 6 6 2、K 6 6 2-2、K 6 7 4、K 6 7 4-2、K 6 7 5の2からK 6 7 5の5まで、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 8 0、K 6 9 5の4からK 6 9 5の7まで、K 6 9 5-2の4からK 6 9 5-2の6まで、K 6 9 6、K 7 0 0からK 7 0 0-3まで、K 7 0 2からK 7 0 3-2まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1-2、K 7 1 6、K 7 1 6-2、K 7 1 9からK 7 1 9-3まで、K 7 1 9-5、K 7 3 2の2、K 7 3 5、K 7 3 5-3、K 7 3 5-5、K 7 3 9、K 7 3 9-3、K 7 4 0、K 7 4 0-2、K 8 0 3からK 8 0 3-3まで及びK 8 1 7の

<p>【注の追加】</p>		(追加)	<p>3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。</p>
<p>K936-2 自動吻合器^{ふん}加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 区分番号K522-3、K525、K529、K529-2、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器^{ふん}を使用した場合に算定する。</p>		<p>注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器^{ふん}を使用した場合に算定する。</p>
<p>K937-2 術中グラフト血流測定加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 冠動脈血行再建術に当たって、グラフト血流を測定した場合に算定する。</p>		<p>注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。</p>
<p>K939 画像等手術支援加算</p>			

【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、K340-3からK340-7まで、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K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434及び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。

3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点

注 区分番号K082及びK082-3に掲げ

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、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、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K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及び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。

3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点

注 区分番号K082及びK082-3に掲げ

【新設】

る手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

(新設)

る手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

K 9 3 9 - 7 レーザー機器加算

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | レーザー機器加算 1 | 50点 |
| 2 | レーザー機器加算 2 | 100点 |
| 3 | レーザー機器加算 3 | 200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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

注2 1については、K 4 0 6 (1に限る。)、K 4 1 3 (1に限る。)、K 4 2 1 (1に限る。)、K 4 2 3 (1に限る。)及びK 4 4 8に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注3 2については、区分番号K 4 1 3 (2に限る。)に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注4 3については、区分番号K 4 0 6 (2に限る。)、K 4 0 9、K 4 1 1、K 4 2 1 (2に限る。)、K 4 2 3 (2に限る。)、K 4 5 1及びK 4 5 2に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置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)	-	→	3		
	イ	頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	7,170	→ 8,600	イ		
	ロ	その他のもの	2,000	→ 2,400	ロ		
	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		
	注2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→ 460	注2		
	注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→ 100	注3		
	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	→ 2,220	3		
4		筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860	→ 3,430	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	→ 1,740	8		
注2		真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→ 460	注2		
注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→ 100	注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		
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	2,990	→ 3,580	2	
	3 3,000平方センチメートル以上	8,360	→ 10,030	3	
	注3 深部デブリードマン加算(当初の1回に限る)	1,000	→ 1,000	注3	
	注4 水圧式デブリードマン加算(一連の治療につき1回に限る)	2,500	→ 2,500	注4	
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
	1 長径3センチメートル未満	3,480	→ 3,480	1	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180	→ 9,180	2	
	3 長径6センチメートル以上	17,810	→ 17,810	3	
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004	
	1 長径3センチメートル未満	2,110	→ 2,110	1	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,070	→ 4,070	2	
	3 長径6センチメートル以上	9,480	→ 11,370	3	
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
	1 長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
	3 長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
	1 長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
	3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満	4,160	→ 4,160	3	
	4 長径12センチメートル以上	8,320	→ 8,320	4	
K006-2	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K006-3	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	
K006-4		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	
K007	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	
K007-2	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	
	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	
	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	
K008		皮膚悪性腫瘍切除術				K007	
	1	広汎切除	28,210	→	28,210	1	
	2	単純切除	11,000	→	11,000	2	
K007-2	注	センチネルリンパ節加算	5,000	→	5,000	注	
		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000	→	10,000	K007-2	
		腋臭症手術				K008	
K008	1	皮弁法	5,730	→	6,870	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	9,060	→	9,610	3	
K010	4	200平方センチメートル以上	13,640	→	13,640	4	
		癬痕拘縮形成手術				K010	

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		
K011	1	顔面	12,660	→ 12,660	K011	
	2	その他	8,060	→ 8,060		
		顔面神経麻痺形成手術				
K012	1	静的なもの	19,110	→ 19,110	K012	
	2	動的なもの	64,350	→ 64,350		
K013		削除			K013	
		分層植皮術				
K013-2	1	25平方センチメートル未満	3,520	→ 3,520	K013-2	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270	→ 6,270		
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→ 9,000		
	4	200平方センチメートル以上	25,820	→ 25,820		
		全層植皮術				
K014	1	25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	K014	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→ 12,500		
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210	→ 28,210		
	4	200平方センチメートル以上	40,290	→ 40,290		
K014-2		皮膚移植術(生体・培養)	6,110	→ 6,110	K014-2	
		皮膚移植術(死体)				
K015	1	200平方センチメートル未満	6,750	→ 8,000	K015	
	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	9,000	→ 16,000		
	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	13,490	→ 32,000		
	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	32,920	→ 80,000		
	5	3,000平方センチメートル以上	37,610	→ 96,000		
		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				
K016	1	25平方センチメートル未満	3,760	→ 4,510	K016	
	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	11,440	→ 13,720		
	3	100平方センチメートル以上	22,310	→ 22,310		
		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120	→ 41,120		

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		
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)			K017	
	1 乳房再建術の場合	84,050	→ 87,880	1	
	2 その他の場合	92,460	→ 92,460	2	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	17,490	→ 19,420	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)	127,310	→ 127,310	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
	1 4平方センチメートル未満	6,510	→ 6,510	1	
	2 4平方センチメートル以上	7,080	→ 7,820	2	
K021-2	粘膜弁手術			K021-2	
	1 4平方センチメートル未満	11,600	→ 13,190	1	
	2 4平方センチメートル以上	12,260	→ 13,460	2	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)			K022	
	1 乳房(再建手術)の場合	18,460	→ 18,460	1	
	2 その他の場合	18,460	→ 19,400	2	
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	
	1 大腿	27,380	→ 27,380	1	
	2 下腿	21,010	→ 23,400	2	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹					
(筋膜、筋、腱、腱鞘)					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024	筋切離術	3,080	→ 3,690	K024	
K025	股関節内転筋切離術	4,410	→ 5,290	K025	
K026	股関節筋群解離術	12,140	→ 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	

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		
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	7,390	→ 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	24,130	→ 24,130	1	
	2 手、足	12,870	→ 12,870	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
	1 指(手、足)	7,890	→ 8,720	1	
	2 その他のもの	10,310	→ 10,310	2	
K034	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	4,290	→ 4,290	K034	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	11,430	→ 13,580	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	7,550	→ 9,060	K035-2	
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	11,320	→ 13,580	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	10,750	→ 10,750	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1 指(手、足)	15,650	→ 18,780	1	
	2 その他のもの	19,890	→ 23,860	2	
K040	腱移行術			K040	
	1 指(手、足)	13,610	→ 15,570	1	
	2 その他のもの	18,080	→ 18,080	2	
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	→ 13,610	K040-2	
K040-3	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080	→ 18,080	K040-3	
K041	削除			K041	

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		
(四肢骨)					
K042	骨穿孔術	1,730	→ 1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	12,270	→ 12,270	1	
	2 前腕、下腿	6,700	→ 8,040	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	【削除】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	12,270	→ -		
	2 前腕、下腿	6,700	→ -		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ -		
K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	【削除】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	12,270	→ -		
	2 前腕、下腿	6,700	→ -		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ -		
K044	骨折非観血的整復術			K044	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	1	
	2 前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→ 1,440	3	
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	7,060	→ 7,060	1	
	2 前腕、下腿	4,100	→ 4,100	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→ 1,660	3	
K046	骨折観血的手術			K046	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,810	→ 18,810	1	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	14,810	→ 15,980	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	9,480	→ 11,370	3	
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)			K046-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	21,710	→ 23,420	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				
K047	2	前腕、下腿	18,800	→	18,800	2	【新設】
	3	手、足、指(手、足)	10,940	→	13,120	3	
		一時的創外固定骨折治療術	-	→	34,000	K046-3	
		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047	
	K047-2	難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047-2	
K047-3	超音波骨折治療法(一連につき)	4,620	→	4,620	K047-3		
K048		骨内異物(挿入物を含む。)除去術				K048	
	1	頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	12,100	→	12,100	1	
	2	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	7,870	→	7,870	2	
	3	前腕、下腿	5,200	→	5,200	3	
K049	4	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,620	→	3,620	4	
		骨部分切除術				K049	
K050	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	
		腐骨摘出術				K050	
K051	1	肩甲骨、上腕、大腿	14,960	→	15,570	1	
	2	前腕、下腿	10,430	→	12,510	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	27,890	→	27,890	1	
	2	前腕、下腿	13,050	→	15,570	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→	5,160	3	
		中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→	5,160	K051-2	
K052		骨腫瘍切除術				K052	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→	17,410	1	
	2	前腕、下腿	9,370	→	9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→	4,340	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		
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	【削除】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ -		
	2 前腕、下腿	9,370	→ -		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→ -		
K052-3	多発性骨腫摘出術			K052-3	【削除】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ -		
	2 前腕、下腿	9,370	→ -		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→ -		
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550	→ 32,550	1	
	2 前腕、下腿	32,040	→ 32,040	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	22,010	→ 22,010	3	
K054	骨切り術			K054	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→ 28,210	1	
	2 前腕、下腿	22,680	→ 22,680	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	7,930	→ 8,150	3	
	注 患者適合型変形矯正ガイド加算	6,000	→ 6,000	注	
K055	削除			K055	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070	→ 44,070	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	37,570	→ 37,570	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→ 30,310	1	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	28,210	→ 28,210	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	14,500	→ 15,570	3	
K056-2	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	48,820	→ 48,820	K056-2	
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	34,400	→ 34,400	1	
	2 前腕、下腿	27,550	→ 27,550	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		
K058	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	15,770	→ 15,770	3	
	注	患者適合型変形矯正ガイド加算	6,000	→ 6,000	注	
		骨長調整手術			K058	
	1	骨端軟骨発育抑制術	16,340	→ 16,340	1	
K059	2	骨短縮術	14,960	→ 15,200	2	
	3	骨延長術(指(手、足))	16,390	→ 16,390	3	
	4	骨延長術(指(手、足)以外)	29,370	→ 29,370	4	
		骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
	1	自家骨移植	14,030	→ 16,830	1	
	2	同種骨移植(生体)	23,890	→ 28,660	2	
	3	同種骨移植(非生体)			3	
K059-2	イ	同種骨移植(特殊なもの)	24,370	→ 39,720	イ	
	ロ	その他の場合	21,050	→ 21,050	ロ	
	4	自家培養軟骨移植術	14,030	→ 14,030	4	
		関節鏡下自家骨軟骨移植術	18,620	→ 22,340	K059-2	
(四肢関節、靭帯)						
K060		関節切開術			K060	【項目の見直し】
	1	肩、股、膝	3,600	→ 3,600	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	2	
K060-2	3	肩鎖、指(手、足)	680	→ 680	3	
		肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3,600	→ -	K060-2	
		観血的に行うもの	-	→ 8,640	1	
K060-3		関節鏡下で行うもの	-	→ 12,720	2	
		化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1	肩、股、膝	20,020	→ 20,020	1	
K061	2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→ 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	

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		
K062	1	肩、股、膝	1,500	→ 1,500	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,300	→ 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	28,210	→ 28,210	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	18,810	→ 18,810	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	15,080	→ 15,080	3	
		先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240	→ 23,240	K064	
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065	
K065-2	1	肩、股、膝	12,430	→ 12,540	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	13,950	→ 13,950	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	12,300	→ 12,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	
		関節滑膜切除術			K066	
K066-2	1	肩、股、膝	17,750	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	11,200	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	
		関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	
K066-3	1	肩、股、膝	17,610	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	17,030	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	16,060	→ 16,060	3	
		滑液膜摘出術			K066-3	

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		
K066-4	1	肩、股、膝	17,750	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	11,200	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	
		関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	
K066-5	1	肩、股、膝	17,610	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	17,030	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	16,060	→ 16,060	3	
		膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200	→ 11,200	K066-5	
K066-6		関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030	→ 17,030	K066-6	
K066-7		掌指関節滑膜切除術	7,930	→ 7,930	K066-7	
K066-8		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060	→ 16,060	K066-8	
K067		関節鼠摘出手術			K067	
K067-2	1	肩、股、膝	13,000	→ 15,600	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	10,580	→ 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	17,780	→ 17,780	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	19,100	→ 19,100	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,000	→ 12,000	3	
		半月板切除術	9,200	→ 9,200	K068	
K068-2		関節鏡下半月板切除術	15,090	→ 15,090	K068-2	
K069		半月板縫合術	11,200	→ 11,200	K069	
K069-2		関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730	→ 16,730	K069-2	
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	18,810	→ 18,810	K069-3	
K070		ガングリオン摘出術			K070	
K071	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	
		削除			K071	

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		
K072	関節切除術			K072	
	1 肩、股、膝	21,200	→ 23,280		1
	2 胸鎖、肘、手、足	16,070	→ 16,070		2
	3 肩鎖、指(手、足)	5,670	→ 6,800		3
K073	関節内骨折観血の手術			K073	
	1 肩、股、膝、肘	20,760	→ 20,760		1
	2 胸鎖、手、足	17,070	→ 17,070		2
	3 肩鎖、指(手、足)	10,370	→ 11,990		3
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血の手術			K073-2	
	1 肩、股、膝、肘	27,720	→ 27,720		1
	2 胸鎖、手、足	18,910	→ 22,690		2
	3 肩鎖、指(手、足)	11,970	→ 14,360		3
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
	1 十字靭帯	17,070	→ 17,070		1
	2 膝側副靭帯	16,560	→ 16,560		2
	3 指(手、足)その他の靭帯	7,600	→ 7,600		3
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	
	1 十字靭帯	24,170	→ 24,170		1
	2 膝側副靭帯	16,510	→ 16,510		2
	3 指(手、足)その他の靭帯	15,720	→ 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
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	28,210	→ 28,210		2
	3 肩鎖、指(手、足)	8,460	→ 10,150		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		
K077	関節鏡下関節授動術			K076-2	【新設】
	肩、股、膝	-	→ 46,660	1	
	胸鎖、肘、手、足	-	→ 33,850	2	
	肩鎖、指(手、足)	-	→ 10,150	3	
K078	観血的関節制動術			K077	
	1 肩、股、膝	27,380	→ 27,380	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	15,560	→ 16,040	2	
K079	3 肩鎖、指(手、足)	5,550	→ 5,550	3	
	観血的関節固定術			K078	
	1 肩、股、膝	21,640	→ 21,640	1	
K079-2	2 胸鎖、肘、手、足	18,590	→ 22,300	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,200	→ 8,640	3	
	靱帯断裂形成手術			K079	
K080	1 十字靱帯	28,210	→ 28,210	1	
	2 膝側副靱帯	18,810	→ 18,810	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	16,350	→ 16,350	3	
K080-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術			K079-2	
	1 十字靱帯	34,980	→ 34,980	1	
	2 膝側副靱帯	17,280	→ 17,280	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	16,390	→ 18,250	3	
K080-3	4 内側膝蓋大腿靱帯	20,180	→ 24,210	4	
	関節形成手術			K080	
	1 肩、股、膝	45,720	→ 45,720	1	
K080-2	2 胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	13,740	→ 14,050	3	
	注 関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合	880	→ 880	注	
K080-2	内反足手術	25,930	→ 25,930	K080-2	
K080-3	肩腱板断裂手術			K080-3	

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		
K080-4	1	簡単なもの	18,700	→ 18,700	1	
	2	複雑なもの	24,310	→ 24,310	2	
		関節鏡下肩腱板断裂手術			K080-4	
K080-5	1	簡単なもの	27,040	→ 27,040	1	
	2	複雑なもの	38,670	→ 38,670	2	
		関節鏡下肩関節唇形成術	-	→ -	K080-5	
K080-6	1	腱板断裂を伴うもの	45,200	→ 45,200	1	
	2	腱板断裂を伴わないもの	32,160	→ 32,160	2	
		関節鏡下股関節唇形成術	44,830	→ 44,830	K080-6	
K081		人工骨頭挿入術			K081	
K082	1	肩、股	19,500	→ 19,500	1	
	2	肘、手、足	18,810	→ 18,810	2	
	3	指(手、足)	9,070	→ 10,880	3	
		人工関節置換術			K082	
K082-2	1	肩、股、膝	37,690	→ 37,690	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,310	→ 15,970	3	
		人工関節抜去術			K082-2	
K082-3	1	肩、股、膝	30,230	→ 30,230	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	22,680	→ 23,650	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,950	→ 15,990	3	
		人工関節再置換術			K082-3	
K082-4	1	肩、股、膝	54,810	→ 54,810	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	34,190	→ 34,190	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	21,930	→ 21,930	3	
		自家肋骨肋軟骨関節全置換術	-	→ 91,500	K082-4	
K083		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,510	→ 3,010	K083	
K083-2		内反足足板挺子固定	2,030	→ 2,030	K083-2	

【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		
(四肢切断、離断、再接合)					
K084	四肢切断術			K084	【削除】
1	肩甲帯	36,500	→ -		
2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320	→ 24,320	1	
3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	2	
K084-2	肩甲帯離断術	36,500	→ 36,500	K084-2	
K085	四肢関節離断術			K085	
1	肩、股、膝	28,630	→ 31,000	1	
2	肘、手、足	11,360	→ 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)	7,410	→ 7,410	1	
2	その他	10,630	→ 10,630	2	
K088	切断四肢再接合術			K088	
1	四肢	144,680	→ 144,680	1	
2	指(手、足)	81,900	→ 81,900	2	
(手、足)					
K089	爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090	ひょう疽手術			K090	
1	軟部組織のもの	990	→ 990	1	
2	骨、関節のもの	1,280	→ 1,280	2	
K090-2	風棘手術	990	→ 990	K090-2	
K091	陥入爪手術			K091	
1	簡単なもの	1,400	→ 1,400	1	
2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490	2	

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		
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	10,400	→ 10,400	K093-2	
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	27,890	→ 27,890	K094	
K095	削除			K095	
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術			K096	
	1 鏡視下によるもの	4,340	→ 4,340	1	
	2 その他のもの	2,750	→ 2,750	2	
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000	→ 5,000	K096-2	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097	
K098	手掌屈筋腱縫合術	11,090	→ 13,300	K098	
K099	指癒着拘縮手術	6,880	→ 8,150	K099	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術			K099-2	
	1 1指	10,430	→ 10,430	1	
	2 2指から3指	22,480	→ 22,480	2	
	3 4指以上	32,710	→ 32,710	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	13,250	→ 15,570	2	
K101	合指症手術			K101	
	1 軟部形成のみのもの	7,320	→ 8,720	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 15,570	2	
K101-2	指癒着症手術			K101-2	
	1 軟部形成のみのもの	7,320	→ 7,320	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 13,910	2	
K102	巨指症手術			K102	
	1 軟部形成のみのもの	8,330	→ 8,720	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	17,700	→ 21,240	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		
K103		屈指症手術、斜指症手術			K103	
	1	軟部形成のみなもの	11,510	→ 13,810	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ 15,570	2	
K104		削除			K104	
K105		裂手、裂足手術	27,890	→ 27,890	K105	
K106		母指化手術	35,610	→ 35,610	K106	
K107		指移植手術	116,670	→ 116,670	K107	
K108		母指対立再建術	19,150	→ 22,740	K108	
K109		神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460	→ 40,460	K109	
K110		第四足指短縮症手術	10,790	→ 10,790	K110	
K110-2		第一足指外反症矯正手術	10,790	→ 10,790	K110-2	
K111		削除			K111	
(脊柱、骨盤)						
K112		腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113		腸骨窩膿瘍搔爬術	11,600	→ 13,920	K113	
K114		削除			K114	
及び K115			K115			
K116		脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170	→ 17,170	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	31,030	→ 31,030	K118	
K119		仙腸関節脱臼観血の手術	24,320	→ 24,320	K119	
K120		恥骨結合離開観血の手術	7,890	→ 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 K123			K123			

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		
K124	腸骨翼骨折観血的手術	15,760	→ 15,760	K124	
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	43,790	→ 52,540	K124-2	
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110	→ 32,110	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	
K126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510	→ 4,510	K126-2	
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→ 13,520	K128	
K129から K131まで	削除			K129から K131まで	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300	→ 17,300	K131-2	
K132	削除			K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	28,730	→ 28,730	K133	
	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	-	→ 69,000	K133-2	【新設】
K134	椎間板摘出術			K134	
	1 前方摘出術	40,030	→ 40,180	1	
	2 後方摘出術	23,520	→ 23,520	2	
	3 側方摘出術	28,210	→ 28,210	3	
	4 経皮的髓核摘出術	15,310	→ 15,310	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1 前方摘出術	75,600	→ 75,600	1	
	2 後方摘出術	30,390	→ 30,390	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620	→ 36,620	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	88,870	→ 90,470	K136	
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	113,830	→ 113,830	K136-2	
K137	骨盤切断術	48,650	→ 48,650	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
	1 神経処置を伴うもの	29,370	→ 29,370	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	その他のもの	18,990	→ 22,780	2	
K139		脊椎骨切り術	60,330	→ 60,330	K139	
K140		骨盤骨切り術	36,990	→ 36,990	K140	
K141		白蓋形成手術	28,220	→ 28,220	K141	
K141-2		寛骨臼移動術	40,040	→ 40,040	K141-2	
K141-3		脊椎制動術	16,810	→ 16,810	K141-3	
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	
	1	前方椎体固定	37,240	→ 37,240	1	
	2	後方又は後側方固定	32,890	→ 32,890	2	
	3	後方椎体固定	41,160	→ 41,160	3	
	4	前方後方同時固定	66,590	→ 66,590	4	
	5	椎弓切除	13,310	→ 13,310	5	
	6	椎弓形成	23,870	→ 24,260	6	
K142-2		脊椎側彎症手術			K142-2	
	1	固定術	55,950	→ 55,950	1	
	2	矯正術			2	
	イ	初回挿入	112,260	→ 112,260	イ	
	ロ	交換術	48,650	→ 48,650	ロ	
	ハ	伸展術	20,540	→ 20,540	ハ	
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	101,910	→ 101,910	K142-3	
K142-4		経皮的椎体形成術	19,960	→ 19,960	K142-4	
		内視鏡下椎弓形成術	-	→ 30,390	K142-5	【新設】
		歯突起骨折骨接合術	-	→ 23,750	K142-6	【新設】
		腰椎分離部修復術	-	→ 28,210	K142-7	【新設】
K143		仙腸関節固定術	29,190	→ 29,190	K143	
K144		体外式脊椎固定術	25,800	→ 25,800	K144	

第3款 神経系・頭蓋

本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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		
(頭蓋、脳)					
K145	穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	【新設】
K146	頭蓋開溝術	14,430	→ 17,310	K146	
K147	穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148	試験開頭術	15,850	→ 15,850	K148	
K149	減圧開頭術			K149	
	1 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210	→ 28,280	1	
	2 その他の場合	26,400	→ 26,470	2	
	後頭蓋窩減圧術	-	→ 31,000	K149-2	
K150	脳膿瘍排膿術	21,470	→ 21,470	K150	
K151	削除			K151	
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060	→ 193,060	K151-2	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	56,950	→ 56,950	K152	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520	→ 49,520	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	52,870	→ 52,870	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
	1 片側の場合	52,300	→ 52,300	1	
	2 両側の場合	94,500	→ 94,500	2	
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630	→ 131,630	K154-2	
K154-3	定位脳腫瘍生検術	20,040	→ 20,040	K154-3	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	16,340	→ 19,600	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	40,950	→ 40,950	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	36,290	→ 36,290	K157	
K158	視神経管開放術	36,290	→ 36,290	K158	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500	→ 44,500	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	44,500	→ 44,500	K159-2	
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	37,620	→ 37,620	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	43,920	→ 43,920	K160-2	

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		
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490	→ 23,490	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	36,290	→ 36,290	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→ 10,680	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	36,970	→ 35,790	1	
	2 硬膜下のもの	33,790	→ 36,970	2	
	3 脳内のもの	47,020	→ 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	37,560	→ 37,560	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	18,220	→ 18,220	K164-4	
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	42,950	→ 47,020	K164-5	
K165	脳内異物摘出術	45,630	→ 45,630	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	36,500	→ 36,500	K166	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	61,720	→ 61,720	K167	
K168	脳切除術	36,290	→ 36,290	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
	1 松果体部腫瘍	158,100	→ 158,100	1	
	2 その他のもの	132,130	→ 132,130	2	
	注1 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	4,500	→ 4,500	注1	
	注2 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	10,000	→ 12,000	注2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890	→ 76,890	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	-	→ -	K171-2	
	1 下垂体腫瘍	108,470	→ 108,470	1	
	2 頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)	123,620	→ 123,620	2	
K172	脳動静脈奇形摘出術	149,830	→ 149,830	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	36,290	→ 36,290	K173	
K174	水頭症手術			K174	

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				
K174-2	1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	38,840	→	38,840	1	【注の追加】
	2	シャント手術	24,310	→	24,310	2	
	K175	髄液シャント抜去術	1,680	→	1,680	K174-2	
K176	K175	脳動脈瘤被包術				K175	
	1	1箇所	82,020	→	82,020	1	
	2	2箇所以上	94,040	→	94,040	2	
K177	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	82,730	→	82,730	1	
	2	2箇所以上	108,200	→	108,200	2	
K178	K177	脳動脈瘤頸部クリッピング				K177	
	1	1箇所	114,070	→	114,070	1	
	2	2箇所以上	128,400	→	128,400	2	
K178-2	注2	ローフローバイパス術併用加算	16,060	→	16,060	注2	
		ハイフローバイパス術併用加算	-	→	30,000	注3	
	K178	脳血管内手術				K178	
K178-3	1	1箇所	63,270	→	66,270	1	
	2	2箇所以上	81,800	→	84,800	2	
	3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850	→	82,850	3	
K178-2		経皮的脳血管形成術	39,780	→	39,780	K178-2	
K178-3		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術				K178-3	
K178-4	1	頭蓋内脳血管の場合	36,280	→	36,280	1	
	2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	21,570	→	25,880	2	
K178-5		経皮的脳血栓回収術	33,150	→	33,150	K178-4	
K179		経皮的脳血管ステント留置術	33,150	→	35,560	K178-5	
K180		髄液漏閉鎖術	39,380	→	39,380	K179	
K180		頭蓋骨形成手術				K180	
	1	頭蓋骨のみのもの	16,450	→	17,530	1	
	2	硬膜形成を伴うもの	23,660	→	23,660	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			
K181	3	骨移動を伴うもの	40,950	→ 40,950	3		
	1	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181		
	2	片側の場合	65,100	→ 65,100	1		
K181-2		両側の場合	71,350	→ 71,350	2		
K181-3		脳刺激装置交換術	14,270	→ 14,270	K181-2		
K181-4		頭蓋内電極抜去術	12,880	→ 12,880	K181-3		
K181-5		迷走神経刺激装置植込術	24,350	→ 28,030	K181-4		
		迷走神経刺激装置交換術	4,800	→ 14,270	K181-5		
(脊髄、末梢神経、交感神経)							
K182		神経縫合術			K182		【項目の見直し】
	1	指(手、足)	12,640	→ 15,160	1		
	2	その他のもの	24,510	→ 24,510	2		
K182-2		神経交差縫合術			K182-2		
	1	指(手、足)	43,580	→ 43,580	1		
	2	その他のもの	46,180	→ 46,180	2		
K182-3		神経再生誘導術	12,640	→ -	K182-3		
		指(手、足)	-	→ 12,640	1		
		その他のもの	-	→ 21,590	2		
K183		脊髄硬膜切開術	25,840	→ 25,840	K183		
K183-2		空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	25,840	→ 26,450	K183-2		
K184		減圧脊髄切開術	26,960	→ 26,960	K184		
K185		脊髄切截術	38,670	→ 38,670	K185		
K186		脊髄硬膜内神経切断術	38,670	→ 38,670	K186		
K187		脊髄視床路切截術	42,370	→ 42,370	K187		
K188		神経剥離術			K188		
	1	鏡視下によるもの	14,170	→ 14,170	1		
	2	その他のもの	10,900	→ 10,900	2		
		硬膜外腔癒着剥離術	-	→ 11,000	K188-2		

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		
K189	脊髄ドレナージ術	340	→ 408	K189	
K190	脊髄刺激装置植込術			K190	【項目の見直し】
	1 16極以下ジェネレーターを用いるもの	40,280	→ -		
	2 32極ジェネレーターを用いるもの	33,750	→ -		
	脊髄刺激電極を留置した場合	-	24,200	1	
	ジェネレーターを留置した場合	-	16,100	2	
	注 脊髄刺激電極を2本留置する場合	8,000	→ 8,000	注	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	-	→ 15,650	K190-2	
	1 16極以下ジェネレーターを用いるもの	15,650	→ -		【削除】
	2 32極ジェネレーターを用いるもの	5,070	→ -		【削除】
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	37,130	→ 37,130	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	6,080	→ 7,290	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	650	→ 650	K190-5	
K190-6	仙骨神経刺激装置植込術	40,280	→ -	K190-6	【項目の見直し】
	脊髄刺激電極を留置した場合	-	24,200	1	
	ジェネレーターを留置した場合	-	16,100	2	
K190-7	仙骨神経刺激装置交換術	13,610	→ 13,610	K190-7	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
	1 髄外のもの	59,500	→ 62,000	1	
	2 髄内のもの	118,230	→ 118,230	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	106,460	→ 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	10,770	→ 10,770	2	
	注 神経腫が2個以上の場合(指(手、足))(神経腫を1個増すごとに)	2,800	→ 2,800	注	
	注 神経腫が2個以上の場合(その他のもの)(神経腫を1個増すごとに)	4,000	→ 4,000	注	
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	

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				
K193-3	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	
		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
K194	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	
		神経捻除術					K194
	1	後頭神経	4,410	→	4,410	1	
K194-2	2	上眼窩神経	4,410	→	4,410	2	
	3	眼窩下神経	4,410	→	4,410	3	
	4	おとがい神経	4,410	→	4,410	4	
	5	下顎神経	7,750	→	7,750	5	
		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
K195-2	1	頸動脈周囲	7,930	→	8,810	1	
	2	股動脈周囲	7,750	→	8,810	2	
		尾動脈腺摘出術	7,750	→	7,750		K195-2
K196		交感神経節切除術					K196
K196-2	1	頸部	26,030	→	26,030	1	
	2	胸部	16,340	→	16,340	2	
	3	腰部	16,240	→	17,530	3	
K196-2		胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→	18,500		K196-2
K196-3		ストップフェル手術	12,490	→	12,490		K196-3
K196-4		閉鎖神経切除術	12,490	→	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。)	12,490	→	12,490		K196-5
K197		神経移行術	23,660	→	23,660		K197

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		
K198	神経移植術	23,520	→ 23,520	K198	
第4款 眼					
(涙道)					
K199	涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→ 630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術			K202	
	1 涙道内視鏡を用いるもの	2,350	→ 2,350	1	
	2 その他のもの	1,810	→ 1,810	2	
K203	涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	23,490	→ 23,490	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	16,730	→ 16,730	K206	
(眼瞼)					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
K209-2	外眥切開術	470	→ 470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	K211	
K212	兔眼矯正術	6,700	→ 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)	1,440	→ 1,440	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	11,900	→ 11,900	K216	
K217	眼瞼内反症手術			K217	

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		
K218	1	縫合法	1,660	→ 1,660	K218	
	2	皮膚切開法	2,160	→ 2,160		
K219		眼瞼外反症手術	3,670	→ 4,400	K219	
		眼瞼下垂症手術				
	1	眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200		
	2	筋膜移植法	18,530	→ 18,530		
	3	その他のもの	6,070	→ 6,070		
(結膜)						
K220		結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221		結膜結石除去術			K221	
	1	少数のもの(1眼瞼ごと)	260	→ 260		
K222	2	多数のもの	390	→ 390	K222	
		結膜下異物除去術	390	→ 390		
K223		結膜嚢形成手術			K223	
	1	部分形成	2,250	→ 2,250		
	2	皮膚及び結膜の形成	13,610	→ 14,960		
K223-2	3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730	→ 16,730	K223-2	
		内眦形成術	16,730	→ 16,730		
K224		翼状片手術(弁の移植を要するもの)	3,650	→ 3,650	K224	
K225		結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K225	
K225-2		結膜腫瘍摘出術	6,290	→ 6,290	K225-2	
K225-3		結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
(眼窩、涙腺)						
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。)	14,940	→ 14,960	K227	
K228		眼窩骨折整復術	29,170	→ 29,170	K228	
K229		眼窩内異物除去術(表在性)	8,240	→ 8,240	K229	
K230		眼窩内異物除去術(深在性)			K230	

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			
K231 及び K232 K233 K234 K235 K236 K237	1	視神経周囲、眼窩尖端	27,460	→ 27,460	1		
	2	その他	13,310	→ 14,960	2		
		削除			K231 及び K232		
		眼窩内容除去術	16,980	→ 16,980	K233		
		眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	6,770	→ 6,770	K234		
		眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	45,230	→ 45,230	K235		
		眼窩悪性腫瘍手術	51,940	→ 51,940	K236		
	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 19,300	K237			
(眼球、眼筋)							
K238		削除			K238		
K239		眼球内容除去術	5,110	→ 6,130	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	10,970	→ 10,970	3		
	4	斜筋手術	9,970	→ 9,970	4		
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300	→ 12,300	5		
K243		義眼台包埋術	6,680	→ 8,010	K243		
K244		眼筋移動術	19,330	→ 19,330	K244		
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→ 8,790	K245		
(角膜、強膜)							
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	950	→ 950	K248-2		

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		
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	640	→ 640	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	10,010	→ 11,610	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	6,920	→ 8,300	K257	
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
	注 レーザー使用加算	5,500	→ 5,500	注	
K260	強膜移植術	18,810	→ 18,810	K260	
K260-2	羊膜移植術	8,780	→ 10,530	K260-2	
K261	角膜形成手術	3,060	→ 3,060	K261	
K262	削除			K262	
(ぶどう膜)					
K263 及び K264	削除			K263 及び K264	
K265	虹彩腫瘍切除術	16,790	→ 20,140	K265	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	30,800	→ 35,820	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	19,020	→ 19,020	2	
	3 濾過手術	23,600	→ 23,600	3	
	4 緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのないもの)	34,480	→ 34,480	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		
K269	5	緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)	45,480	→ 45,480	5	【項目の追加】
		水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	-	27,990	6	
		虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
		虹彩光凝固術	6,620	→ 6,620	K270	
		毛様体光凝固術	4,670	→ 5,600	K271	
K272		毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273		隅角光凝固術	8,970	→ 9,660	K273	
(眼房、網膜)						
K274		前房、虹彩内異物除去術	8,800	→ 8,800	K274	
K275		網膜復位術	34,940	→ 34,940	K275	
K276		網膜光凝固術			K276	
	1	通常のもの(一連につき)	10,020	→ 10,020	1	
	2	その他特殊なもの(一連につき)	15,960	→ 15,960	2	
K277		網膜冷凍凝固術	15,750	→ 15,750	K277	
K277-2		黄斑下手術	47,150	→ 47,150	K277-2	
(水晶体、硝子体)						
K278		硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279		硝子体切除術	15,560	→ 15,560	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	38,950	→ 38,950	1	
	2	その他のもの	29,720	→ 29,720	2	
K280-2		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	→ 47,780	K280-2	
K281		増殖性硝子体網膜症手術	54,860	→ 54,860	K281	
K281-2		網膜再建術	69,880	→ 69,880	K281-2	
K282		水晶体再建術			K282	
	1	眼内レンズを挿入する場合			1	
	イ	縫着レンズを挿入するもの	17,440	→ 17,840	イ	
	ロ	その他のもの	12,100	→ 12,100	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		
K282-2 K283 K284	2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
	3	計画的後嚢切開を伴う場合	18,150	→ 21,780	3	
	注	水晶体嚢拡張リングを使用した場合	1,600	→ 1,600	注	
		後発白内障手術	1,380	→ 1,380	K282-2	
		削除			K283	
		硝子体置換術	6,890	→ 6,890	K284	
第5款 耳鼻咽喉						
(外耳)						
K285		耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286		外耳道異物除去術			K286	
	1	単純なもの	220	→ 220	1	
	2	複雑なもの	710	→ 710	2	
K287		先天性耳瘻管摘出術	3,900	→ 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	8,440	→ 10,120	K290	
K290-2		外耳道骨腫切除術	7,670	→ 7,670	K290-2	
K291		耳介腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K291	
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,330	→ 6,330	K292	
K293		耳介悪性腫瘍手術	19,180	→ 22,290	K293	
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	35,590	→ 35,590	K294	
K295		耳後瘻孔閉鎖術	3,340	→ 4,000	K295	
K296		耳介形成手術			K296	
	1	耳介軟骨形成を要するもの	16,760	→ 19,240	1	
	2	耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	→ 9,960	2	
K297		外耳道形成手術	17,110	→ 19,240	K297	
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術	35,290	→ 36,700	K298	
K299		小耳症手術			K299	

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	軟骨移植による耳介形成手術	56,140	→ 56,140	1	
	2	耳介挙上	12,290	→ 14,740	2	
(中耳)						
K300		鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301		鼓室開放術	6,070	→ 7,280	K301	
K302		上鼓室開放術	10,950	→ 13,140	K302	
K303		上鼓室乳突洞開放術	20,600	→ 24,720	K303	
K304		乳突洞開放術(アントロトミー)	11,240	→ 13,480	K304	
K305		乳突削開術	20,410	→ 24,490	K305	
K306		錐体部手術	38,090	→ 38,470	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	6,230	→ 7,470	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	
K313		中耳、側頭骨腫瘍摘出術	37,370	→ 38,330	K313	
K314		中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1	切除	41,520	→ 41,520	1	
	2	側頭骨摘出術	68,640	→ 68,640	2	
K315		鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900	→ 9,900	K315	
K316		S状洞血栓(静脈炎)手術	24,730	→ 24,730	K316	
K317		中耳根治手術	35,370	→ 42,440	K317	
K318		鼓膜形成手術	18,100	→ 18,100	K318	
K319		鼓室形成手術	42,770	→ -	K319	【項目の見直し】
		耳小骨温存術	-	34,660	1	
		耳小骨再建術	-	51,330	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		
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術 人工中耳植込術	32,140	→ 32,140	K320	【新設】
		-	→ 32,140	K320-2	
(内耳)					
K321	内耳開窓術	31,970	→ 31,970	K321	
K322	経迷路の内耳道開放術	64,930	→ 64,930	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	28,210	→ 28,890	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。)	26,960	→ 29,220	1	
	2 全摘出	38,890	→ 38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	23,250	→ 23,250	K327	
K328	人工内耳植込術	40,810	→ 40,810	K328	
K328-2	植込型骨導補聴器移植術	8,850	→ 10,620	K328-2	
K328-3	植込型骨導補聴器交換術	1,840	→ 1,840	K328-3	
(鼻)					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	→ 900	K331-2	
K331-3	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910	→ 2,910	K331-3	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	2,130	→ 2,130	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	→ 1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→ 1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,720	→ 5,720	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	21,010	→ 23,060	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,740	→ 3,280	K335	

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		
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	→ 2,740	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,740	→ 2,740	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	4,150	→ 4,980	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	2,310	→ 2,770	2	
K338-2	削除			K338-2	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,960	→ 3,550	K339	
K340	鼻茸摘出術	1,090	→ 1,090	K340	
K340-2	削除	-	→ -	K340-2	
K340-3	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型(副鼻腔自然口開窓術)	3,600	→ 3,600	K340-3	
K340-4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	10,000	→ 12,000	K340-4	
	注 自家腸骨片を充填した場合	3,150	→ 3,150	注	
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500	→ 24,910	K340-5	
K340-6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	31,990	→ 32,080	K340-6	
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術)	44,000	→ 51,630	K340-7	
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510	→ 1,510	K341	
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	→ 15,200	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
	1 切除	20,870	→ 25,040	1	
	2 全摘	49,690	→ 49,690	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	→ 30,460	K344	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	20,080	→ 22,370	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	
	1 単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	→ 4,360	1	
	2 複雑なもの(骨性閉鎖)	27,040	→ 27,040	2	
K347	鼻中隔矯正術	6,860	→ 8,230	K347	

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		
K347-2	変形外鼻手術	16,390	→ 16,390	K347-2	
K347-3	内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型(骨、軟骨手術)	5,520	→ 6,620	K347-3	
K347-4	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,030	→ 2,030	K347-4	
K347-5	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	5,520	→ 6,620	K347-5	
K347-6	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)	3,170	→ 3,170	K347-6	
K347-7	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)	19,940	→ 19,940	K347-7	
(副鼻腔)					
K348 及び K349	削除			K348 及び K349	
K350	前頭洞充填術	11,000	→ 13,200	K350	
K351	削除	-	→ -	K351	
K352	上顎洞根治手術	6,660	→ 7,990	K352	
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	3,330	→ 3,330	K352-2	
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	6,660	→ 6,660	K352-3	
K353	鼻内篩骨洞根治手術	4,170	→ 5,000	K353	
K354から K356まで	削除	-	→ -	K354から K356まで	
K356-2	鼻外前頭洞手術	16,290	→ 16,290	K356-2	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	3,190	→ 3,820	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	9,430	→ 11,310	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	9,410	→ 11,290	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410	→ 11,290	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530	→ 12,630	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760	→ 14,110	K362	
K362-2	経上顎洞の顎動脈結紮術	28,630	→ 28,630	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440	→ 13,440	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	16,680	→ 20,010	K364	
K365	経上顎洞の翼突管神経切除術	28,210	→ 28,210	K365	
K366	削除			K366	

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		
(咽頭、扁桃)					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830	→ 1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
	1 簡単なもの	420	→ 420	1	
	2 複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
	1 経口腔によるもの	4,460	→ 5,350	1	
	2 経鼻腔によるもの	5,060	→ 6,070	2	
	3 経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,790	3	
	4 外切開によるもの	16,590	→ 16,590	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1 経口腔によるもの	4,460	→ 4,460	1	
	2 経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060	2	
	3 経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270	3	
	4 外切開によるもの	15,080	→ 15,080	4	
K372	中咽頭腫瘍摘出術			K372	
	1 経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	1	
	2 外切開によるもの	15,870	→ 16,260	2	
K373	下咽頭腫瘍摘出術			K373	
	1 経口腔によるもの	7,290	→ 7,290	1	
	2 外切開によるもの	16,300	→ 16,300	2	
K374	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	35,340	→ 35,340	K374	
K375	鼻咽腔線維腫手術			K375	
	1 切除	8,030	→ 9,630	1	
	2 摘出	36,140	→ 37,850	2	
K375-2	鼻咽腔閉鎖術	23,790	→ 23,790	K375-2	

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		
K376	上咽頭悪性腫瘍手術	35,830	→ 35,830	K376	
K377	口蓋扁桃手術			K377	
	1 切除	1,430	→ 1,430	1	
	2 摘出	3,600	→ 3,600	2	
K378	舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	K378	
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	
	1 経頸部によるもの	28,600	→ 34,320	1	
	2 経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	55,200	→ 55,200	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	47,580	→ 47,580	1	
	2 経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	91,500	→ 91,500	2	
K380	過長茎状突起切除術	5,880	→ 6,440	K380	
K381	上咽頭形成手術	10,110	→ 10,110	K381	
K382	咽頭瘻閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382	
K382-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382-2	
(喉頭、気管)					
K383	喉頭切開・截開術	13,420	→ 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	→ 4,800	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	3,630	→ 3,630	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 12,240	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	

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		
K391	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	
	気管異物除去術			K391	
K392	1 直達鏡によるもの	5,320	→ 5,320	1	
	2 開胸手術によるもの	43,340	→ 43,340	2	
	喉頭蓋切除術	3,190	→ 3,190	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	3,190	→ 3,190	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
K394	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	
	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
K395	1 切除	38,800	→ 38,800	1	
	2 全摘	63,710	→ 63,710	2	
	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。)	113,880	→ 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。)	13,390	→ 13,390	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
K399	1 前方開大術	23,420	→ 23,430	1	
	2 前壁形成手術	22,500	→ 23,320	2	
	3 Tチューブ挿入術	11,700	→ 14,040	3	
	気管狭窄症手術	37,510	→ 38,540	K399	
K400	喉頭形成手術			K400	
K401	1 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750	→ 18,750	1	
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510	→ 28,510	2	
	甲状軟骨固定用器具を用いたもの	-	34,840	3	【項目の追加】
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	76,040	→ 76,040	K402	

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		
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	49,940	→ 49,940	1	
	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040	→ 76,040	2	
K403-2		嚥下機能手術			K403-2	
	1	輪状咽頭筋切断術	18,810	→ 18,810	1	
	2	喉頭挙上術	18,370	→ 18,370	2	
	3	喉頭気管分離術	28,210	→ 30,260	3	
	4	喉頭全摘術	28,210	→ 28,210	4	
第6款 顔面・口腔・頸部						
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)						
K404		抜歯手術(1歯につき)			K404	
	1	乳歯	130	→ 130	1	
	2	前歯	150	→ 155	2	
	3	臼歯	260	→ 265	3	
	4	埋伏歯	1,050	→ 1,050	4	
	注1	難抜歯加算	210	→ 210	注1	
	注3	下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合	100	→ 100	注3	
K405		削除			K405	
K406		口蓋腫瘍摘出術			K406	
	1	口蓋粘膜に局限するもの	520	→ 520	1	
	2	口蓋骨に及ぶもの	8,050	→ 8,050	2	
K407		顎・口蓋裂形成手術			K407	
	1	軟口蓋のみのもの	14,520	→ 15,770	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	24,170	→ 24,170	2	
	3	顎裂を伴うもの			3	
	イ	片側	25,170	→ 25,170	イ	
	ロ	両側	31,940	→ 31,940	ロ	
K407-2		軟口蓋形成手術	9,700	→ 9,700	K407-2	

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				
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)							
K408		口腔底膿瘍切開術	700	→	700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	6,800	→	7,210	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	28,140	→	29,360	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,460	→	4,460	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310	→	26,310	K412	
K413		舌腫瘍摘出術				K413	
	1	粘液嚢胞摘出術	1,220	→	1,220		1
	2	その他のもの	2,940	→	2,940		2
K414		舌根甲状腺腫摘出術	9,800	→	11,760	K414	
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	8,520	→	8,970	K414-2	
K415		舌悪性腫瘍手術				K415	
	1	切除	22,010	→	26,410		1
	2	亜全摘	75,070	→	75,070		2
K416 及び K417		削除				K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	→	9,100	K418	
K418-2		舌繫痕性短縮矯正術	2,650	→	2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→	560	K419	
K420		削除				K420	
(顔面)							
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	3,050	→	3,050		2
K422		口唇悪性腫瘍手術	33,010	→	33,010	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	4,380	→	5,250		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		
K424		頬悪性腫瘍手術	20,940	→ 20,940	K424	
K425		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700	→ 108,700	K425	
K426		口唇裂形成手術(片側)			K426	
	1	口唇のみの場合	13,180	→ 13,180	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810	→ 18,810	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	24,350	→ 24,350	3	
K426-2		口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
	1	口唇のみの場合	18,810	→ 18,810	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790	→ 23,790	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	36,620	→ 36,620	3	
(顔面骨、顎関節)						
K427		頬骨骨折観血的整復術	15,090	→ 18,100	K427	
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	38,610	→ 38,610	K427-2	
K428		下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	K428	
	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	650	→ 650	注	
K429		下顎骨折観血的手術			K429	
	1	片側	13,000	→ 13,000	1	
	2	両側	27,320	→ 27,320	2	
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
	1	片側	28,210	→ 28,210	1	
	2	両側	47,020	→ 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	26,210	→ 26,210	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	15,220	→ 16,400	K433	
K434		顔面多発骨折観血的手術	39,700	→ 39,700	K434	
K434-2		顔面多発骨折変形治癒矯正術	47,630	→ 47,630	K434-2	
K435		術後性上顎嚢胞摘出術	6,660	→ 6,660	K435	
K436		顎骨腫瘍摘出術			K436	

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		
K437	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	11,160	→ 13,390	2	
K438	下顎骨部分切除術	14,940	→ 16,780	K437	
K439	下顎骨離断術	27,140	→ 32,560	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
K440	1 切除	40,360	→ 40,360	1	
	2 切断	53,830	→ 64,590	2	
K441	上顎骨切除術	15,310	→ 15,310	K440	
K442	上顎骨全摘術	38,750	→ 42,590	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
K443	1 搔爬	7,640	→ 9,160	1	
	2 切除	34,420	→ 34,420	2	
	3 全摘	68,480	→ 68,480	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
K444	1 単純な場合	23,240	→ 27,880	1	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	45,510	→ 45,510	2	
	3 骨移動を伴う場合	72,900	→ 72,900	3	
	注 1について、上顎骨を複数に分割した場合	5,000	→ 5,000	注	
K444	下顎骨形成術			K444	
K444-2	1 おとがい形成の場合	6,490	→ 7,780	1	
	2 短縮又は伸長の場合	25,660	→ 30,790	2	
	3 再建の場合	43,300	→ 51,120	3	
	4 骨移動を伴う場合	54,210	→ 54,210	4	
	注1 2については、両側を同時に行った場合	3,000	→ 3,000	注1	
K444-2	下顎骨延長術			K444-2	
K445	1 片側	25,660	→ 30,790	1	
	2 両側	40,150	→ 47,550	2	
K445	顎関節形成術	40,870	→ 40,870	K445	

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			
K446	1 イ ロ	顎関節授動術			K446		
		徒手授動術	-	→			-
		パンピングを併用した場合	990	→			990
		関節腔洗浄療法を併用した場合	2,000	→			2,400
		顎関節鏡下授動術	8,770	→			10,520
K447	2 3	開放授動術	25,100	→	25,100	3	
		顎関節円板整位術				K447	
		顎関節鏡下円板整位術	20,690	→	22,100		1
開放円板整位術	27,300	→	27,300	2			
(唾液腺)							
K448		がま腫切開術	820	→	820	K448	
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→	900	K449	
K450	1 2 3	唾石摘出術(一連につき)				K450	
		表在性のもの	640	→	640		1
		深在性のもの	3,770	→	3,770		2
		腺体内に存在するもの	6,550	→	6,550		3
	注	2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合	1,000	→	1,000	注	
K451		がま腫摘出術	5,950	→	7,140	K451	
K452		舌下腺腫瘍摘出術	5,990	→	7,180	K452	
K453		顎下腺腫瘍摘出術	9,480	→	9,640	K453	
K454		顎下腺摘出術	9,670	→	10,210	K454	
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	33,010	→	33,010	K455	
K456		削除				K456	
K457	1 2	耳下腺腫瘍摘出術				K457	
		耳下腺浅葉摘出術	27,210	→	27,210		1
		耳下腺深葉摘出術	34,210	→	34,210		2
K458	1	耳下腺悪性腫瘍手術				K458	
		切除	33,010	→	33,010		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		
K459 K460	2	全摘	44,020	→ 44,020	2	
		唾液腺管形成手術	11,360	→ 13,630		
		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	11,360	→ 13,630		
	2	結膜嚢内へのもの	14,070	→ 15,490		
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))						
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	8,480	→ 8,860		
K461-2	2	両葉の場合	10,760	→ 10,760	2	
		内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術			K461-2	
K462	1	片葉のみの場合	17,410	→ 17,410	1	
	2	両葉の場合	25,210	→ 25,210	2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	22,880	→ 22,880	K462	
K462-2		内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	25,210	→ 25,210	K462-2	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	24,180	→ 24,180		
K464	2	全摘及び亜全摘	33,790	→ 33,790	2	【新設】
		内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術			K463-2	
		切除	-	→ 27,550	1	
		全摘及び亜全摘	-	→ 37,160	2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	15,680	→ 15,680		
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	33,790	→ 33,790	2	
K464-2		内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	20,660	→ 20,660	K464-2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	39,000	→ 39,000	K465	
(その他の頸部)						
K466		斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	11,430	→ 13,710	K467	

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		
K468		頸肋切除術	12,700	→ 15,240	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	23,060	→ 27,670	1	
	2	両側	34,680	→ 37,140	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	41,920	→ 41,920	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
第7款 胸部						
(乳腺)						
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	6,730	→ 6,730	2	
K474-2		乳管腺葉区域切除術	12,820	→ 12,820	K474-2	
K474-3		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	6,240	→ -	K474-3	【項目の見直し】
		マンモグラフィー又は超音波装置によるもの	-	→ 6,240	1	
		MRIによるもの	-	→ 8,210	2	
K475		乳房切除術	6,040	→ 6,040	K475	
K475-2		乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→ 7,240	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)	14,820	→ 14,820	1	
	2	乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	28,210	→ 28,210	2	
	3	乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	22,520	→ 22,520	3	
	4	乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))	42,350	→ 42,350	4	
	5	乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの	42,350	→ 42,350	5	
	6	乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの	42,350	→ 42,350	6	
	7	拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)	52,820	→ 52,820	7	
	8	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	27,810	→ 27,810	8	【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		
K476-2	9	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	48,340	→ 48,340	9	【名称の見直し】
	注1	乳がんセンチネルリンパ節加算1	5,000	→ 5,000	注1	
	注2	乳がんセンチネルリンパ節加算2	3,000	→ 3,000	注2	
		陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→ 7,350	K476-2	
K476-3		動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)			K476-3	
K476-4	1	一次的に行うもの	49,120	→ 49,120	1	
	2	二次的に行うもの	53,560	→ 53,560	2	
		ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	25,000	→ 25,000	K476-4	
(胸壁)						
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	7,460	→ 8,950	K478	
K479		削除			K479	
K480		胸壁冷膿瘍手術	7,670	→ 7,810	K480	
K480-2		流注膿瘍切開搔爬術	7,670	→ 7,670	K480-2	
K481		肋骨骨折観血的手術	8,610	→ 10,330	K481	
K482		肋骨切除術			K482	
	1	第1肋骨	16,900	→ 16,900	1	
	2	その他の肋骨	4,300	→ 5,160	2	
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120	→ 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	56,000	→ 56,000	1	
	2	その他のもの	28,210	→ 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	43,750	→ 43,750	1	
	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
K485		胸壁腫瘍摘出術	12,960	→ 12,960	K485	
K486		胸壁瘻手術	23,520	→ 23,520	K486	
K487		漏斗胸手術			K487	

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	胸骨挙上法によるもの	28,210	→ 28,210	1	
	2	胸骨翻転法によるもの	37,370	→ 37,370	2	
	3	胸腔鏡によるもの	39,260	→ 39,260	3	
(胸腔、胸膜)						
K488		試験開胸術	10,800	→ 10,800	K488	
K488-2		試験的開胸開腹術	17,380	→ 17,380	K488-2	
K488-3		胸腔鏡下試験開胸術	13,500	→ 13,500	K488-3	
K488-4		胸腔鏡下試験切除術	15,800	→ 15,800	K488-4	
K489から K492まで		削除			K489から K492まで	
K493		骨膜外、胸膜外充填術	23,520	→ 23,520	K493	
K494		胸腔内(胸膜内)血腫除去術	15,350	→ 15,350	K494	
K495		削除			K495	
K496		膿胸、胸膜肺切除術			K496	
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340	→ 26,340	1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150	→ 33,150	2	
K496-2		胸腔鏡下膿胸又は胸膜肺切除術	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	26,340	→ 26,340	1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150	→ 33,150	2	
K496-4		胸腔鏡下膿胸搔爬術	32,690	→ 32,690	K496-4	
K497		膿胸腔有茎筋肉弁充填術	38,610	→ 38,610	K497	
K497-2		膿胸腔有茎大網充填術	57,100	→ 57,100	K497-2	
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	42,020	→ 42,020	1	
	2	胸膜肺切除を併施するもの	49,200	→ 49,200	2	
K499		胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	15,830	→ 16,540	K499	
K500		削除			K500	
K501		乳糜胸手術	14,410	→ 17,290	K501	

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		
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→ 12,530	K501-2	
K501-3	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230	→ 15,230	K501-3	
(縦隔)					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	→ 38,850	K502	
K502-2	縦隔切開術			K502-2	
	1 頸部からのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	1	
	2 経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050	→ 20,050	2	
K502-3	胸腔鏡下縦隔切開術	31,300	→ 31,300	K502-3	
K502-4	拡大胸腺摘出術	32,270	→ 33,870	K502-4	
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950	→ 58,950	K502-5	
K503	縦隔郭清術	37,010	→ 37,010	K503	
K504	縦隔悪性腫瘍手術			K504	
	1 単純摘出	37,000	→ 38,850	1	
	2 広汎摘出	56,020	→ 58,820	2	
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K504-2	
(気管支、肺)					
K505 及び K506	削除			K505 及び K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	31,030	→ 31,030	K507	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	10,150	→ 10,150	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術			K508-2	
	1 硬性鏡によるもの	9,360	→ 9,400	1	
	2 軟性鏡によるもの	8,960	→ 8,960	2	
K508-3	気管支熱形成術	10,150	→ 10,150	K508-3	
K509	気管支異物除去術			K509	
	1 直達鏡によるもの	9,260	→ 9,260	1	
	2 開胸手術によるもの	45,650	→ 45,650	2	
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	

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		
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	
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術	4,560	→ 9,130	K509-4	
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	→ 8,040	K510	
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	→ 10,450	1	
	2 その他のもの	8,710	→ 10,450	2	
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	10,020	→ 12,020	K510-3	
K511	肺切除術			K511	
	1 楔状部分切除	27,520	→ 27,520	1	
	2 区域切除(1肺葉に満たないもの)	58,430	→ 58,430	2	
	3 肺葉切除	58,350	→ 58,350	3	
	4 複合切除(1肺葉を超えるもの)	64,850	→ 64,850	4	
	5 1側肺全摘	59,830	→ 59,830	5	
	6 気管支形成を伴う肺切除	76,230	→ 76,230	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術			K513	
	1 肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	39,830	→ 39,830	1	
	2 その他のもの	58,950	→ 58,950	2	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	53,130	→ 53,130	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
	1 部分切除	60,350	→ 60,350	1	
	2 区域切除	69,250	→ 69,250	2	
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640	→ 72,640	3	
	4 肺全摘	72,640	→ 72,640	4	
	5 隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400	→ 78,400	5	
	6 気管支形成を伴う肺切除	80,460	→ 80,460	6	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
			改正前	改正後			
K514-2	7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860	→ 124,860	7		
	8	気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130	→ 127,130	8		
	9	胸膜肺全摘	92,000	→ 92,000	9		
	10	壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)	105,000	→ 105,000	10		
		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2		
	1	部分切除	60,170	→ 60,170	1		
	2	区域切除	72,640	→ 72,640	2		
	3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	92,000	→ 92,000	3		
	K514-3	移植用肺採取術(死体)(両側)	63,200	→ 63,200	K514-3		
	K514-4	同種死体肺移植術	139,230	→ 139,230	K514-4		
	注2	両側肺を移植した場合	45,000	→ 45,000	注2		
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	52,680	→ 60,750	K514-5			
K514-6	生体部分肺移植術	130,260	→ 130,260	K514-6			
		両側肺を移植した場合	-	→ 45,000	注3	【注の追加】	
K515	肺剥皮術	32,600	→ 32,600	K515			
K516	気管支瘻閉鎖術	59,170	→ 59,170	K516			
K517	肺縫縮術	28,220	→ 28,220	K517			
K518	気管支形成手術			K518			
	1	楔状切除術	64,030	→ 64,030	1		
	2	輪状切除術	66,010	→ 66,010	2		
K519	先天性気管狭窄症手術	146,950	→ 146,950	K519			
(食道)							
K520		食道縫合術(穿孔、損傷)			K520		【項目の追加】
	1	頸部手術	17,070	→ 17,070	1		
	2	開胸手術	28,210	→ 28,210	2		
	3	開腹手術	17,750	→ 17,750	3		
		内視鏡によるもの	-	→ 10,300	4		
K521		食道周囲膿瘍切開誘導術			K521		

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	1	開胸手術	28,210	→ 28,210	1	
	2	胸骨切開によるもの	19,440	→ 23,290	2	
	3	その他のもの(頸部手術を含む。)	6,600	→ 7,920	3	
		食道狭窄拡張術			K522	
K522-2	1	内視鏡によるもの	9,450	→ 9,450	1	
	2	食道ブジー法	2,950	→ 2,950	2	
	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480	3	
K522-2		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	65,900	→ 65,900	K522-3	
K523		食道異物摘出術			K523	
K524	1	頸部手術によるもの	27,890	→ 27,890	1	
	2	開胸手術によるもの	28,210	→ 28,210	2	
	3	開腹手術によるもの	27,720	→ 27,720	3	
		硬性内視鏡下食道異物摘出術	-	→ 5,360	K523-2	【新設】
		食道憩室切除術			K524	
K524-2	1	頸部手術によるもの	24,730	→ 24,730	1	
	2	開胸によるもの	34,570	→ 34,570	2	
		胸腔鏡下食道憩室切除術	39,930	→ 39,930	K524-2	
K525		腹腔鏡下食道憩室切除術	-	→ 39,930	K524-3	【新設】
		食道切除再建術			K525	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	1	
K525-2	2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420	3	
		胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420	3	
	4	バイパスのみ作成する場合	45,230	→ 45,230	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		
K525-3	非開胸食道抜去術(消化管再建手術を併施するもの)	69,690	→ 69,690	K525-3	
K526	食道腫瘍摘出術			K526	
1	内視鏡によるもの	8,480	→ 8,480	1	
2	開胸又は開腹手術によるもの	37,550	→ 37,550	2	
3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250	→ 50,250	3	
K526-2	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840	→ 8,840	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100	→ 22,100	2	
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	→ 12,950	K526-3	
K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	6,300	→ 14,510	K526-4	
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	47,530	→ 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	
K528-2	先天性食道狭窄症根治手術	51,220	→ 51,220	K528-2	
K528-3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320	→ 76,320	K528-3	
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	122,540	→ 122,540	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490	→ 101,490	2	
3	腹部の操作によるもの	69,840	→ 69,840	3	
注1	有茎腸管移植を併せて行った場合	7,500	→ 7,500	注1	
注2	血行再建を併せて行った場合	3,000	→ 3,000	注2	
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術			K529-2	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	125,240	→ 125,240	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	104,190	→ 104,190	2	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合	7,500	→ 7,500	注	
	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	-	→ 109,240	K529-3	【新設】
K530	食道アカラシア形成手術	32,710	→ 32,710	K530	

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		
K530-2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500	→ 44,500	K530-2	
K530-3		内視鏡下筋層切開術	9,450	→ 11,340	K530-3	
K531		食道切除後2次的再建術			K531	
	1	皮弁形成によるもの	43,920	→ 43,920	1	
	2	消化管利用によるもの	64,300	→ 64,300	2	
K532		食道・胃静脈瘤手術			K532	
	1	血行遮断術を主とするもの	37,620	→ 37,620	1	
	2	食道離断術を主とするもの	37,620	→ 37,620	2	
K532-2		食道静脈瘤手術(開腹)	34,240	→ 34,240	K532-2	
K532-3		腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	46,770	→ 49,800	K532-3	
K533		食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→ 8,990	K533	
K533-2		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→ 8,990	K533-2	
(横隔膜)						
K534		横隔膜縫合術			K534	
	1	経胸又は経腹	27,890	→ 33,460	1	
	2	経胸及び経腹	37,620	→ 40,910	2	
K534-2		横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
	1	経胸又は経腹	27,890	→ 27,890	1	
	2	経胸及び経腹	37,620	→ 37,620	2	
K534-3		胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	31,990	→ 31,990	K534-3	
K535		胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
	1	経胸又は経腹	29,560	→ 29,560	1	
	2	経胸及び経腹	39,040	→ 39,040	2	
K536		後胸骨ヘルニア手術	27,380	→ 27,380	K536	
K537		食道裂孔ヘルニア手術			K537	
	1	経胸又は経腹	27,380	→ 27,380	1	
	2	経胸及び経腹	38,290	→ 38,290	2	
K537-2		腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180	→ 42,180	K537-2	

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		
第8款 心・脈管					
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)					
K538	心膜縫合術	9,180	→ 9,180	K538	
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	11,800	→ 11,800	K538-2	
K539	心膜切開術	9,420	→ 9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240	→ 15,240	K539-2	
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	→ 16,540	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	51,650	→ 51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	39,270	→ 39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	39,270	→ 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	9,400	→ 9,400	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術			K546	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	32,000	→ 32,000		1
	2 不安定狭心症に対するもの	22,000	→ 22,000		2
	3 その他のもの	19,300	→ 19,300		3
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→ 28,280	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)			K548	
	1 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	→ 24,720		1
	2 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	→ 24,720		2
K549	経皮的冠動脈ステント留置術			K549	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380	→ 34,380		1
	2 不安定狭心症に対するもの	24,380	→ 24,380		2
	3 その他のもの	21,680	→ 21,680		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		
K550	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→ 17,720	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640	→ 19,640	K550-2	
K551	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
	1 1箇所のもの	76,550	→ 76,550	1	
	2 2箇所以上のもの	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吻合以上のもの	89,250	→ 89,250	2	
	注 冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000	→ 10,000	注	
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吻合以上のもの	91,350	→ 91,350	2	
	注 冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000	→ 10,000	注	
K553	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
	1 単独のもの	63,390	→ 63,390	1	
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	80,060	→ 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	114,300	→ 114,300	1	
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	147,890	→ 147,890	2	
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180	→ 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	
	胸腔鏡下弁形成術			K554-2	【新設】
	1 1弁のもの	-	→ 109,860	1	
	2 2弁のもの	-	→ 123,170	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		
K555	弁置換術			K555	
	1 1弁のもの	85,500	→ 85,500	1	
	2 2弁のもの	100,200	→ 100,200	2	
	3 3弁のもの	114,510	→ 114,510	3	
K555-2	経カテーテル大動脈弁置換術	-	→ -	K555-2	
	1 経心尖大動脈弁置換術	61,530	→ 61,530	1	
	2 経皮的動脈弁置換術	37,560	→ 37,560	2	
	胸腔鏡下弁置換術			K555-3	【新設】
	1 弁のもの	-	→ 115,500	1	
	2 弁のもの	-	→ 130,200	2	
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	37,430	→ 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。)	78,260	→ 78,260	K557-2	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	157,840	→ 157,840	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	115,750	→ 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)	192,920	→ 192,920	K558	
K559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450	→ 38,450	K559	
K559-2	経皮的僧帽弁拡張術	34,930	→ 34,930	K559-2	
	経皮的僧帽弁クリップ術	-	→ 34,930	K559-3	【新設】
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	
	1 上行大動脈			1	
	イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510	→ 114,510	イ	
	ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820	→ 128,820	ロ	
	ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860	→ 148,860	ハ	
	ニ その他のもの	100,200	→ 100,200	ニ	
	2 弓部大動脈	114,510	→ 114,510	2	
	3 上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			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		
K560-2	イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	→ 187,370	イ	
	ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→ 210,790	ロ	
	ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→ 243,580	ハ	
	ニ	その他のもの	171,760	→ 171,760	ニ	
	4	下行大動脈	89,250	→ 89,250	4	
	5	胸腹部大動脈	249,750	→ 249,750	5	
	6	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	59,080	→ 59,080	6	
	7	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	7	
		オープン型ステントグラフト内挿術			K560-2	
	1	弓部大動脈	114,510	→ 114,510	1	
K561	2	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			2	【項目の見直し】
	イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	→ 187,370	イ	
	ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→ 210,790	ロ	
	ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→ 243,580	ハ	
	ニ	その他のもの	171,760	→ 171,760	ニ	
	3	下行大動脈	89,250	→ 89,250	3	
		ステントグラフト内挿術			K561	
		血管損傷の場合	-	→ 43,830	1	
		1以外の場合			2	
	1	胸部大動脈	56,560	→ 56,560	イ	
K562	2	腹部大動脈	49,440	→ 49,440	ロ	
	3	腸骨動脈	43,830	→ 43,830	ハ	
		動脈管開存症手術			K562	
K562-2	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	18,990	→ 22,780	1	
	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
K563		胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400	→ 27,400	K562-2	
K563		肺動脈絞扼術	39,410	→ 39,410	K563	
K564		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150	→ 43,150	K564	

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		
K565	巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	90,870	→ 94,420	K565	
K566	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	44,670	→ 44,670	K566	
K567	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	
	3 複雑心奇形手術を伴うもの	173,620	→ 173,620	3	
K567-2	経皮的動脈形成術	37,430	→ 37,430	K567-2	
K568	大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1 単独のもの	80,840	→ 80,840	1	
	2 心内奇形手術を伴うもの	97,690	→ 97,690	2	
K569	三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	103,640	→ 103,640	K569	
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
	1 肺動脈弁切開術(単独のもの)	35,750	→ 35,750	1	
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460	→ 74,460	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	34,410	→ 34,410	K570-2	
K570-3	経皮的肺動脈形成術	31,280	→ 31,280	K570-3	
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
	1 部分肺静脈還流異常	50,970	→ 50,970	1	
	2 総肺静脈還流異常			2	
	イ 心臓型	109,310	→ 109,310	イ	
	ロ その他のもの	129,310	→ 129,310	ロ	
K572	肺静脈形成術	58,930	→ 58,930	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
	1 経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	13,410	→ 16,090	1	
	2 心房中隔欠損作成術	36,900	→ 36,900	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
	1 単独のもの	39,130	→ 39,130	1	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130	→ 45,130	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		
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850	→ 31,850	K574-2	
K575	三心房心手術	68,940	→ 68,940	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
	1 単独のもの	52,320	→ 52,320	1	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830	→ 65,830	2	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	66,060	→ 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	80,490	→ 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)	60,330	→ 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	66,060	→ 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	192,920	→ 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	94,060	→ 94,060	2	
K581	肺動脈閉鎖症手術			K581	
	1 単独のもの	100,200	→ 100,200	1	
	2 ラステリ手術を伴うもの	173,620	→ 173,620	2	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	231,500	→ 231,500	3	
K582	両大血管右室起始症手術			K582	
	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(タウシッヒ・ビング奇形手術)	192,920	→ 192,920	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		
K583	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	
	2 大血管血流転換術(ジャターン手術)	144,690	→ 144,690	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620	→ 173,620	3	
	4 ラステリ手術を伴うもの	154,330	→ 154,330	4	
K584	修正大血管転位症手術			K584	
	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790	→ 85,790	1	
	2 根治手術(ダブルスイッチ手術)	201,630	→ 201,630	2	
K585	総動脈幹症手術	143,860	→ 143,860	K585	
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
	1 両方向性グレン手術	71,570	→ 71,570	1	
	2 フォンタン手術	85,880	→ 85,880	2	
	3 心室中隔造成術	181,350	→ 181,350	3	
K587	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	179,310	→ 179,310	K587	
K588	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	→ 53,240	K588	
K589	冠動脈起始異常症手術	85,880	→ 85,880	K589	
K590	心室憩室切除術	76,710	→ 76,710	K590	
K591	心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591	
K592	肺動脈塞栓除去術	48,880	→ 48,880	K592	
K592-2	肺動脈血栓内膜摘除術	135,040	→ 135,040	K592-2	
K593	肺静脈血栓除去術	39,270	→ 39,270	K593	
K594	不整脈手術			K594	
	1 副伝導路切断術	89,250	→ 89,250	1	
	2 心室頻拍症手術	147,890	→ 147,890	2	
	3 メイズ手術	98,640	→ 98,640	3	
	肺静脈隔離術	-	→ 72,230	K594-2	【新設】
K595	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	40,760	→ 40,760	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 注1 注2	その他のもの 三次元カラーマッピング加算 磁気ナビゲーション加算	34,370 → 34,370 17,000 → 17,000 5,000 → 5,000	2 注1 注2	
K595-2		経皮的中隔心筋焼灼術	24,390 → 24,390	K595-2	
K596		体外ペースメーカー術	3,370 → 3,370	K596	
K597		ペースメーカー移植術		K597	
	1	心筋電極の場合	15,060 → 15,060	1	
	2	経静脈電極の場合	9,520 → 9,520	2	
		リードレスペースメーカーの場合	- → 9,520	3	【項目の追加】
K597-2		ペースメーカー交換術	4,000 → 4,000	K597-2	
K597-3		植込型心電図記録計移植術	1,260 → 1,260	K597-3	
K597-4		植込型心電図記録計摘出術	840 → 840	K597-4	
K598		両心室ペースメーカー移植術	31,510 → 31,510	K598	
K598-2		両心室ペースメーカー交換術	5,000 → 5,000	K598-2	
K599		植込型除細動器移植術		K599	
	1	経静脈リードを用いるもの	31,510 → 31,510	1	
	2	皮下植込型リードを用いるもの	24,310 → 24,310	2	
K599-2		植込型除細動器交換術	6,000 → 7,200	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	35,200 → 35,200	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	6,000 → 7,200	K599-4	
K599-5		経静脈電極抜去術		K599-5	
	1	レーザーシースを用いるもの	28,600 → 28,600	1	
	2	レーザーシースを用いないもの	22,210 → 22,210	2	
K600		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)		K600	
	1	初日	8,780 → 8,780	1	
	2	2日目以降	3,680 → 3,680	2	
K601		人工心肺(1日につき)		K601	
	1	初日	26,950 → 30,150	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				
K602	2	2日目以降	3,000	→	3,000	2	【新設】
	注1	初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合	4,800	→	4,800	注1	
	注2	初日に選択的脳灌流を併せて行った場合	7,000	→	7,000	注2	
		経皮的心肺補助法(1日につき)				K602	
	1	初日	11,100	→	11,100	1	
K603	2	2日目以降	3,120	→	3,120	2	
		経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)				K602-2	
		初日	-	→	11,100	1	
		2日目以降	-	→	3,680	2	
		補助人工心臓(1日につき)				K603	
K603-2	1	初日	54,370	→	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	4,000	→	4,000	3	
K604		小児補助人工心臓(1日につき)				K603-2	
	1	初日	63,150	→	63,150	1	
	2	2日目以降30日目まで	8,680	→	8,680	2	
K604-2	3	31日目以降	7,680	→	7,680	3	
		削除				K604	
K605		植込型補助人工心臓(非拍動流型)				K604-2	
	1	初日(1日につき)	58,500	→	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)	2,780	→	2,780	3	
K605-2	4	91日目以降(1日につき)	1,500	→	1,500	4	
		移植用心採取術	62,720	→	62,720	K605	
K605-3		同種心移植術	192,920	→	192,920	K605-2	
K605-4		移植用心肺採取術	100,040	→	100,040	K605-3	
K605-5		同種心肺移植術	286,010	→	286,010	K605-4	
		骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420	→	9,420	K605-5	

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		
(動脈)					
K606	血管露出術	530	→ 530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	10,550	→ 12,660	1	
	2 その他のもの	3,130	→ 3,750	2	
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	28,560	→ 28,560	1	
	2 その他のもの(観血的なもの)	11,180	→ 11,180	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680	→ 1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	→ 3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
	1 大動脈に及ぶもの	40,950	→ 40,950	1	
	2 内頸動脈	43,880	→ 43,880	2	
	3 その他のもの	28,450	→ 28,450	3	
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740	→ 34,740	K609-2	
K610	動脈形成術、吻合術			K610	
	1 頭蓋内動脈	99,700	→ 99,700	1	
	2 胸腔内動脈(大動脈を除く。)	52,570	→ 52,570	2	
	3 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→ 47,790	3	
	4 指(手、足)の動脈	15,340	→ 18,400	4	
	5 その他の動脈	21,700	→ 21,700	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	18,080	→ 18,080	K610-3	
K610-4	四肢の血管吻合術	18,080	→ 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)	18,080	→ 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	

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		
K612	1	開腹して設置した場合	17,940	→ 17,940	1	【項目の見直し】
	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	
		末梢動静脈瘻造設術	7,760	→	K612	
		静脈転位を伴うもの	-	→ 21,300	1	
		その他のもの	-	→ 7,760	2	
K613		腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	31,840	→ 31,840	K613	
K614		血管移植術、バイパス移植術			K614	
	1	大動脈	70,700	→ 70,700	1	
	2	胸腔内動脈	64,050	→ 64,050	2	
	3	腹腔内動脈	56,560	→ 56,560	3	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→ 55,050	4	
	5	下腿、足部動脈	62,670	→ 62,670	5	
	6	膝窩動脈	42,500	→ 42,500	6	
	7	その他の動脈	30,290	→ 30,290	7	
K615		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)			K615	
	1	止血術	23,110	→ 23,110	1	
	2	選択的動脈化学塞栓術	20,040	→ 20,040	2	
	3	その他のもの	18,620	→ 18,620	3	
K615-2		経皮的動脈遮断術	1,390	→ 1,660	K615-2	
K616		四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	→ 22,590	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	
K616-4		経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080	→ 18,080	K616-4	
K616-5		経皮的血管内異物除去術	14,000	→ 14,000	K616-5	
(静脈)						
K617		下肢静脈瘤手術			K617	
	1	抜去切除術	10,200	→ 10,200	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		
	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	大伏在静脈拔去術	11,020	→ 11,020	K617-2	
K617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,820	→ 1,820	K617-3	
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360	→ 14,360	K617-4	
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200	→ 10,200	K617-5	
K618	中心静脈注射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	
	注1 6歳未満の乳幼児の場合	300	→ 300	注1	
K619	静脈血栓摘出術			K619	
	1 開腹を伴うもの	22,070	→ 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	10,160	→ 10,160	K620	
K620-2	下大静脈フィルター除去術	6,190	→ 6,490	K620-2	
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40,650	→ 40,650	K621	
K622	胸管内頸静脈吻合術	37,620	→ 37,620	K622	
K623	静脈形成術、吻合術			K623	
	1 胸腔内静脈	25,200	→ 25,200	1	
	2 腹腔内静脈	25,200	→ 25,200	2	
	3 その他の静脈	16,140	→ 16,140	3	
K623-2	脾腎静脈吻合術	21,220	→ 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	10,910	→ 13,090	1	
	2 長径5センチメートル以上	16,390	→ 16,390	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		
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)	9,060	→ 10,870	1	
	2	頸部(深在性)	20,080	→ 24,090	2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	12,050	→ 14,460	3	
	4	腋窩	17,750	→ 17,750	4	
	5	胸骨旁	20,080	→ 23,190	5	
	6	鼠径部及び股部	7,370	→ 8,710	6	
	7	後腹膜	41,380	→ 41,380	7	
	8	骨盤	26,800	→ 26,800	8	
K627-2		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	36,140	→ 41,090	K627-2	
K627-3		腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	26,460	→ 26,460	K627-3	
K627-4		腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	39,720	→ 39,720	K627-4	
K628		リンパ管吻合術	34,450	→ 34,450	K628	
第9款 腹部						
(腹壁、ヘルニア)						
K629		削除			K629	
K630		腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	K630	
K631		腹壁瘻手術			K631	
	1	腹壁に限局するもの	1,820	→ 1,820	1	
	2	腹腔に通ずるもの	8,390	→ 10,050	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	11,210	→ 11,210	2	
K633		ヘルニア手術			K633	

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				
K633-2	1	腹壁癒痕ヘルニア	8,450	→	9,950	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	18,810	→	18,810	4	
	5	鼠径ヘルニア	6,000	→	6,000	5	
	6	大腿ヘルニア	8,860	→	8,860	6	
	7	腰ヘルニア	8,590	→	8,880	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)	18,810	→	18,810	8	
	9	内ヘルニア	18,810	→	18,810	9	
K634		腹腔鏡下ヘルニア手術				K633-2	
	1	腹壁癒痕ヘルニア	13,770	→	16,520	1	
	2	大腿ヘルニア	15,460	→	18,550	2	
	3	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	11,520	→	13,820	3	
	4	臍ヘルニア	9,520	→	11,420	4	
	5	閉鎖孔ヘルニア	24,130	→	24,130	5	
		腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	22,960	→	22,960	K634	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)							
K635		胸水・腹水濾過濃縮再静注法	4,160	→	4,990	K635	
K635-2		腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730	→	6,730	K635-2	
K635-3		連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	→	12,000	K635-3	
K636		試験開腹術	5,550	→	5,550	K636	
K636-2		ダメージコントロール手術	9,370	→	11,240	K636-2	
K636-3		腹腔鏡下試験開腹術	11,320	→	11,320	K636-3	
K636-4		腹腔鏡下試験切除術	11,320	→	11,320	K636-4	
K637		限局性腹腔膿瘍手術				K637	
	1	横隔膜下膿瘍	10,690	→	10,690	1	
	2	ダグラス窩膿瘍	5,710	→	5,710	2	
	3	虫垂周囲膿瘍	5,340	→	5,340	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		
	4	その他のもの	8,330	→ 9,270	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	→ 14,400	K639	
K639-2		結核性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639-2	
K639-3		腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	19,260	→ 23,040	K639-3	
K640		腸間膜損傷手術			K640	
	1	縫合、修復のみのもの	10,390	→ 10,390	1	
	2	腸管切除を伴うもの	26,880	→ 26,880	2	
K641		大網切除術	8,720	→ 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	11,910	→ 14,290	1	
	2	腸切除を伴うもの	28,210	→ 29,970	2	
K642-2		腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32,310	→ 32,310	K642-2	
K642-3		腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310	→ 30,310	K642-3	
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	→ 48,510	K643	
K643-2		腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610	→ 50,610	K643-2	
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	18,280	→ 18,280	2	
K645		骨盤内臓全摘術	120,980	→ 120,980	K645	
(胃、十二指腸)						
K646		胃血管結紮術(急性胃出血手術)	11,360	→ 11,360	K646	
K647		胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	12,190	→ 12,190	K647	
K647-2		腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460	→ 23,940	K647-2	
		内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	-	→ 10,300	K647-3	【新設】
K648		胃切開術	10,970	→ 11,140	K648	
K649		胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	11,800	→ 11,800	K649	

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		
K649-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	18,600	→ 22,320	K649-2	
K650	削除			K650	
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210	→ 9,210	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)	11,530	→ 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	6,460	→ 6,460	1	
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	18,370	→ 18,370	2	
	3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	6,230	→ 6,230	3	
	4 その他のポリープ・粘膜切除術	5,200	→ 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	→ 3,250	K653-3	
K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460	→ 6,460	K653-4	
K653-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480	→ 12,480	K653-5	
K654	内視鏡的消化管止血術	4,600	→ 4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	11,530	→ 13,830	K654-2	
K654-3	腹腔鏡下胃局所切除術			K654-3	
	1 内視鏡処置を併施するもの	26,500	→ 26,500	1	
	2 その他のもの	20,400	→ 20,400	2	
K655	胃切除術			K655	
	1 単純切除術	28,210	→ 33,850	1	
	2 悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870	2	
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
	1 単純切除術	40,890	→ 45,470	1	
	2 悪性腫瘍手術	64,120	→ 64,120	2	
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	26,910	→ 26,910	K655-3	
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	

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		
K655-5	1	単純切除術	40,170	→ 40,170	1	
	2	悪性腫瘍切除術	71,630	→ 71,630	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
		腹腔鏡下噴門側胃切除術			K655-5	
K656	1	単純切除術	54,010	→ 54,010	1	
	2	悪性腫瘍切除術	75,730	→ 75,730	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K656-2		胃縮小術	28,210	→ 28,210	K656	
K657		腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	40,050	→ 40,050	K656-2	
K657-2		胃全摘術			K657	
	1	単純全摘術	50,920	→ 50,920	1	
	2	悪性腫瘍手術	69,840	→ 69,840	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K658		腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
	1	単純全摘術	64,740	→ 64,740	1	
	2	悪性腫瘍手術	83,090	→ 83,090	2	
K659		有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K659-2		削除			K658	
	1	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	
K660	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	37,620	→ 37,620	3	
		腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	25,480	→ 30,570	K659-2	
K660-2		食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
	1	単独のもの	19,500	→ 19,500	1	
	2	ドレナージを併施するもの	28,210	→ 28,210	2	
	3	胃切除術を併施するもの	37,620	→ 37,620	3	
		腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	→ 34,100	K660-2	

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		
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	17,400	→ 17,400	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 16,010	K662	
K662-2	腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→ 18,890	K662-2	
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、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	6,070	→ 6,070	K664	
K664-2	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	14,610	→ 14,610	K664-2	
	薬剤投与用胃瘻造設術	-	→ 8,570	K664-3	【新設】
K665	胃瘻閉鎖術	12,040	→ -	K665	
	開腹又は腹腔鏡によるもの	-	→ 12,040	1	
	内視鏡によるもの	-	→ 10,300	2	
K665-2	胃瘻抜去術	2,000	→ 2,000	K665-2	
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	17,060	→ 17,060	K666-2	
K667	噴門形成術	16,980	→ 16,980	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620	→ 37,620	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190	→ -	K667-3	【削除】
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	28,210	→ 28,210	K668	
	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	-	→ 31,710	K668-2	【新設】
(胆嚢、胆道)					
K669	胆管切開術	12,460	→ 12,460	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	11,800	→ 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	28,210	→ 33,850	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	26,880	→ 26,880	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	35,470	→ 39,890	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610	→ 33,610	2	
K672	胆嚢摘出術	23,060	→ 27,670	K672	

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		
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500	→ 21,500	K672-2	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	37,620	→ 37,620	K673	
K674	総胆管拡張症手術	49,580	→ 59,490	K674	
	注 乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
K674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34,880	→ 110,000	K674-2	
	注 乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
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。)	45,520	→ 45,520		1
	2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	57,790	→ 57,790		2
	3 肝切除(葉以上)を伴うもの	77,450	→ 77,450		3
	4 膵頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→ 101,590		4
	5 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	209,520	→ 173,500		5
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術			K677	
	1 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	119,280	→ 173,500		1
	2 その他のもの	84,700	→ 84,700		2
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	
	1 血行再建あり	180,990	→ 180,990		1
	2 血行再建なし	101,090	→ 101,090		2
K678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	11,580	→ 11,580	K679	
K680	総胆管胃(腸)吻合術	28,210	→ 33,850	K680	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,420	→ 9,420	K681	
K682	胆管外瘻造設術			K682	
	1 開腹によるもの	12,300	→ 14,760		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	
K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800	→ 10,800	K682-3	

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		
K682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	23,450	→ 25,570	K682-4	【新設】
K683	削除			K683	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→ 60,000	K684	
	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	-	→ 119,200	K684-2	
K685	内視鏡的胆道結石除去術			K685	
1	胆道碎石術を伴うもの	11,920	→ 14,300	1	
2	その他のもの	8,320	→ 9,980	2	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K686	内視鏡的胆道拡張術	13,820	→ 13,820	K686	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K687	内視鏡的乳頭切開術			K687	
1	乳頭括約筋切開のみのも	11,270	→ 11,270	1	
2	胆道碎石術を伴うもの	24,550	→ 24,550	2	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→ 11,540	K688	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K689	経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→ 12,270	K689	
	経皮経肝バルーン拡張術	-	→ 12,270	K689-2	
(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	11,860	→ 11,860	1	
2	開胸によるもの	12,520	→ 12,520	2	
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520	→ 13,710	K692	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210	→ 28,210	K692-2	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	28,210	→ 28,210	K693	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210	→ 28,210	K694	

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		
K695		肝切除術			K695	
	1	部分切除	36,340	→ 39,040	1	
	2	垂区域切除	56,280	→ 56,280	2	
	3	外側区域切除	46,130	→ 46,130	3	
	4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	60,700	→ 60,700	4	
	5	2区域切除	76,210	→ 76,210	5	
	6	3区域切除以上のもの	97,050	→ 97,050	6	
	7	2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	126,230	→ 126,230	7	
		局所穿刺療法併用加算	-	→ 6,000	注	【注の追加】
K695-2		腹腔鏡下肝切除術			K695-2	
	1	部分切除	59,680	→ 59,680	1	
	2	外側区域切除	74,880	→ 74,880	2	
	3	垂区域切除	108,820	→ 108,820	3	
	4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	130,730	→ 130,730	4	
	5	2区域切除	152,440	→ 152,440	5	
	6	3区域切除以上のもの	174,090	→ 174,090	6	
K696		肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	→ 30,940	K696	
K697		肝内胆管外瘻造設術			K697	
	1	開腹によるもの	18,810	→ 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)			K697-2	
	1	腹腔鏡によるもの	18,710	→ 18,710	1	
	2	その他のもの	17,410	→ 17,410	2	
K697-3		肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)			K697-3	
	1	2センチメートル以内のもの			1	
	イ	腹腔鏡によるもの	16,300	→ 16,300	イ	
	ロ	その他のもの	15,000	→ 15,000	ロ	
	2	2センチメートルを超えるもの			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		
K697-4 K697-5 K697-6 K697-7	イ	腹腔鏡によるもの	23,260	→ 23,260	K697-4 K697-5 K697-6 K697-7	
	ロ	その他のもの	21,960	→ 21,960		
		移植用部分肝採取術(生体)	82,800	→ 82,800		
		生体部分肝移植術	189,290	→ 227,140		
		移植用肝採取術(死体)	86,700	→ 86,700		
		同種死体肝移植術	193,060	→ 193,060		
(脾)						
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		
	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
K699		脾結石手術			K699	
	1	脾切開によるもの	28,210	→ 28,210		
	2	経十二指腸乳頭によるもの	28,210	→ 28,210	2	
K699-2		体外衝撃波脾石破砕術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K699-2	
	注	内視鏡的脾石除去加算(一連につき1回に限る)	5,640	→ 5,640		
K700		脾中央切除術	53,560	→ 53,560	K700	
K700-2		脾腫瘍摘出術	21,750	→ 26,100	K700-2	
		腹腔鏡下脾腫瘍摘出術	-	→ 39,950		
K701		脾破裂縫合術	22,080	→ 22,080	K701	
K702		脾体尾部腫瘍切除術			K702	
	1	脾尾部切除術の場合				
	イ	脾同時切除の場合	24,000	→ 24,000		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	57,190	→ 57,190	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	52,730	→ 52,730	3	
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→ 55,870	4	
K702-2		腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術			K702-2	
	1	脾同時切除の場合	47,250	→ 53,480		

【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		
K703	2	脾温存の場合 脾頭部腫瘍切除術	56,240	→ 56,240	2	
	1	脾頭十二指腸切除術の場合	77,950	→ 78,620	K703 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	128,230	→ 128,230	4	
K703-2		腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	158,450	→ 158,450	K703-2	
K704		脾全摘術	103,030	→ 103,030	K704	
K705		脾嚢胞胃(腸)吻合術	28,210	→ 31,310	K705	
K706		脾管空腸吻合術	37,620	→ 37,620	K706	
K707		脾嚢胞外瘻造設術			K707	
K708	1	内視鏡によるもの	18,370	→ 18,370	1	
	2	開腹によるもの	12,460	→ 12,460	2	
K708		脾管外瘻造設術	18,810	→ 18,810	K708	
K708-2		脾管誘導手術	18,810	→ 18,810	K708-2	
K708-3		内視鏡的脾管ステント留置術	22,240	→ 22,240	K708-3	
K709		脾瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K709	
K709-2		移植用脾採取術(死体)	77,240	→ 77,240	K709-2	
K709-3		同種死体脾移植術	112,570	→ 112,570	K709-3	
K709-4		移植用脾腎採取術(死体)	84,080	→ 84,080	K709-4	
K709-5		同種死体脾腎移植術	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	31,030	→ 31,030	K711	
K711-2		腹腔鏡下脾摘出術	37,060	→ 37,060	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)						
K712		破裂腸管縫合術	10,400	→ 10,400	K712	
K713		腸切開術	9,650	→ 9,650	K713	

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		
K714	腸管癒着症手術	12,010	→ 12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650	→ 20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	4,490	→ 4,490	1	
	2 観血的なもの	6,040	→ 6,040	2	
K715-2	腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660	→ 14,660	K715-2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	15,940	→ 15,940	1	
	2 悪性腫瘍手術	34,150	→ 34,150	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術			K716-2	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	31,370	→ 31,370	1	
	2 悪性腫瘍手術	37,380	→ 37,380	2	
	移植用部分小腸採取術(生体)	-	→ 56,850	K716-3	【新設】
	生体部分小腸移植術	-	→ 164,240	K716-4	【新設】
	移植用小腸採取術(死体)	-	→ 65,140	K716-5	【新設】
	同種死体小腸移植術	-	→ 177,980	K716-6	【新設】
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	18,810	→ 18,810	K717	
K718	虫垂切除術			K718	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→ 6,740	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→ 13,760	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	→ 22,050	2	
K719	結腸切除術			K719	
	1 小範囲切除	22,140	→ 24,170	1	
	2 結腸半側切除	29,940	→ 29,940	2	
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680	→ 35,680	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	

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		
K719-3	1 小範囲切除、結腸半側切除	42,680	→ 42,680	1	
	2 全切除、亜全切除	59,510	→ 59,510	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	59,510	→ 59,510	K719-3	
K719-4	ピックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4	
K719-5	全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	51,860	→ 51,860	K719-5	
K720	結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	16,610	→ 16,610	K720	
K721	内視鏡的大腸ポリープ・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	削除			K721-2	
K721-3	長径2センチメートル未満	-	→ -		
	長径2センチメートル以上	-	→ -		
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→ 5,360	K721-3	
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370	→ 22,040	K721-4	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	10,390	→ 10,390	K722	
K723	削除			K723	
K724	腸吻合術	9,330	→ 9,330	K724	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 7,360	K725	
K725-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	→ 13,250	K725-2	
K726	人工肛門造設術	7,980	→ 9,570	K726	
K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	13,920	→ 16,700	K726-2	
K727	腹壁外腸管前置術	8,340	→ 8,340	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	11,220	→ 11,220	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
K729-2	1 腸管切除を伴わないもの	12,190	→ 12,190	1	
	2 腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
K729-2	多発性小腸閉鎖症手術	47,020	→ 47,020	K729-2	
K729-3	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	32,310	→ 32,310	K729-3	

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		
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,580	→ 11,580	1	
	2 腸管切除を伴うもの	17,900	→ 17,900	2	
	内視鏡によるもの	-	→ 10,300	3	【項目の追加】
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,750	→ 11,750	1	
	2 腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
	内視鏡によるもの	-	→ 10,300	3	【項目の追加】
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1	
	2 腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	18,810	→ 18,810	K734	
K734-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	26,800	→ 26,800	K734-2	
K735	先天性巨大結腸症手術	50,830	→ 50,830	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	11,090	→ 11,090	K735-2	
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710	→ 63,710	K735-3	
K735-4	下部消化管ステント留置術	9,100	→ 10,920	K735-4	
	腸管延長術	-	→ 76,000	K735-5	【新設】
K736	人工肛門形成術			K736	
	1 開腹を伴うもの	10,030	→ 10,030	1	
	2 その他のもの	3,670	→ 3,670	2	
(直腸)					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,610	→ 2,610	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
	1 経肛門(内視鏡によるもの)	6,700	→ 8,040	1	
	2 開腹によるもの	11,530	→ 11,530	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		
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	9,940	→ 9,940	2	
	3 経腹及び経肛	18,810	→ 18,810	3	
K739-2	経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	26,100	→ 26,100	K739-2	
K739-3	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	16,700	→ 16,700	K739-3	
K740	直腸切除・切断術			K740	
	1 切除術	42,850	→ 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	77,120	→ 77,120	4	
	人工肛門造設加算	-	→ 2,000	注	【注の追加】
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
	1 切除術	75,460	→ 75,460	1	
	2 低位前方切除術	83,930	→ 83,930	2	
	3 切断術	83,930	→ 83,930	3	
	人工肛門造設加算		3,470	注	【注の追加】
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	28,210	→ 28,210	K741	
	直腸瘤手術	-	→ 5,760	K741-2	【新設】
K742	直腸脱手術			K742	
	1 経会陰によるもの	-	→ -	1	
	イ 腸管切除を伴わないもの	8,410	→ 8,410	イ	
	ロ 腸管切除を伴うもの	25,780	→ 25,780	ロ	
	2 直腸挙上固定を行うもの	10,900	→ 10,900	2	
	3 骨盤底形成を行うもの	18,810	→ 18,810	3	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620	→ 37,620	4	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	30,200	→ 30,810	K742-2	

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		
(肛門、その周辺)					
K743	痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
	1 硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
	2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010	→ 4,010	2	
	3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	3	
	4 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	5,190	→ 5,190	4	
	根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	-	→ 6,520	5	【項目の追加】
	5 PPH	11,260	→ 11,260	6	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3	削除	-	→ -	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	7,470	→ 7,470	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	8,120	→ 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	28,210	→ 28,210	1	
	2 直腸切断を伴うもの	70,680	→ 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 瘻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	23,660	→ 23,660	2	
K751	鎖肛手術			K751	

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	1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	1	
	2	会陰式	18,810	→ 18,810	2	
	3	仙骨会陰式	35,270	→ 35,270	3	
	4	腹会陰、腹仙骨式	62,660	→ 62,660	4	
K751-2		仙尾部奇形腫手術	46,950	→ 46,950	K751-2	
K751-3		腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	70,140	→ 70,140	K751-3	
K752		肛門形成手術			K752	
K753	1	肛門狭窄形成手術	5,210	→ 5,210	1	
	2	直腸粘膜脱形成手術	7,710	→ 7,710	2	
K753		毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
第10款 尿路系・副腎						
(副腎)						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210	→ 28,210	K754	
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	40,100	→ 40,100	K754-2	
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390	→ 34,390	K754-3	
K755		副腎腫瘍摘出術			K755	
K755-2	1	皮質腫瘍	39,410	→ 39,410	1	
	2	髓質腫瘍(褐色細胞腫)	47,020	→ 47,020	2	
K755-2		腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030	→ 47,030	K755-2	
K756		副腎悪性腫瘍手術	47,020	→ 47,020	K756	
K756-2		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120	→ 51,120	K756-2	
(腎、腎盂)						
K757		腎破裂縫合術	37,620	→ 37,620	K757	
K757-2		腎破裂手術	38,270	→ 38,270	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759		腎切半術	37,620	→ 37,620	K759	
K760		癒合腎離断術	47,020	→ 47,020	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	10,660	→ 10,660	K761	

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		
K762	腎固定術	10,350	→ 10,350	K762	
K763	腎切石術	27,550	→ 27,550	K763	
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800	→ 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。)	33,040	→ 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	27,210	→ 27,210	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769	腎部分切除術	35,880	→ 35,880	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930	→ 43,930	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900	→ 42,900	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	11,580	→ 11,580	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850	→ 18,850	K770-2	
K770-3	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360	→ 20,360	K770-3	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	17,680	→ 18,760	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	54,250	→ 54,250	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240	→ 40,240	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,770	→ 42,770	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	64,720	→ 64,720	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	49,870	→ 49,870	K773-3	
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	52,800	→ 52,800	K773-4	
K773-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	70,730	→ 70,730	K773-5	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	13,860	→ 13,860	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	27,890	→ 27,890	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	28,210	→ -	K777	【項目の見直し】
	内視鏡によるもの	-	10,300	1	
	その他のもの	-	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		
K778	腎盂形成手術	33,120	→ 33,120	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600	→ 51,600	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	35,700	→ 35,700	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	43,400	→ 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	
K780	同種死体腎移植術	98,770	→ 98,770	K780	
	注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合	40,000	→ 40,000	注1	
K780-2	生体腎移植術	62,820	→ 62,820	K780-2	
(尿管)					
K781	経尿道的尿路結石除去術			K781	
	1 レーザーによるもの	22,270	→ 22,270	1	
	2 その他のもの	14,800	→ 14,800	2	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770	→ -	K781-2	【削除】
K781-3	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250	→ 8,250	K781-3	
K782	尿管切石術			K782	
	1 上部及び中部	10,310	→ 10,310	1	
	2 膀胱近接部	15,310	→ 15,310	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930	→ 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	18,810	→ 18,810	K784	
K784-2	尿管剥離術	18,810	→ 18,810	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420	→ 21,420	K785	
K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040	→ 31,040	K785-2	
K786	尿管膀胱吻合術	21,310	→ 25,570	K786	
	尿管形成加算	-	9,400	注	【注の追加】
K787	尿管尿管吻合術	27,210	→ 27,210	K787	
K788	尿管腸吻合術	17,070	→ 17,070	K788	

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		
K789	尿管腸膀胱吻合術	46,450	→ 46,450	K789	【項目の見直し】
K790	尿管皮膚瘻造設術	14,200	→ 14,200	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	28,450	→ 30,450	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	36,840	→ -	K792	
	内視鏡によるもの	-	→ 10,300	1	
	その他のもの	-	→ 36,840	2	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K793	
K794	尿管口形成手術	16,580	→ 16,580	K794	
K794-2	経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→ 15,500	K794-2	
(膀胱)					
K795	膀胱破裂閉鎖術	11,170	→ 11,170	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
	1 経尿道的手術	8,320	→ 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)	8,320	→ 8,320	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	9,260	→ 9,270	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	6,410	→ 6,410	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	59,350	→ 59,350	1	
	2 その他のもの	51,510	→ 51,510	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	10,610	→ 10,610	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	
	1 メッシュを使用するもの	30,880	→ 30,880	1	
	2 その他のもの	19,390	→ 23,260	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		
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	
K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710	→ 12,710	K802-4	
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	18,680	→ 22,410	K802-5	
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	40,930	→ 41,160	K802-6	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	
	1 切除	34,150	→ 34,150	1	
	2 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	66,890	→ 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)	80,160	→ 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)	107,800	→ 107,800	4	
	5 全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	110,600	→ 110,600	5	
	6 経尿道的手術			6	
	イ 電解質溶液利用のもの	12,300	→ 12,300	イ	
	ロ その他のもの	10,400	→ 10,400	ロ	
	注 狭帯域光強調加算	200	→ 200	注	
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380	→ -	K803-2	【項目の見直し】
	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	-	→ 76,880	1	
	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	-	→ 117,790	2	
	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	-	→ 120,590	3	
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	87,380	→ -	K803-3	【項目の見直し】
	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	-	→ 74,880	1	
	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	-	→ 115,790	2	
	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	-	→ 118,590	3	
K804	尿膜管摘出術	10,950	→ 10,950	K804	
K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術	18,360	→ 22,030	K804-2	
K805	膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
	膀胱皮膚瘻造設術	-	→ 25,200	K805-2	【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		
K806		導尿路造設術	-	49,400	K805-3	【新設】
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	→ 8,700	K806	
K807		膀胱腔瘻閉鎖術	27,700	→ 27,700	K807	
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	27,700	→ 27,700	K808	【項目の見直し】
		内視鏡によるもの	-	10,300	1	
		その他のもの	-	27,700	2	
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	37,180	→ 37,180	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	23,520	→ 25,570	K809-2	
	注	尿管形成加算	9,400	→ 9,400	注	
K809-3		腹腔鏡下膀胱内手術	37,440	→ 39,280	K809-3	
K810		ボアリー氏手術	36,840	→ 36,840	K810	
K811		腸管利用膀胱拡大術	48,200	→ 48,200	K811	
K812		回腸(結腸)導管造設術	49,570	→ 49,570	K812	
K812-2		排泄腔外反症手術			K812-2	
	1	外反膀胱閉鎖術	70,430	→ 70,430	1	
	2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
(尿道)						
K813		尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814		外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815		尿道結石、異物摘出術			K815	
	1	前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
	2	後部尿道	5,250	→ 6,300	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	32,230	→ 32,230	1	
	2	内視鏡による場合	23,130	→ 23,130	2	
	3	尿路変更を行う場合	54,060	→ 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	1 前部尿道	17,030	→ 17,030	1	
	2 後部尿道	37,700	→ 37,700	2	
K819-2	尿道下裂形成手術	33,790	→ 33,790	K819	
K820	陰茎形成術	43,930	→ 52,710	K819-2	
K821	尿道上裂形成手術	39,000	→ 39,000	K820	
K821-2	尿道狭窄内視鏡手術	15,040	→ 15,040	K821	
K821-2	尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→ 14,200	K821-2	
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3	
K822	女子尿道脱手術	7,560	→ 7,560	K822	
K823	尿失禁手術			K823	
K823-2	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	23,510	→ 23,510	1	
	2 その他のもの	20,680	→ 20,680	2	
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	23,320	→ 23,320	K823-2	
K823-3	膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	23,320	→ 23,320	K823-3	
K823-4	腹腔鏡下尿失禁手術	32,440	→ 32,440	K823-4	
K823-5	人工尿道括約筋植込・置換術	23,920	→ 23,920	K823-5	
第11款 性器					
(陰茎)					
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	K824	
K825	陰茎全摘術	16,630	→ 16,630	K825	
K826	陰茎切断術	5,850	→ 7,020	K826	
K826-2	陰茎折症手術	8,550	→ 8,550	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	5,850	→ 7,020	K826-3	
K827	陰茎悪性腫瘍手術			K827	
K828	1 陰茎切除	21,750	→ 23,200	1	
	2 陰茎全摘	36,500	→ 36,500	2	
K828	包茎手術			K828	
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	4,670	→ 4,670	1	
	2	その他のシャント術によるもの	18,600	→ 18,600	2	
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)						
K829		精管切断、切除術(両側)	2,550	→ 2,550	K829	【新設】
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	10,290	→ 12,340	K833	
K834		精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,970	K834	
K834-2		腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590	→ 20,500	K834-2	
		顕微鏡下精索静脈瘤手術	-	→ 12,500	K834-3	
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	9,740	→ 9,740	K836	
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	37,170	→ 37,170	K836-2	
K837		精管形成手術	11,310	→ 12,470	K837	
K838		精索捻転手術			K838	
	1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,810	→ 7,810	1	
	2	その他のもの	8,230	→ 8,230	2	
(精囊、前立腺)						
K839		前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	K839	

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		
K840		前立腺被膜下摘出術	15,920	→ 15,920	K840	
K841		経尿道的前立腺手術			K841	
	1	電解質溶液利用のもの	20,400	→ 20,400	1	
	2	その他のもの	18,500	→ 18,500	2	
K841-2		経尿道的レーザー前立腺切除術			K841-2	
	1	ホルミウムレーザーを用いるもの	20,470	→ 20,470	1	
	2	その他のもの	19,000	→ 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	
		経尿道的前立腺核出術	-	→ 21,500	K841-5	【新設】
K842		削除			K842	
K843		前立腺悪性腫瘍手術	41,080	→ 41,080	K843	
K843-2		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430	→ 77,430	K843-2	
K843-3		腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780	→ 59,780	K843-3	
K843-4		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	95,280	→ 95,280	K843-4	
(外陰、会陰)						
K844		バルトリン腺膿瘍切開術	780	→ 780	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	29,190	→ 29,190	1	
	2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	63,200	→ 63,200	2	
K850-2		腔絨毛性腫瘍摘出術	23,830	→ 23,830	K850-2	
K851		会陰形成手術			K851	

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			
K851-2	1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1		
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 6,910	2		
K851-3		外陰・膣血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2		
		癒合陰唇形成手術			K851-3		
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1		
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 6,240	2		
(膣)							
K852		膣壁裂創縫合術(分娩時を除く。)			K852		【名称の見直し】
	1	前又は後壁裂創	2,760	→ 2,760	1		
	2	前後壁裂創	5,410	→ 6,330	2		
	3	膣円蓋に及ぶ裂創	8,280	→ 8,280	3		
	4	直腸裂傷を伴うもの	31,940	→ 31,940	4		
K853		膣閉鎖術			K853		
	1	中央膣閉鎖術(子宮全脱)	6,370	→ 7,410	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(異所性妊娠)	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	37,070	→ 44,480	K857		
K858		膣腸瘻閉鎖術	35,130	→ -	K858		
		内視鏡によるもの	-	→ 10,300	1		
		その他のもの	-	→ 35,130	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		
K859		造脘術、脘閉鎖症術			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	18,810	→ 18,810	2	
	3	脘断端挙上によるもの	28,210	→ 28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	47,040	→ 47,040	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	55,810	→ 55,810	5	
K859-2		腹腔鏡下造脘術	38,690	→ 38,690	K859-2	
K860		脘壁形成手術	7,880	→ 7,880	K860	
K860-2		脘断端挙上術(脘式、腹式)	29,190	→ 29,190	K860-2	
(子宮)						
K861		子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	
K862		クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863		腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	20,610	→ 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。)	18,590	→ 18,590	K863-2	
K863-3		子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17,810	→ 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	7,540	→ 8,140	2	
	3	癒着剥離矯正術	14,070	→ 16,420	3	
K865		子宮脱手術			K865	
	1	脘壁形成手術及び子宮位置矯正術	16,900	→ 16,900	1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	16,900	→ 16,900	2	
	3	マンチェスター手術	14,110	→ 14,110	3	
	4	脘壁形成手術及び子宮全摘術(脘式、腹式)	28,210	→ 28,210	4	
K865-2		腹腔鏡下仙骨脘固定術	48,240	→ 48,240	K865-2	
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(脘部)切除術	3,330	→ 3,330	K867	

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		
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 K870まで	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(腔式)	3,810	→ 3,810	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
1	腹式	24,510	→ 24,510	1	
2	腔式	14,290	→ 14,290	2	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	37,620	→ 37,620	K872-2	
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	15,240	→ 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	17,100	→ 17,100	K873	
K874 及び K875	削除			K874 及び K875	
K876	子宮腔上部切断術	9,500	→ 10,390	K876	
K876-2	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	14,620	→ 17,540	K876-2	
K877	子宮全摘術	28,210	→ 28,210	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050	→ 42,050	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	14,290	→ 16,120	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130	→ 28,130	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	62,000	→ 62,000	K879	
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	70,200	→ 70,200	K879-2	【名称の見直し】
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	23,240	→ 23,290	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	25,280	→ 25,280	K882	

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		
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)	23,240	→ 23,290	K884	
(子宮附属器)						
K885		腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
K885-2		経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1,490	→ 1,490	K885-2	
K886		子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
	1	開腹によるもの	11,580	→ 13,890	1	
	2	腹腔鏡によるもの	21,370	→ 21,370	2	
K887		卵巣部分切除術(腔式を含む。)			K887	
	1	開腹によるもの	5,130	→ 6,150	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-2		卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)			K887-2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-3		卵管口切開術			K887-3	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 5,220	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-4		腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	24,130	→ 24,130	K887-4	
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)			K888	
	1	開腹によるもの	15,720	→ 17,080	1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,940	→ 25,940	2	
K888-2		卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)			K888-2	
	1	開腹によるもの	12,460	→ 12,460	1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,540	→ 25,540	2	
K889		子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500	→ 58,500	K889	

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		
K890	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	27,380	→ 27,380	K890	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	46,410	→ 46,410	K890-2	
K890-3	腹腔鏡下卵管形成術	46,410	→ 46,410	K890-3	
(産科手術)					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	3,170	→ 3,170	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,550	→ 2,550	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
	1 低位(出口)鉗子	2,700	→ 2,700	1	
	2 中位鉗子	4,760	→ 4,760	2	
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰(膣壁)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	3,860	→ 4,630	2	
	3 膣円蓋に及ぶもの	4,320	→ 4,320	3	
	4 直腸裂創を伴うもの	8,200	→ 8,920	4	
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	4,900	→ 5,880	K897	
K898	帝王切開術			K898	
	1 緊急帝王切開	22,200	→ 22,200	1	
	2 選択帝王切開	20,140	→ 20,140	2	
	注 複雑な場合	2,000	→ 2,000	注	
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。)	2,460	→ 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	29,190	→ 29,190	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				
K904	2	子宮腔上部切断を行うもの	29,190	→	29,190	2	
	3	その他のもの	14,500	→	16,130	3	
		妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	33,120	→	33,120	K904	
K905		子宮内反症整復手術(腔式、腹式)				K905	
K906	1	非観血的	340	→	340	1	
	2	観血的	13,820	→	15,490	2	
		子宮頸管縫縮術				K906	
K907	1	マクドナルド法	1,680	→	1,680	1	
	2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→	3,090	2	
	3	縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→	1,500	3	
K908		胎児外回転術	670	→	670	K907	
K909		胎児内(双合)回転術	1,190	→	1,190	K908	
		流産手術				K909	
K909-2	1	妊娠11週までの場合	2,000	→	-	1	【項目の見直し】
		手動真空吸引法によるもの	-	→	4,000	イ	
		その他のもの	-	→	2,000	ロ	
K910	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110	→	5,110	2	
		子宮内容除去術(不全流産)	1,980	→	1,980	K909-2	
K910-2		削除				K910	
K910-3		内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000	→	40,000	K910-2	
K911		胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)	11,880	→	11,880	K910-3	
K912		胞状奇胎除去術	4,120	→	4,120	K911	
		異所性妊娠手術				K912	【名称の見直し】
K913	1	開腹によるもの	14,110	→	14,110	1	
	2	腹腔鏡によるもの	22,950	→	22,950	2	
		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	2,700	→	2,700	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						
(その他)									
K913-2	1	性腺摘出術 開腹によるもの	6,280	→	6,280	1			
	2	腹腔鏡によるもの	18,590	→	18,590			2	
第12款 削除									
第13款 臓器提供管理料									
K914		脳死臓器提供管理料	20,000	→	20,000	K914			
K915		生体臓器提供管理料	5,000	→	5,000	K915			
K920	1	輸血 自家採血輸血(200mLごとに)				K920			
	イ	1回目	750	→	750			1	イ
	ロ	2回目以降	650	→	650			1	ロ
	2	保存血液輸血(200mLごとに)						2	
	イ	1回目	450	→	450			2	イ
	ロ	2回目以降	350	→	350			2	ロ
	3	自己血貯血						3	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)						3	イ
	(1)	液状保存の場合	250	→	250			(1)	(1)
	(2)	凍結保存の場合	500	→	500			(2)	(2)
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)						3	ロ
	(1)	液状保存の場合	250	→	250			(1)	(1)
	(2)	凍結保存の場合	500	→	500			(2)	(2)
	4	自己血輸血						4	
イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)				4	イ			
(1)	液状保存の場合	750	→	750	(1)	(1)			
(2)	凍結保存の場合	1,500	→	1,500	(2)	(2)			
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)				4	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	(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 希釈式自己血輸血			5		
	イ 6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	1,000	→ 1,000	イ		
	ロ 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	1,000	→ 1,000	ロ		
	6 交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250	6		
	注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用	48	→ 54	注5		
	注6 不規則抗体検査の費用	197	→ 197	注6		
	注7 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI(A、B、C)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,000	→ 1,000	注7		
	注7 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスII(DR、DQ、DP)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,400	→ 1,400	注7		
	注8 血液交叉試験加算	30	→ 30	注8		
	注8 間接クームス検査加算	34	→ 47	注8		
	注8 コンピュータクロスマッチ加算	-	→ 30	注8		
	注9 乳幼児加算	26	→ 26	注9		
	注12 血小板洗浄術加算	580	→ 580	注12		
		輸血管理料			K920-2	
	1	輸血管理料I	220	→ 220	1	
	2	輸血管理料II	110	→ 110	2	
	注2	輸血適正使用加算(輸血管理料Iの場合)	120	→ 120	注2	
注2	輸血適正使用加算(輸血管理料IIの場合)	60	→ 60	注2		
注3	貯血式自己血輸血管理体制加算	50	→ 50	注3		
K921				K921		
		造血幹細胞採取(一連につき)				
	1	骨髓採取		1		
	イ	同種移植の場合	21,640	→ 21,640	イ	
	ロ	自家移植の場合	17,440	→ 17,440	ロ	
2	末梢血幹細胞採取			2		
	イ 同種移植の場合	21,640	→ 21,640	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				
K922	ロ	自家移植の場合	17,440	→	17,440	K922	ロ	
	1	造血幹細胞移植					1	
	イ	自家移植の場合	66,450	→	66,450		イ	
	ロ	自家移植の場合	25,850	→	25,850		ロ	
	2	末梢血幹細胞移植					2	
	イ	自家移植の場合	66,450	→	66,450		イ	
	ロ	自家移植の場合	30,850	→	30,850		ロ	
	3	臍帯血移植	66,450	→	66,450		3	
	注3	乳幼児加算	26	→	26		注3	
	注7	抗HLA抗体検査加算	4,000	→	4,000		注7	
K923		非血縁者間移植加算	-		10,000	注8	【注の追加】	
		コーディネート体制充実加算	-		1,500	注9	【注の追加】	
		術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	→	-	K923	【項目の見直し】	
		濃縮及び洗浄を行うもの	-		5,500	1		
K924		濾過を行うもの	-		3,500	2		
		自己生体組織接着剤作成術	1,400	→	4,340	K924		
		自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	-	→	1,760	K924-2	【新設】	
第3節 手術医療機器等加算								
K930		脊髄誘発電位測定等加算				K930		
	1	脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	3,130	→	3,130		1	
	2	甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	2,500	→	2,500	2		
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		
K934-2		副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	1,000	→	1,000	K934-2		
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		

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		
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	
K937-2	術中グラフト血流測定加算	2,500	→ 2,500	K937-2	
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	
	3 患者適合型手術支援ガイドによるもの	2,000	→ 2,000	3	
K939-2	術中血管等描出撮影加算	500	→ 500	K939-2	
K939-3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	450	→ 450	K939-3	
K939-4	削除	-	→ -	K939-4	
K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500	→ 2,500	K939-5	
K939-6	凍結保存同種組織加算	9,960	→ 81,610	K939-6	
	レーザー機器加算			K939-7	【新設】
	レーザー機器加算1	-	→ 50	1	
	レーザー機器加算2	-	→ 100	2	
	レーザー機器加算3	-	→ 200	3	

別表2

第10部 手術（名称を変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K476 8	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	K476 8	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)
K476 9	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	K476 9	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)
K854-2	後膣円蓋切開(子宮外妊娠)	K854-2	後膣円蓋切開(異所性妊娠)
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
K912	子宮外妊娠手術	K912	異所性妊娠手術

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>【点数の見直し】</p>	<p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点</p> <p>ロ イ以外の場合 18,300点</p> <p>2 坐位<small>ざ</small>における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p>	<p>24,900点</p> <p>18,200点</p>

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	16,600点	16,600点
ロ イ以外の場合	12,200点	12,100点
3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）		
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	12,450点	12,450点
ロ イ以外の場合	9,150点	9,050点
4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）		
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	9,130点	9,130点
ロ イ以外の場合	6,710点	6,610点
5 その他の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	8,300点	8,300点
ロ イ以外の場合	6,100点	6,000点

【注の見直し】

注7 心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点を所定点数に加算する。

注7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。

【注の追加】	(追加)	<p>注11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>
L009 麻酔管理料(1)		
【点数の見直し】	<p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900点</p>	<p>250点</p> <p>1,050点</p>
【注の見直し】	<p>注4 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。</p>	<p>注4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、</p>

K580の2、K581の3、K582の2、
 K582の3、K583、K584の2、
 K585、K586の2、K587、K59
 2-2、K605-2、K605-4、K6
 10の1、K645、K675の4、K67
 5の5、K677-2の1、K695の4、
 K695の6、K695の7、K697-5
 、K697-7、K703、K704、K8
 01の1、K803の2、K803の4及び
 K803-2に掲げる手術に当たって、区分
 番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管
 による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時
 間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算とし
 て、7,500点を所定点数に加算する。

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

【点数の見直し】

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合
100点
- 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身
麻酔を行った場合
300点

150点
450点

第2節 神経ブロック料

L105 硬膜外ブロックにおける麻
酔剤の持続的注入（1日につ
き）（チューブ挿入当日を除
く。）

【名称の見直し】

硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1

神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日

日につき) (チューブ挿入当日を除く。)

日につき) (チューブ挿入当日を除く。)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 放射線治療</p> <p>第1節 放射線治療管理・実施料</p> <p>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>（追加）</p>	<p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、緊急時の放射線治</p>

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

【項目の見直し】

- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | 甲状腺癌 <small>がん</small> に対するもの | 1,390点 |
| 2 | 甲状腺機能亢進症 <small>こうしん</small> に対するもの | 1,390点 |
| 3 | 固形癌骨転移による疼痛 <small>とうとう</small> に対するもの | 1,700点 |
| 4 | B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 |

【注の追加】

(追加)

療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。

- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | 甲状腺癌 <small>がん</small> に対するもの | 1,390点 |
| 2 | 甲状腺機能亢進症 <small>こうしん</small> に対するもの | 1,390点 |
| 3 | 固形癌骨転移による疼痛 <small>とうとう</small> に対するもの | 1,700点 |
| 4 | B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 |
| 5 | 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌 <small>がん</small> に対するもの | 2,630点 |

注4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌がんの患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

M001 体外照射

【項目の見直し】

- | | | |
|---|------------------|--------|
| 3 | 強度変調放射線治療 (IMRT) | |
| | イ 1回目 | 3,000点 |

- | | | |
|---|------------------|--------|
| 3 | 強度変調放射線治療 (IMRT) | 3,000点 |
|---|------------------|--------|

<p>【注の見直し】</p>	<p>ロ 2回目 1,500点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り300点を所定点数に加算する。</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>体表面の位置情報によるもの</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>骨構造の位置情報によるもの</td> <td>300点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>腫瘍の位置情報によるもの</td> <td>450点</td> </tr> </table>	イ	体表面の位置情報によるもの	150点	ロ	骨構造の位置情報によるもの	300点	ハ	腫瘍の位置情報によるもの	450点
イ	体表面の位置情報によるもの	150点									
ロ	骨構造の位置情報によるもの	300点									
ハ	腫瘍の位置情報によるもの	450点									
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>									

M001-4 粒子線治療（一連につき）

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 重粒子線治療の場合 150,000点 2 陽子線治療の場合 150,000点</p>	<p>→</p>	<p>1 希少な疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 187,500点 ロ 陽子線治療の場合 187,500点 2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 110,000点 ロ 陽子線治療の場合 110,000点</p>
<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において行われる場合に限り算定する。</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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第13部 病理診断		
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）		
【名称の見直し】	病理組織標本作製（1臓器につき）	病理組織標本作製
【項目の見直し】	病理組織標本作製（1臓器につき） 860点	病理組織標本作製 1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860点
N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）		
【名称の見直し】	術中迅速細胞診（1手術につき）	迅速細胞診
【項目の見直し】	術中迅速細胞診（1手術につき） 450点	迅速細胞診 1 手術中の場合（1手術につき） 450点

N004 細胞診（1部位につき）

【項目の見直し】

- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点
- 3 セルブロック法によるもの 860点

- 2 検査中の場合（1検査につき） 450点

- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点

【注の見直し】

注1 1について、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、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。

注1 1について、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、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

- N005-3 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

【注の見直し】

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N

002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の追加】

（追加）

注5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作成又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。



項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>2 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の注2については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号A000の注3、区分番号A002の注2及び注3並びに区分番号C012の注1から注3までについては、「400床」とあるのは、「500床」とする。</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>4 平成31年3月31日までの間における区分番号A206の注2については、「400床」とあるのは、「500床」とする。</p> <p>5 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第 号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A245の1のロ又は2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。</p> <p>6 旧算定方法別表第一区分番号A300の注3及び注4の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p>7 第2章第2部第2節第1款の通則1及び2の規定にかかわらず、平成32年3月31日までの間に限り、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号C119に掲げる在宅経肛門的^{こう}自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。</p>

- 8 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- イ 区分番号D006の2に掲げるトロンボテスト
 - ロ 区分番号D006-3の2に掲げるmRNA定量（1以外のもの）
 - ハ 区分番号D007の9に掲げるムコ^{たん}蛋白
 - ニ 区分番号D007の24に掲げる^{すい}膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）
 - ホ 区分番号D009の6に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）
- 9 第2章の規定にかかわらず、区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき） 【項目の見直し】	1 調剤基本料1 41点 2 調剤基本料2 25点 3 調剤基本料3 20点 4 調剤基本料4 31点 5 調剤基本料5 19点	1 調剤基本料1 41点 2 調剤基本料2 25点 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数4万回を超え40万回以下の場合 20点 ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 15点
【注の見直し】	注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15点を算定する。	注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき10点を算定する。
【注の見直し】	注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数	注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数

【注の削除】	<p>により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。</p> <p>なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。</p>	<p>により算定する。</p> <p>(削除)</p>												
【注の追加】	<p>(追加)</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。</p>												
【注の見直し】	<p>注5 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>18点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>22点</td> </tr> </table>	イ	後発医薬品調剤体制加算1	18点	ロ	後発医薬品調剤体制加算2	22点	<p>注5 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>18点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>22点</td> </tr> </table>	イ	後発医薬品調剤体制加算1	18点	ロ	後発医薬品調剤体制加算2	22点
イ	後発医薬品調剤体制加算1	18点												
ロ	後発医薬品調剤体制加算2	22点												
イ	後発医薬品調剤体制加算1	18点												
ロ	後発医薬品調剤体制加算2	22点												

【注の追加】

(追加)

注6 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

【注の見直し】

注8 医師の分割指示に係る処方せん受付（注6及び注7に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方せんを交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、分割回数が2回の場合は、それぞれの所定点数の2分の1に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。

注9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

01 調剤料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）

(1剤につき)

【点数の見直し】

イ	14日分以下の場合		
(1)	7日目以下の部分(1日分につき)	5点	5点
(2)	8日目以上の部分(1日分につき)	4点	4点
ロ	15日分以上21日分以下の場合	70点	67点
ハ	22日分以上30日分以下の場合	80点	78点
ニ	31日分以上の場合	87点	86点

【注の見直し】

注2	5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点)を加算する。	注2	5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ67点、77点又は67点(6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ135点、145点又は135点)を所定点数に加算する。
----	---	----	--

第2節 薬学管理料

10 薬剤服用歴管理指導料

【項目の見直し】

1	原則6月以内に処方せんを持参した患者に対して行った場合	38点	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	50点	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	38点	41点

【注の見直し】

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。
イ～ホ (略)

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。
イ～ホ (略)

【注の見直し】

注4 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

注4 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

【注の見直し】

注6 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、10点を所定点数に加算する。

注6 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、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

【注の追加】	(追加)	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。</p>
13の2 かかりつけ薬剤師指導料		
【点数の見直し】	70点	73点
【注の見直し】	<p>注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。</p>	<p>注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 30点</p>
【注の見直し】	<p>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、10点を所定点数に加算する。</p>	<p>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、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算す</p>

<p>1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>270点</p> <p>(新設)</p>	<p>る。</p> <p>280点</p> <p>1 4 の 3 服用薬剤調整支援料 125点 注 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する</p>	<p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点</p> <p>3 1及び2以外の場合 290点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、医師の指示に</p>

他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【注の追加】

(追加)

注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

15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 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対し

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

【注の見直し】

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、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、月2回に限り算定する。

て薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

15の5 服薬情報等提供料

【項目の見直し】

20点

- | | | |
|---|------------|-----|
| 1 | 服薬情報等提供料 1 | 30点 |
| 2 | 服薬情報等提供料 2 | 20点 |

【注の見直し】

注1 患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

【注の追加】

(追加)

注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

【項目の見直し】

30点



- 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- 2 残薬調整に係るものの場合 30点

提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

項 目	改 正 案
第 5 節 経過措置	<p>2 区分番号 0 0 の注 6 に係る規定は、平成30年 9 月30日までの間は、適用しない。</p> <p>3 区分番号 1 0 の注 9 に係る規定は、平成31年 3 月31日までの間は、適用しない。</p>

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>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 訪問看護基本療養費（Ⅰ） イ・ロ（略） 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</p> <p>2 訪問看護基本療養費（Ⅱ） イ・ロ（略） 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</p> <p>3（略）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>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（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定す</p>	<p>1 訪問看護基本療養費（Ⅰ） イ・ロ（略） 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</p> <p>2 訪問看護基本療養費（Ⅱ） イ・ロ（略） 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</p> <p>3（略）</p> <p>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（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定す</p>	<p>1 訪問看護基本療養費（Ⅰ） イ・ロ（略） ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円</p> <p>2 訪問看護基本療養費（Ⅱ） イ・ロ（略） ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円</p> <p>3（略）</p> <p>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、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科</p>

る場合にあつては真皮までの状態の利用者)
(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。

点数表」という。) の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の利用者) 又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 (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、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師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若しくは准看護師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。

【注の見直し】

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 (診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の利用者) (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

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、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 (医科点数表の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の利用者) 又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 (いずれも同一建物居住者に限る。)

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^{じよくそう}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。

)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、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}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若しくは准看護師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若しくは准看護師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。

【注の見直し】

注8 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看護師等が、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。

注8 訪問看護ステーションの看護師等が、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い、次のいずれかに該当する場合、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。

イ 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看護師等が指定訪問看護を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、

【注の見直し】

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つては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

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（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

【注の見直し】

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500円をそれぞれ所定額に加算する。

注11 1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、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、乳幼児加算として、1日につき1,500円を所定額に加算する。

【注の見直し】

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

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

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

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、1日につき、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日を、ハの場合にあっては週3日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看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合 4,500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（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 3,000円
- ニ 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（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
 - (1) 1日に1回の場合 3,000円
 - (2) 1日に2回の場合 6,000円
 - (3) 1日に3回以上の場合 10,000円

01-2 精神科訪問看護基本療養費
(1日につき)

【項目の見直し】

- 1 (略)
- 2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1,600円

- 1 (略)
- 2 削除

3・4 (略)

【注の削除】

注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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（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・4 (略)

(削除)

【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400円を所定額に加算する。

(削除)

【注の見直し】

注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

注5 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い、次のいずれかに該

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。

当する場合、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。

イ 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指定訪問看護を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

【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、5,200円を所定額に加算する。

注7 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（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注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

注8 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、ハの場合にあつては週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

従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日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

(1) 1日に1回の場合 4,500円

(2) 1日に2回の場合 9,000円

(3) 1日に3回以上の場合 14,500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

(1) 1日に1回の場合 3,800円

(2) 1日に2回の場合 7,600円

(3) 1日に3回以上の場合 12,400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

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

イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1

12,400円

ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2

9,400円

1 月の初日の訪問の場合

イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1

12,400円

ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2

9,400円

ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3

【注の見直し】

ハ イ又はロ以外の場合 7,400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（イ及びロについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科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並びに精神科訪問看護計画書及び精神科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2 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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制又は連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、当該基準に係る区分に従い、月

ニ イからハマまで以外の場合 8,400円
7,400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（イ、ロ及びハについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科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並びに精神科訪問看護計画書及び精神科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若しくは介護医療院の医師に限る。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2 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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6、

1回を限度として、次に掲げる額のいずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが次に掲げる加算を算定している場合は、算定しない。

イ	24時間対応体制加算	5,400円
ロ	24時間連絡体制加算	2,500円

400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

【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、当該退院又は退所につき1回に限り6,000円を所定額に加算する。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。

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若しくは介護医療院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、介護老人保健施設又は介護医療院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、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。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。

【注の見直し】

注9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている

注9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利

利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問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へ赴き、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、2,000円を所定額に加算する。

利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問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医科点数表の区分番号B005の注3に規定する介護支援専門員若しくは相談支援専門員と共同で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、2,000円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注10 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、当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月1回に限り、6月を限度として6,400円を所定額に加算する。

注10 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が、当該利用者（医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料2を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月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 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合

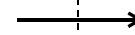
8,400円

			<p>ロ 精神科在宅患者支援管理料 2 のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合 5,800円</p>									
<p>【注の追加】</p>		(追加) →	<p>注11 別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、特定行為業務（同項に規定する特定行為業務をいう。）が円滑に行われるよう、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に関して当該事業者の社会福祉士及び介護福祉士法附則第3条第1項に規定する介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り2,500円を所定額に加算する。</p>									
<p>03 訪問看護情報提供療養費</p>												
<p>【項目の見直し】</p>	<p>訪問看護情報提供療養費 1,500円</p>	→	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>訪問看護情報提供療養費 1</td> <td>1,500円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>訪問看護情報提供療養費 2</td> <td>1,500円</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>訪問看護情報提供療養費 3</td> <td>1,500円</td> </tr> </table>	1	訪問看護情報提供療養費 1	1,500円	2	訪問看護情報提供療養費 2	1,500円	3	訪問看護情報提供療養費 3	1,500円
1	訪問看護情報提供療養費 1	1,500円										
2	訪問看護情報提供療養費 2	1,500円										
3	訪問看護情報提供療養費 3	1,500円										
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本</p>	→	<p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める</p>									

療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場合は、算定しない。

【注の追加】

(追加)



疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「義務教育諸学校」という。）への入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護

【注の追加】	(追加)	護情報提供療養費 2 を算定している場合は、算定しない。
05 訪問看護ターミナルケア療養費	訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円	<p>注3 3については、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において「保険医療機関等」という。）に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院し、又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。</p>
【項目の見直し】	訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円	<p>1 訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円 2 訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円</p>
【注の見直し】	注1 訪問看護基本療養費及び精神科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	注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科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

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。

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。) 又は老人福祉法(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その他これに準ずる施設(以下「特別養護老人ホーム等」という。) で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号) 別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算(以下「看取り介護加算等」という。) を算定している利用者を除く。) 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に算定する。

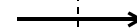
【注の追加】

(追加)

注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科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、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。) 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

【注の見直し】

注2 注1の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。



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に算定する。

注3 1及び2については、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。