

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>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>270点</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。）のうち同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 500 以上である地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）</p>	<p>282点</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</p>

であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、200点を算定する。

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。

【注の追加】

(追加)

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。

【注の追加】

(追加)

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495号。以下「薬価基準」という。）に記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（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条

【注の見直し】

注3 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。ただし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

第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記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。）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。

注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り141点（注2から注4までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注9までに規定する加算は算定しない。

第2節 再診料

A001 再診料

【点数の見直し】

69点 → 72点

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、36点（注2に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注4から注8まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。

【注の見直し】

注8 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注7の外来管理加算は算定しない。

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。

【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（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、10点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

【点数の見直し】

70点 → 73点

【注の見直し】

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

注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。

【注の追加】

(追加)

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。

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り36点（注2から注4までに規定する場合にあつては、26点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p>

【通則の見直し】

4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。

4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

【通則の追加】

(追加)

8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,566点
2	10対1入院基本料	1,311点
3	13対1入院基本料	1,103点
4	15対1入院基本料	945点

1,591点
1,332点
1,121点
960点



【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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20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4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加

【注の見直し】

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

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

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

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

注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	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の削除】

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

(削除)

【注の削除】

注9 注8に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

(削除)

【注の見直し】

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

イ～ヌ (略)

ル～ワ (略)

カ 看護配置加算（注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

コ 看護補助加算（注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

タ～エ (略)

ヒ 後発医薬品使用体制加算（注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

モ (略)

注10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ヌ (略)

ル 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

ヲ～カ (略)

ヨ 看護配置加算

タ 看護補助加算

レ～ヒ (略)

モ 後発医薬品使用体制加算

セ (略)

	セ データ提出加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）		ス データ提出加算
【注の見直し】	注13 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注12までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。	→	注11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注10までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。
【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（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、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。
A101 療養病棟入院基本料（1日につき）	1 療養病棟入院基本料1 イ 入院基本料A 1,769点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医	→	1,810点
【点数の見直し】			

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、1,755点）		1,795点
ロ 入院基本料B	1,716点	1,755点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,702点）		1,741点
ハ 入院基本料C	1,435点	1,468点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,421点）		1,454点
ニ 入院基本料D	1,380点	1,412点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,366点）		1,397点
ホ 入院基本料E	1,353点	1,384点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,339点）		1,370点
ヘ 入院基本料F	1,202点	1,230点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,188点）		1,215点
ト 入院基本料G	945点	967点
（生活療養を受ける場合にあっては、931点）		952点
チ 入院基本料H	898点	919点
（生活療養を受ける場合にあっては、884点）		904点
リ 入院基本料I	796点	814点
（生活療養を受ける場合にあっては、782点）		800点
2 療養病棟入院基本料2		
イ 入院基本料A	1,706点	1,745点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,692点）		1,731点
ロ 入院基本料B	1,653点	1,691点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,639点）		1,677点
ハ 入院基本料C	1,372点	1,403点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,358点）		1,389点
ニ 入院基本料D	1,317点	1,347点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,303点）		1,333点
ホ 入院基本料E	1,290点	1,320点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,276点）		1,305点

へ 入院基本料F 1,139点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、1,125点)  
 ト 入院基本料G 882点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、868点)  
 チ 入院基本料H 835点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、821点)  
 リ 入院基本料I 733点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、719点)

1,165点  
 1,151点  
 902点  
 888点  
 854点  
 840点  
 750点  
 735点

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、563点（生活療養を受ける場合にあつては、549点）を算定できる。

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つては、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つて、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20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5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

注9 当該病棟（療養病棟入院基本料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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日につき10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）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,566点	1,591点
2	10対1入院基本料	1,311点	1,332点
3	13対1入院基本料	1,103点	1,121点
4	15対1入院基本料	945点	960点
5	18対1入院基本料	809点	822点
6	20対1入院基本料	763点	775点

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のう

注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったも



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病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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20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5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～キ (略)

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

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	10対1入院基本料	1,251点	→	1,271点
2	13対1入院基本料	931点		946点
3	15対1入院基本料	811点		824点
4	18対1入院基本料	723点		735点
5	20対1入院基本料	669点		680点

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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20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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A104 特定機能病院入院基本料  
(1日につき)

【点数の見直し】

1 一般病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,566点	1,599点
ロ 10対1入院基本料	1,311点	1,339点
2 結核病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,566点	1,599点
ロ 10対1入院基本料	1,311点	1,339点
ハ 13対1入院基本料	1,103点	1,126点

ニ	15対1入院基本料	945点
3	精神病棟の場合	
イ	7対1入院基本料	1,322点
ロ	10対1入院基本料	1,251点
ハ	13対1入院基本料	931点
ニ	15対1入院基本料	850点

	965点
	1,350点
	1,278点
	951点
	868点

【注の見直し】

注4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

【注の削除】

注6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注8に規定する特定入院基本料の例により算定する。

(削除)

【注の見直し】

注9 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ト (略)  
  
チ～ヌ (略)

注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ト (略)  
チ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）  
リ～ル (略)

ル 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）  
ヲ～ヒ （略）  
モ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）  
セ （略）  
ス データ提出加算（結核病棟を除く。）

ヲ 看護補助加算  
ワ～モ （略）  
セ 後発医薬品使用体制加算  
ス （略）  
ン データ提出加算

【注の追加】

（追加）

注9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注8までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

【注の追加】

（追加）

注10 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（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,566点	→	1,591点
2	10対1入院基本料	1,311点		1,332点
3	13対1入院基本料	1,103点		1,121点

【注の削除】

注5 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注8に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注8中「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以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。

→ (削除)

【注の見直し】

<p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～チ (略)</p> <p>リ～ル (略)</p> <p>ヲ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p>	→	<p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～チ (略)</p> <p>リ 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>ヌ～ヲ (略)</p> <p>ワ 看護補助加算</p>
---	---	---

ワ～キ (略)  
ユ 後発医薬品使用体制加算 (特定入院基本料を算定するものを除く。)  
メ (略)  
ミ データ提出加算 (7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

カ～ユ (略)  
メ 後発医薬品使用体制加算  
  
ミ (略)  
シ データ提出加算

【注の追加】

(追加)

注8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

【注の追加】

(追加)

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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(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、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料  
(1日につき)

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,566点	→	1,588点
2	10対1入院基本料	1,311点		1,329点
3	13対1入院基本料	1,103点		1,118点
4	15対1入院基本料	965点		978点

【注の追加】

(追加) → 注2 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20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3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と  
→ 注4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定したもので



	<p>して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>		<p>ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注8に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注8中「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以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。</p>	<p>→</p>	<p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ウ （略）</p>	<p>→</p>	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ウ （略） キ データ提出加算</p>
<p>A108 有床診療所入院基本料 （1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>		<p>→</p>	<p>1 有床診療所入院基本料 1 イ 14日以内の期間 861点</p>

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

ロ	15日以上30日以内の期間	669点
ハ	31日以上	567点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	14日以内の期間	770点
ロ	15日以上30日以内の期間	578点
ハ	31日以上	521点
3	有床診療所入院基本料 3	
イ	14日以内の期間	568点
ロ	15日以上30日以内の期間	530点
ハ	31日以上	500点
4	有床診療所入院基本料 4	
イ	14日以内の期間	775点
ロ	15日以上30日以内の期間	602点
ハ	31日以上	510点
5	有床診療所入院基本料 5	
イ	14日以内の期間	693点
ロ	15日以上30日以内の期間	520点
ハ	31日以上	469点
6	有床診療所入院基本料 6	
イ	14日以内の期間	511点
ロ	15日以上30日以内の期間	477点
ハ	31日以上	450点

【注の見直し】

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

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と

【注の見直し】

加算する。

注5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点

して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点

【注の見直し】

注6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	25点
ロ	看護配置加算2	10点
ハ	夜間看護配置加算1	80点
ニ	夜間看護配置加算2	30点

注6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	40点
ロ	看護配置加算2	20点
ハ	夜間看護配置加算1	80点
ニ	夜間看護配置加算2	30点
ホ	看護補助配置加算1	10点
ヘ	看護補助配置加算2	5点

【注の追加】

(追加)

注10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	入院基本料A (生活療養を受ける場合にあつては、972点)	986点	994点
2	入院基本料B (生活療養を受ける場合にあつては、868点)	882点	980点
3	入院基本料C (生活療養を受ける場合にあつては、761点)	775点	888点
4	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、599点)	613点	874点
5	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、517点)	531点	779点
			765点
			614点
			599点
			530点
			516点

【注の見直し】

注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、

【注の見直し】

地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、450点（生活療養を受ける場合にあつては、436点）を算定できる。

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

【注の追加】

（追加）

地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあつては、444点）を算定できる。

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

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）

【項目の見直し】

120点

- |   |            |      |
|---|------------|------|
| 1 | 総合入院体制加算 1 | 240点 |
| 2 | 総合入院体制加算 2 | 120点 |

【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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。

A205 救急医療管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

800点

- |   |            |      |
|---|------------|------|
| 1 | 救急医療管理加算 1 | 800点 |
| 2 | 救急医療管理加算 2 | 400点 |

【注の見直し】

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

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

A206 在宅患者緊急入院診療加算  
(入院初日)

【項目の見直し】

1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）又は在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合

2,500点

1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療

			<p>料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。)が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点</p>
<p>【注の追加】</p>		(追加)	<p>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。</p>
<p>A207 診療録管理体制加算(入院初日)</p>		30点	<p>1 診療録管理体制加算1 100点 2 診療録管理体制加算2 30点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)につい</p>		<p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)につい</p>
<p>【注の見直し】</p>			



A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制  
加算（入院初日）

【項目の見直し】

1	15対1 補助体制加算	810点
2	20対1 補助体制加算	610点
3	25対1 補助体制加算	490点
4	30対1 補助体制加算	410点
5	40対1 補助体制加算	330点
6	50対1 補助体制加算	255点
7	75対1 補助体制加算	180点
8	100対1 補助体制加算	138点

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

て、入院初日に限り所定点数に加算する。

て、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15対1 補助体制加算	860点
ロ	20対1 補助体制加算	648点
ハ	25対1 補助体制加算	520点
ニ	30対1 補助体制加算	435点
ホ	40対1 補助体制加算	350点
ヘ	50対1 補助体制加算	270点
ト	75対1 補助体制加算	190点
チ	100対1 補助体制加算	143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
ロ	20対1 補助体制加算	610点
ハ	25対1 補助体制加算	490点
ニ	30対1 補助体制加算	410点
ホ	40対1 補助体制加算	330点
ヘ	50対1 補助体制加算	255点
ト	75対1 補助体制加算	180点
チ	100対1 補助体制加算	138点

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

【注の見直し】

適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

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

- イ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 10点
- ロ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点

【注の見直し】

注3 1及び2については、夜間における看護職員の配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局

適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り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25対1急性期看護補助体制加算 35点
- ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点
- ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点

A 2 0 7 - 4 看護職員夜間配置加算（1日につき） 50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

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

【注の追加】

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【注の見直し】

長等に届け出た病棟に入院している患者について、看護職員夜間配置加算として、1日につき50点を更に所定点数に加算する。

（追加）

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

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、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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 4 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟に入院している患者（区分番号A 1 0 6に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号A 3 0 6に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号A 3 0 9に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。

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

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理  
加算（1日につき）

【項目の見直し】

450点

- |   |           |      |
|---|-----------|------|
| 1 | 7日以内      | 450点 |
| 2 | 8日以上10日以内 | 225点 |

【注の見直し】

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。

関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）

【注の見直し】

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100点を所定点数に加算することができる。

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）

【注の追加】

（追加）

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8 退院調整加算（退院時 1 回）

【注の追加】

(追加)

注 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1 については、それぞれ170点、75点又は25点、2 については、それぞれ400点、300点、200点又は100点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算

【項目の追加】

(追加)

3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3  
イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 600点  
ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点

【注の見直し】

注 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整

注 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整

加算2を算定するものを除く。)であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

加算2を算定するものを除く。)であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

注3 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 新生児特定集中治療室退院調整加算3の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定した患者に対して、当該保険医療機関に入院した日から起算して7日以内に退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 新生児特定集中治療室退院調整加算3の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により自宅へ退院した場合に退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。



A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回）

【注の見直し】

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

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料

のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。

のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料(1日につき)

【点数の見直し】

1	救命救急入院料1		
イ	3日以内の期間	9,711点	9,869点
ロ	4日以上7日以内の期間	8,786点	8,929点
ハ	8日以上14日以内の期間	7,501点	7,623点
2	救命救急入院料2		
イ	3日以内の期間	11,211点	11,393点
ロ	4日以上7日以内の期間	10,151点	10,316点
ハ	8日以上14日以内の期間	8,901点	9,046点
3	救命救急入院料3		
イ	救命救急入院料		
(1)	3日以内の期間	9,711点	9,869点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,786点	8,929点
(3)	8日以上14日以内の期間	7,501点	7,623点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)	3日以内の期間	9,711点	9,869点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,786点	8,929点
(3)	8日以上60日以内の期間	7,901点	8,030点
4	救命救急入院料4		
イ	救命救急入院料		

	(1) 3日以内の期間	11,211点		11,393点
	(2) 4日以上7日以内の期間	10,151点		10,316点
	(3) 8日以上14日以内の期間	8,901点		9,046点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			
	(1) 3日以内の期間	11,211点		11,393点
	(2) 4日以上7日以内の期間	10,151点		10,316点
	(3) 8日以上14日以内の期間	8,901点		9,046点
	(4) 15日以上60日以内の期間	7,901点		8,030点
<b>【注の見直し】</b>	注6 注5に規定する加算を算定する保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。		→	注6 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点 ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点
A301 特定集中治療室管理料（1日につき）			→	1 特定集中治療室管理料1 イ 7日以内の期間 13,650点 ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点 2 特定集中治療室管理料2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 13,650点 (2) 8日以上14日以内の期間 12,126点
<b>【項目の見直し】</b>				

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

ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	7日以内の期間	13,650点
(2)	8日以上60日以内の期間	12,319点
3	特定集中治療室管理料 3	
イ	7日以内の期間	9,361点
ロ	8日以上14日以内の期間	7,837点
4	特定集中治療室管理料 4	
イ	特定集中治療室管理料	
(1)	7日以内の期間	9,361点
(2)	8日以上14日以内の期間	7,837点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	7日以内の期間	9,361点
(2)	8日以上60日以内の期間	8,030点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

A301-2 ハイケアユニット入院  
医療管理料（1日につき）

【項目の見直し】

4,511点

- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点
- 2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、21日を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

5,711点

5,804点

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 7日以内の期間 15,500点
- 2 8日以上14日以内の期間 13,500点

- 15,752点
- 13,720点

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	新生児特定集中治療室管理料 1	10,011点	→	10,174点
2	新生児特定集中治療室管理料 2	6,011点		8,109点

【注の見直し】

<p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>	→	<p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>
---	---	--

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	母体・胎児集中治療室管理料	7,011点	→	7,125点
2	新生児集中治療室管理料	10,011点		10,174点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

A303-2 新生児治療回復室入院  
医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

5,411点

5,499点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生

	<p>児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。</p>	<p style="text-align: center;">-----</p>	<p>児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。</p>
<p>A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 7日以内の期間 8,901点</p> <p>2 8日以上14日以内の期間 7,701点</p>	<p>→</p>	<p>9,046点</p> <p>7,826点</p>
<p>A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1,954点</p>	<p>→</p>	<p>2,009点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したもの</p>	<p>→</p>	<p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特</p>



	<p>である場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>		<p>定集中治療室退院調整加算2を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>																														
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>																														
<p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p>																																	
<p>【点数の見直し】</p>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>小児入院医療管理料1</td><td>4,511点</td></tr> <tr><td>2</td><td>小児入院医療管理料2</td><td>4,011点</td></tr> <tr><td>3</td><td>小児入院医療管理料3</td><td>3,611点</td></tr> <tr><td>4</td><td>小児入院医療管理料4</td><td>3,011点</td></tr> <tr><td>5</td><td>小児入院医療管理料5</td><td>2,111点</td></tr> </table>	1	小児入院医療管理料1	4,511点	2	小児入院医療管理料2	4,011点	3	小児入院医療管理料3	3,611点	4	小児入院医療管理料4	3,011点	5	小児入院医療管理料5	2,111点	<p>→</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td>4,584点</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>4,076点</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>3,670点</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>3,060点</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>2,145点</td></tr> </table>			4,584点			4,076点			3,670点			3,060点			2,145点
1	小児入院医療管理料1	4,511点																															
2	小児入院医療管理料2	4,011点																															
3	小児入院医療管理料3	3,611点																															
4	小児入院医療管理料4	3,011点																															
5	小児入院医療管理料5	2,111点																															
		4,584点																															
		4,076点																															
		3,670点																															
		3,060点																															
		2,145点																															

A308 回復期リハビリテーション  
病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,911点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,897点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,761点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,747点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,611点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,597点)</p>	→	<p>2,025点 2,011点 1,811点 1,796点 1,657点 1,642点</p>
--	---	--

【注の見直し】

<p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する。</p>	→	<p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料2又は回復期リハビリテーション病棟入院料3を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p>
---	---	--

【注の見直し】

<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、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、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加</p>	→	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加</p>
---	---	---

【注の追加】

算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(1)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

(追加)

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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(1)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

注5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、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、体制強化加算として、患者1人につき1日につき200点を所定点数に加算する。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

1	亜急性期入院医療管理料1	2,061点
2	亜急性期入院医療管理料2	1,911点

(削除)

【削除】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料1については、当該届出に係る病室に入院している患者（亜急性期入

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

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

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者(亜急性期入院医療管理料2を算定する患者に限る。)につい

ては、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

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

注5 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料2に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料（１日に  
つき）

- |   |                          |        |
|---|--------------------------|--------|
| 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            | 2,054点 |
|   | （生活療養を受ける場合にあつては、2,040点） |        |
| 4 | 地域包括ケア入院医療管理料 2          | 2,054点 |
|   | （生活療養を受ける場合にあつては、2,040点） |        |

注 1 1 及び 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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2 及び 4 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。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又は地域包括ケア入院医療管理料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 A 1 0 0 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、それぞれ算定する。

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、1,760点又は1,760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、1,746点又は1,746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病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

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、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6 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、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。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	特殊疾患病棟入院料1	1,954点	2,008点
2	特殊疾患病棟入院料2	1,581点	1,625点

【注の見直し】

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

【注の見直し】	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p>												
A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）														
【点数の見直し】	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="667 882 694 914">1</td> <td data-bbox="705 882 918 914">30日以内の期間</td> <td data-bbox="1164 882 1272 914">4,791点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 927 694 959">2</td> <td data-bbox="705 927 1019 959">31日以上60日以内の期間</td> <td data-bbox="1164 927 1272 959">4,291点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 971 694 1003">3</td> <td data-bbox="705 971 918 1003">61日以上</td> <td data-bbox="1164 971 1272 1003">3,291点</td> </tr> </table>	1	30日以内の期間	4,791点	2	31日以上60日以内の期間	4,291点	3	61日以上	3,291点	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1451 882 1556 914">4,926点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1451 927 1556 959">4,412点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1451 971 1556 1003">3,384点</td> </tr> </table>	4,926点	4,412点	3,384点
1	30日以内の期間	4,791点												
2	31日以上60日以内の期間	4,291点												
3	61日以上	3,291点												
4,926点														
4,412点														
3,384点														
【注の見直し】	<p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退</p>	<p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデ</p>												

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1			
イ 30日以内の期間	3,462点	→	3,557点
ロ 31日以上期間	3,042点		3,125点
2 精神科救急入院料 2			
イ 30日以内の期間	3,262点		3,351点
ロ 31日以上期間	2,842点		2,920点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第	→	注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並び
--	---	--

院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

ータ提出加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下の場合) 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2 (イ以外の場合) 10点

に第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟  
入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科急性期治療病棟入院料 1			
イ 30日以内の期間	1,931点	→	1,984点
ロ 31日以上の間	1,611点		1,655点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2			
イ 30日以内の期間	1,831点		1,881点
ロ 31日以上の間	1,511点		1,552点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。	→	注2 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。
--	---	--

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者
------------------------	---	------------------------

に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

【注の追加】

(追加)

に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する患者に限る。）については、精神科急性期医師配置加算として、1日につき500点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（注4に規定する加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	30日以内の期間	3,462点	→	3,560点
2	31日以上期間	3,042点		3,128点

、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2	診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	→	注2	診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
----	---	---	----	--

【注の見直し】

注3	当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用	→	注3	当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用
----	---	---	----	---

した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

2,911点

2,957点

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,061点

1,090点



【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3、注4及び注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（注3から注6に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

【注の追加】

（追加）

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

【注の追加】

(追加)

ついて、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

注7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 認知症治療病棟入院料1

イ	30日以内の期間	1,761点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,461点
ハ	61日以上	1,171点

2 認知症治療病棟入院料2

イ	30日以内の期間	1,281点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,081点
ハ	61日以上	961点

1,809点
1,501点
1,203点

1,316点
1,111点
987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、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医

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、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医

A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	特定一般病棟入院料 1	1,103点	→	1,121点
2	特定一般病棟入院料 2	945点		960点

【注の見直し】

注 1	医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（1病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	→	注 1	医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が1病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
-----	--	---	-----	---

【注の見直し】

注 3	当該患者が他の保険医療機関から転院して	→	注 3	当該患者が他の保険医療機関から転院して
-----	---------------------	---	-----	---------------------

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

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、地域連携認知症集中治療加算並びにデータ提出加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

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

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加

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

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加

算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算及び後発医薬品使用体制加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

【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（注9に規定する患者を除く。）に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,761点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算及びデータ提出加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

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1,760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は、診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（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

実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

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、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、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。

【注の削除】

注9 当該病棟の病室のうち、注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する患者であって区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,661点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

(削除)

【注の削除】

注10 注9本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（注11に規

(削除)

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

【注の削除】

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

(削除)

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【名称の見直し】

短期滞在手術基本料

短期滞在手術等基本料

【項目の見直し】

1 短期滞在手術基本料1 (日帰りの場合)

1 短期滞在手術等基本料1 (日帰りの場合)

2,800点  
 2 短期滞在手術基本料 2 (1泊2日の場合)  
 4,822点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、4,794点)  
 3 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日までの場合)  
 5,703点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、5,633点)

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 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 1  
 携帯用装置を使用した場合 16,773点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、16,702点)  
 ロ D 2 3 7 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 9,383点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、9,312点)  
 ハ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3  
 1及び2以外の場合 9,638点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、9,567点)  
 ニ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、6,059点)  
 ホ D 4 1 3 前立腺針生検法 11,737点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、11,666点)  
 ヘ K 0 0 8 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 17,485点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,414点)  
 ト K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術 20,326点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、20,255点)  
 チ K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 43,479点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、43,408点)



リ	K 2 8 2	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	27,093点
(生活療養を受ける場合にあつては、27,022点)							
ヌ	K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合			21,632点
(生活療養を受ける場合にあつては、21,561点)							
ル	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	1	長径5センチメートル未満			20,112点
(生活療養を受ける場合にあつては、20,041点)							
ヲ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	1	抜去切除術			27,311点
(生活療養を受ける場合にあつては、27,240点)							
ワ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	2	硬化療法(一連として)			9,850点
(生活療養を受ける場合にあつては、9,779点)							
カ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	3	高位結紮術			12,371点
(生活療養を受ける場合にあつては、12,300点)							
ヨ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア(15歳未満に限る。)			29,093点
(生活療養を受ける場合にあつては、29,022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。)			24,805点
(生活療養を受ける場合にあつては、24,734点)							
レ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術		(両側)(15歳未満に限る。)			56,183点
(生活療養を受ける場合にあつては、56,112点)							
ソ	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。)			51,480点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料2

- (生活療養を受ける場合にあつては、51,409点)  
ツ K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満  
14,661点  
(生活療養を受ける場合にあつては、14,590点)  
ネ K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上  
18,932点  
(生活療養を受ける場合にあつては、18,861点)  
ナ K743 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）  
13,410点  
(生活療養を受ける場合にあつては、13,339点)  
ラ K867 子宮頸部(腔部)切除術  
18,400点  
(生活療養を受ける場合にあつては、18,329点)  
ム K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術  
35,524点  
(生活療養を受ける場合にあつては、35,453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、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本

を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

【注の見直し】

注2 保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

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。

【注の見直し】

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。  
イ～ヲ（略）

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。  
イ～ヲ（略）

【注の見直し】

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。  
イ（略）  
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く。）

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。  
イ（略）  
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）

【注の見直し】

ハ (略)

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。  
イ 入院基本料（特別入院基本料等を除く。）  
ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A234に掲げる医療安全対策加算、区分番号A234-2に掲げる感染防止対策加算、区分番号A234-3に掲げる患者サポート体制充実加算及び区分番号A245に掲げるデータ提出加算を除く。）  
ハ 医学管理等（区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料及び区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料に限る。）  
ニ 検査（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げる検査を除く。）  
ホ 画像診断（第2章第4部通則第4号及び第6号に規定する画像診断管理加算1並びに同部通則第5号及び第7号に規定する画

ハ (略)

注5 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるものは、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

像診断管理加算2並びに区分番号E003  
の3に掲げる動脈造影カテーテル法（イに  
限る。）を除く。）

へ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。）

ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。）

チ リハビリテーション（薬剤料に限る。）

リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。）

ヌ 処置（1,000点未満のものに限る。）

ル 病理診断（第2章第13部第1節の病理標  
本作製料に限る。）

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 10 入院栄養食事指導料  【名称の見直し】  【項目の見直し】  【注の見直し】  【注の追加】	入院栄養食事指導料  130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、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。  (追加)	入院栄養食事指導料（週1回）  イ 入院栄養食事指導料1 130点 ロ 入院栄養食事指導料2 125点  注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。  注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【項目の見直し】

イ 遠隔モニタリングによる場合 550点  
 ロ イ以外の場合 360点

生労働大臣が定める特別食を必要とするもの  
 に対して、当該保険医療機関の医師の指示に  
 基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が  
 具体的な献立によって指導を行った場合に、  
 入院中2回を限度として算定する。

イ 遠隔モニタリングによる場合 550点  
 ロ 着用型自動除細動器による場合 360点  
 ハ イ又はロ以外の場合 360点

【注の見直し】

注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用し  
 ている患者であって入院中の患者以外のもの  
 に対して、療養上必要な指導を行った場合に  
 、イにあつては4月に1回に限り、ロにあつ  
 ては1月に1回に限り算定する。ただし、イ  
 を算定する患者について、算定した月以外の  
 月において、当該患者の急性増悪により必要  
 な指導を行った場合には、1月に1回に限り  
 ロを算定する。

注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用し  
 ている患者（イ及びハについては入院中の患  
 者以外のものに限る。）に対して、療養上必  
 要な指導を行った場合に、イにあつては4月  
 に1回に限り、ロ及びハにあつては1月に1  
 回に限り算定する。ただし、イを算定する患  
 者について、算定した月以外の月において、  
 当該患者の急性増悪により必要な指導を行っ  
 た場合には、1月に1回に限りハを算定す  
 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、当該患者（ロを算  
 定する場合に限る。）に対して、植込型除細

動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、23,830点を所定点数に加算する。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【点数の見直し】

2,305点 → 2,250点

【注の見直し】

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

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

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

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD

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

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビンA1c (HbA1c)

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD



)、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ ( $\gamma$ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄 (Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25-ジヒドロキシビタミンD3、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム (A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト (略)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS)

リ～ワ (略)

)、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 $\gamma$ -グルタミルトランスフェラーゼ ( $\gamma$ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄 (Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25-ジヒドロキシビタミンD3、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC) (RIA法)、不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)、総鉄結合能 (TIBC) (RIA法)、総鉄結合能 (TIBC) (比色法)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム (A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト (略)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS) 定量

リ～ワ (略)

23 がん患者カウンセリング料

【名称の見直し】

がん患者カウンセリング料

がん患者指導管理料

【項目の見直し】

500点

- 1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関に

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医

において、患者1人につき1回)に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 2について、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分

		<p>番号B 0 0 1 の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B 0 0 1 の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。</p>
<p>24 外来緩和ケア管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>注5 3について、区分番号B 0 0 1 の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F 1 0 0 に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F 4 0 0 に掲げる処方せん料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>
<p>27 糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。</p>

B001-2 小児科外来診療料  
(1日につき)

【点数の見直し】

- |   |                              |      |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 |      |
| イ | 初診時                          | 560点 |
| ロ | 再診時                          | 380点 |
| 2 | 1以外の場合                       |      |
| イ | 初診時                          | 670点 |
| ロ | 再診時                          | 490点 |

基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

- |      |
|------|
| 572点 |
| 383点 |
| 682点 |
| 493点 |

【注の見直し】

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注8に規定する場合又は第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

B001-2-6 夜間休日救急搬送  
医学管理料

【注の追加】

(追加)

注2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

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

69点  
104点

72点  
109点

B001-2-8 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

280点

292点

【新設】

(新設)

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）  
1,503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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番

以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、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（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注5から注8までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区

号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料

100点

注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点

注 入院中の患者以外の患者(区分番号H001の注4又は注5並びに区分番号H002の注4又は注5を算定する者に限る。)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等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者1人につき1回を限度として算定する。



B009 診療情報提供料(I)

【注の見直し】

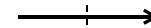
注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。



注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)



注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案													
第2章 特掲診療料															
第2部 在宅医療															
第1節 在宅患者診療・指導料															
C000 往診料															
【注の追加】	(追加)	注6 注1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。													
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1 同一建物居住者以外の場合</td> <td>830点</td> <td rowspan="4">→</td> <td>833点</td> </tr> <tr> <td>2 同一建物居住者の場合</td> <td></td> <td>203点</td> </tr> <tr> <td>イ 特定施設等に入居する者の場合</td> <td>400点</td> <td>103点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>200点</td> <td></td> </tr> </table>	1 同一建物居住者以外の場合	830点	→	833点	2 同一建物居住者の場合		203点	イ 特定施設等に入居する者の場合	400点	103点	ロ イ以外の場合	200点		
1 同一建物居住者以外の場合	830点	→	833点												
2 同一建物居住者の場合			203点												
イ 特定施設等に入居する者の場合	400点		103点												
ロ イ以外の場合	200点														
【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	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													

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

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。

イ～ハ（略）

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

- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点
- (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点

ロ 病床を有しない場合

- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
- (2) 処方せんを交付しない場合

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、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。

イ～ハ（略）

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

- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
  - ① 同一建物居住者以外の場合 5,000点
  - ② 同一建物居住者の場合 1,200点
- (2) 処方せんを交付しない場合
  - ① 同一建物居住者以外の場合 5,300点
  - ② 同一建物居住者の場合 1,500点

ロ 病床を有しない場合

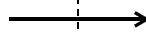
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
  - ① 同一建物居住者以外の場合 4,600点
  - ② 同一建物居住者の場合 1,100点
- (2) 処方せんを交付しない場合

	4,900点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	4,200点
ロ 処方せんを交付しない場合	4,500点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	2,200点
ロ 処方せんを交付しない場合	2,500点

① 同一建物居住者以外の場合	4,900点
② 同一建物居住者の場合	1,400点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	4,200点
(2) 同一建物居住者の場合	1,000点
ロ 処方せんを交付しない場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	4,500点
(2) 同一建物居住者の場合	1,300点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	3,150点
(2) 同一建物居住者の場合	760点
ロ 処方せんを交付しない場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	3,450点
(2) 同一建物居住者の場合	1,060点

【注の追加】

(追加)



注6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。

C002-2 特定施設入居時等医学  
総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

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

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
- ② 同一建物居住者の場合 870点
- (2) 処方せんを交付しない場合
- ① 同一建物居住者以外の場合 3,900点
- ② 同一建物居住者の場合 1,170点
- ロ 病床を有しない場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- ① 同一建物居住者以外の場合 3,300点
- ② 同一建物居住者の場合 800点
- (2) 処方せんを交付しない場合
- ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
- ② 同一建物居住者の場合 1,100点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000点
- (2) 同一建物居住者の場合 720点
- ロ 処方せんを交付しない場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300点

	<p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点</p>	(追加) →	<p>(2) 同一建物居住者の場合 1,020点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 540点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 840点</p>
<p>C003 在宅がん医療総合診療料 (1日につき)</p>		(追加) →	<p>注6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は225点、同一建物居住者の場合は56点をそれぞれ所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>		(追加) →	<p>注5 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、在宅療養実績加算として、110点を所定点数に加算する。</p>

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料  
(1日につき)

【注の見直し】

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C 0 0 5－1－2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C 0 0 5－1－2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

【注の見直し】

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

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

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 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
  - イ 週3日目まで 430点
  - ロ 週4日目以降 530点
- 2 准看護師による場合
  - イ 週3日目まで 380点
  - ロ 週4日目以降 480点

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
  - イ 同一日に2人
    - (1) 週3日目まで 555点
    - (2) 週4日目以降 655点
  - ロ 同一日に3人以上
    - (1) 週3日目まで 278点
    - (2) 週4日目以降 328点
- 2 准看護師による場合
  - イ 同一日に2人
    - (1) 週3日目まで 505点
    - (2) 週4日目以降 605点
  - ロ 同一日に3人以上
    - (1) 週3日目まで 253点



【注の見直し】

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

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

(2) 週4日目以降

303点

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

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

C005-2 在宅患者訪問点滴注射  
管理指導料（1週につき  
）

【注の見直し】

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護  
・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げ  
る同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべ  
き訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪  
問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定  
する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看  
護を受けている患者であって、当該患者に対す  
る診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基  
づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め  
たものについて、訪問を行う看護師等に対して  
、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した  
文書を交付して、必要な管理指導を行った場  
合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護  
・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げ  
る同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべ  
き訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪  
問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定  
する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第  
1項本文の規定による指定居宅サービス事業者  
（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同  
法42条の2第1項本文の規定による指定地域密  
着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に  
限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規  
定による指定介護予防サービス事業者（訪問看  
護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問  
看護を受けている患者であって、当該患者に対  
する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に  
基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め  
たものについて、訪問を行う看護師等に対し  
て、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載し  
た文書を交付して、必要な管理指導を行った場  
合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 同一建物居住者以外の場合 550点</li> <li>2 同一建物居住者の場合 385点</li> </ul> | → | <ul style="list-style-type: none"> <li>650点</li> <li>300点</li> </ul> |
|--|---|--|

【注の見直し】

<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薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。</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1日につき5回に限り算定できる。</p>
---	---	---

【新設】

(新設)

C 0 1 2 在宅患者共同診療料

- |   |                    |        |
|---|--------------------|--------|
| 1 | 往診の場合              | 1,500点 |
| 2 | 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） | 1,000点 |
| 3 | 訪問診療の場合（同一建物居住者）   |        |
| イ | 特定施設等に入居する者の場合     | 240点   |
| ロ | イ以外の場合             | 120点   |

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。

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。

- 3 3のイについては、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、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている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、3のロについては、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（3のイを算定するものを除く。）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

【新設】

(新設)

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。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、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12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 1 3 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 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保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 9に掲げ

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

通則

【通則の見直し】

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組

る在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあつては、この限りでない。

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C10

合せを除く。)には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

8に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C101 在宅自己注射指導管理料

【項目の見直し】

- 1 複雑な場合 1,230点
- 2 1以外の場合 820点

- 1 複雑な場合 1,230点
- 2 1以外の場合
  - イ 月3回以下の場合 100点
  - ロ 月4回以上の場合 190点
  - ハ 月8回以上の場合 290点
  - ニ 月28回以上の場合 810点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則6に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。



【注の追加】

(追加)

注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、500点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。

【新設】

(新設)

C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料  
810点

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。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算	
1	2個以下の場合 1,320点
2	4個以下の場合 2,640点
3	5個以上の場合 3,300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C 1 5 2に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>D006 出血・凝固検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき110点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p>	<p>1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき200点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から31までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p>

<p>D008 内分泌学的検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ロ 5項目以上 744点</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の11から29までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目以上5項目以下 410点</p> <p>ロ 6項目又は7項目 630点</p> <p>ハ 8項目以上 900点</p>	<p>ロ 5項目以上 722点</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から41までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目以上5項目以下 410点</p> <p>ロ 6項目又は7項目 623点</p> <p>ハ 8項目以上 900点</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15までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>	<p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から21までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>
<p>D010 特殊分析</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 当該保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>注 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

D014 自己抗体検査

【注の見直し】

注 本区分の9から11までに掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。

注 本区分の9から12まで及び16（抗ARS抗体に限る。）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。

D023 微生物核酸同定・定量検査

【注の見直し】

7

注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

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と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。

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。  
イ～ヌ（略）  
ル 感染症免疫学的検査  
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレブ

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。  
イ～ヌ（略）  
ル 感染症免疫学的検査  
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレブ

	<p>トリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応(STS)、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体</p> <p>ヲ～ヨ (略)</p>	<p>トリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応(STS) 半定量、梅毒血清反応(STS) 定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体</p> <p>ヲ～ヨ (略)</p>
<p>第2款 検体検査判断料</p>		
<p>第3節 生体検査料</p>		
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。</p>	<p>注3 血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、400点を所定点数に加算する。</p> <p>4 冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、600点を所定点数に加算する。</p>
<p>D208 心電図検査</p> <p>【項目の削除】</p>	<p>4 バリстокアルジオグラフ 90点</p> <p>注 2方向以上の記録による場合は所定点数に90点を加算する。</p>	<p>(削除)</p>

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験

【注の見直し】

注2 区分番号D 0 0 7の35に掲げる血液ガス分析、区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査及び区分番号D 2 2 0からD 2 2 3 - 2までに掲げる諸監視であつて、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

注2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査及び区分番号D 2 2 0からD 2 2 3 - 2までに掲げる諸監視であつて、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

D 2 3 6 - 2 光トポグラフィ

【注の追加】

(追加)

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

D 2 5 6 眼底カメラ撮影

【注の見直し】

注1 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

注1 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。(1のロの場合を除く。)

D 2 8 7 内分泌負荷試験

【注の見直し】

注2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。

注2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。

D 2 9 2 体外からの計測によらない  
諸検査

【注の見直し】

注1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号D 2 9 2若しくはD 2 9 3に掲げる検査又は区分番号E 1 0 0からE 1 0 1-3までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

ただし、区分番号D 4 1 9の5に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。

注1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号D 2 9 2若しくはD 2 9 3に掲げる検査又は区分番号E 1 0 0からE 1 0 1-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

通則

【通則の追加】

(追加)

5 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査(区分番号D 3 2 4及びD 3 2 5に掲げるものを除く。)を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 休日加算

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 時間外加算(入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。)

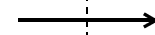


第4節 診断穿刺・検体採取料

D419 その他の検体採取

【注の新設】

(新設)



5

- 注1 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
- 2 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

所定点数の100分の40に相当する点数  
ハ 深夜加算

所定点数の100分の80に相当する点数  
ニ イからハまでにかかわらず、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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

## 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)	113	→ 110	D001 8	
D001 9	トランスフェリン(尿)	115	→ 112	D001 9	
D001 9	ウロポルフィリン(尿)	115	→ 112	D001 9	
D001 9	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	115	→ 112	D001 9	
D001 9	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 10	
D001 10	ミオイノシトール(尿)	120	→ 120	D001 11	
D001 11	コプロポルフィリン(尿)	149	→ 145	D001 12	
D001 12	ポルフォビリノゲン(尿)	200	→ 194	D001 13	
D001 12	総ヨウ素(尿)	200	→ 194	D001 13	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 13	IV型コラーゲン(尿)	210	→ 204	D001 14	
D001 13	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210	→ 210	D001 15	
D002	尿沈渣(鏡検法)	27	→ 27	D002	
D002 注	尿沈渣染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメリー法)	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	ウロビリルン(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	→ 80	D003 9	
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ 15	D004 1	
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 4	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 6	
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 7	
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 7	
D004 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	133	→ 129	D004 8	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170	→ 170	D004 9	
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	

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 11	II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ 300	D004 11	
D004 12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)	380	→ 380	D004 12	
D004 13	IgGインデックス	459	→ 445	D004 13	
D004 14	オリゴクローナルバンド	560	→ 543	D004 14	
D004 15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	620	→ 601	D004 15	
D004 16	リン酸化タウ蛋白(髄液)	680	→ 660	D004 16	
D004 16	タウ蛋白(髄液)	680	→ 660	D004 16	
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査			D004-2 1	
- -	イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	-	→ 2,500	D004-2 1	(新設)
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	(名称の変更)
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 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500	→ 2,500	D004-2 2	
<b>(血液学的検査)</b>					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→ 9	D005 1	
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	

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 6	末梢血液像(鏡検法)	25	→ 25	D005 6	
D005 6	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→ 27	D005 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 <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	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	240	→ 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	880	→ 854	D005 14	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→ 40	D005 14	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	1,000	→ 1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→ 15	D006 1	
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	→ 18	D006 2	
D006 2	トロンボテスト	18	→ 18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→ 23	D006 4	
D006 4	フィブリノゲン定量	23	→ 23	D006 4	
D006 4	クリオフィブリノゲン	23	→ 23	D006 4	
D006 5	トロンビン時間	25	→ 25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28	→ 28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→ 28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	→ 28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29	→ 29	D006 7	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→ 29	D006 7	
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	$\alpha_1$ -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	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)	120	→ 116	D006 14	
D006 15	Dダイマー定性	137	→ 133	D006 15	
D006 15	Dダイマー半定量	137	→ 137	D006 17	
D006 16	$\alpha_2$ -マクログロブリン	140	→ 138	D006 18	
D006 16	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	140	→ 136	D006 16	
D006 16	von Willebrand因子(VWF)活性	140	→ 136	D006 16	
D006 17	PIVKA-II	147	→ 143	D006 19	
D006 17	Dダイマー	147	→ 143	D006 19	
D006 18	凝固因子インヒビター	160	→ 155	D006 20	
D006 18	von Willebrand因子(VWF)抗原	160	→ 155	D006 20	
D006 19	プロテインS活性	170	→ 170	D006 22	
D006 19	プロテインS抗原	170	→ 170	D006 22	
D006 19	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	170	→ 165	D006 21	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 20	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )	180	→ 178	D006 24	
D006 20	β-トロンボグロブリン(β-TG)	180	→ 177	D006 23	
D006 21	プロトロンビンフラグメントF1+2	196	→ 193	D006 25	
D006 22	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	200	→ 194	D006 26	
D006 23	トロンボモジュリン	215	→ 209	D006 27	
D006 24	フィブリンモノマー複合体	240	→ 233	D006 28	
D006 24	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)	240	→ 233	D006 28	
D006 25	プロテインC活性	260	→ 260	D006 30	
D006 25	プロテインC抗原	260	→ 252	D006 29	
D006 25	tPA・PAI-1複合体	260	→ 252	D006 29	
D006 26	フィブリノペプチド	300	→ 300	D006 31	
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	744	→ 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 mRNA	1,200	→ 1,200	D006-3	
D006-4	遺伝学的検査	4,000	→ 3,880	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,730	→ 2,730	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	→ 397	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→ 2,520	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	
- -	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	-	→ 10,000	D006-10	(新設)
<b>(生化学的検査Ⅰ)</b>					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	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	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 1	
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	
- -	不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)	-	→ 11	D007 1	(項目の分割)
- -	総鉄結合能(TIBC)(比色法)	-	→ 11	D007 1	(項目の分割)
D007 2	リン脂質	15	→ 15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	→ 16	D007 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		
D007 4	HDL-コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→ 17	D007 4	
D007 4	無機リン及びビリルビン	17	→ 17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→ 17	D007 4	
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→ 17	D007 4	
D007 5	LDL-コレステロール	18	→ 18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	→ 18	D007 5	
D007 6	銅(Cu)	23	→ 23	D007 6	
D007 7	リパーゼ	24	→ 24	D007 7	
D007 8	イオン化カルシウム	26	→ 26	D007 8	
D007 9	マンガン(Mn)	27	→ 27	D007 9	
D007 10	ムコ蛋白	29	→ 29	D007 10	
D007 11	ケトン体	30	→ 30	D007 11	
D007 12	不飽和鉄結合能(UIBC)(RIA法)	31	→ 31	D007 12	(項目の分割)
D007 12	総鉄結合能(TIBC)(RIA法)	31	→ 31	D007 12	(項目の分割)
D007 13	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→ 32	D007 13	
D007 14	グアナーゼ	35	→ 35	D007 14	
D007 15	有機モノカルボン酸	47	→ 47	D007 15	
D007 15	胆汁酸	47	→ 47	D007 15	
D007 16	ALPアイソザイム	48	→ 48	D007 16	
D007 16	アミラーゼアイソザイム	48	→ 48	D007 16	
D007 16	γ-GTアイソザイム	48	→ 48	D007 16	
D007 16	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 16	
D007 16	重炭酸塩	48	→ 48	D007 16	
D007 17	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 17	
D007 17	リポ蛋白分画	49	→ 49	D007 17	
D007 18	アンモニア	50	→ 50	D007 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		
D007 19	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 19	
D007 19	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 19	
D007 20	コレステロール分画	57	→ 57	D007 20	
D007 21	ケトン体分画	59	→ 59	D007 21	
D007 22	カタラーゼ	60	→ 60	D007 22	
D007 23	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 23	
D007 24	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)	80	→ 80	D007 24	
D007 24	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 24	
D007 24	1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	80	→ 80	D007 24	
D007 24	グリココール酸	80	→ 80	D007 24	
D007 25	CK-MB	90	→ 90	D007 25	
D007 26	アポリポ蛋白	94	→ 94	D007 26	
D007 27	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→ 95	D007 27	
D007 27	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 27	
D007 28	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 28	
D007 29	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100	→ 100	D007 29	
D007 30	ヘパリン	110	→ 108	D007 31	
D007 30	リポ蛋白(a)	110	→ 107	D007 30	
D007 31	心筋トロポニンI	120	→ 120	D007 33	
D007 31	KL-6	120	→ 120	D007 33	
D007 31	フェリチン半定量	120	→ 116	D007 32	
D007 31	フェリチン定量	120	→ 116	D007 32	
D007 31	エタノール	120	→ 116	D007 32	
D007 31	ペントシジン	120	→ 120	D007 33	
D007 31	イヌリン	120	→ 120	D007 33	
D007 32	アルミニウム(AI)	127	→ 123	D007 34	
D007 33	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→ 130	D007 36	
D007 33	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	130	→ 126	D007 35	

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 33	ガラクトース	130	→ 130	D007 36	(新設)
D007 33	シスタチンC	130	→ 126	D007 35	
- -	リポ蛋白分画(HPLC法)	-	→ 130	D007 36	
D007 34	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→ 140	D007 37	
D007 35	血液ガス分析	150	→ 146	D007 38	
D007 35	亜鉛(Zn)	150	→ 146	D007 38	
D007 35	ミオグロビン定性	150	→ 150	D007 39	
D007 35	ミオグロビン定量	150	→ 150	D007 39	
D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	150	→ 150	D007 39	
D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	150	→ 150	D007 39	
D007 35	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)	150	→ 146	D007 38	
D007 35	IV型コラーゲン	150	→ 146	D007 38	
D007 35	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→ 150	D007 39	
D007 35	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→ 150	D007 39	
D007 36	アンギオテンシン I 転換酵素(ACE)	160	→ 155	D007 40	
D007 36	IV型コラーゲン・7S	160	→ 155	D007 40	
D007 36	ビタミンB <sub>12</sub>	160	→ 155	D007 40	
D007 37	葉酸	170	→ 165	D007 41	
D007 38	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	→ 180	D007 42	
D007 39	アセトアミノフェン	190	→ 190	D007 44	
D007 39	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	→ 190	D007 44	
D007 39	ヒアルロン酸	190	→ 184	D007 43	
D007 39	心室筋ミオシン軽鎖 I	190	→ 184	D007 43	
D007 40	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	200	→ 194	D007 45	
D007 40	トリプシン	200	→ 194	D007 45	
D007 40	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	200	→ 200	D007 46	
D007 41	赤血球コプロポルフィリン	210	→ 210	D007 48	
D007 41	ホスホオリパーゼA <sub>2</sub> (PLA <sub>2</sub> )	210	→ 204	D007 47	

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 42	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	230	→ 223	D007 49	(新設)	
D007 42	肝細胞増殖因子(HGF)	230	→ 227	D007 50		
D007 42	CKアイソフォーム	230	→ 230	D007 51		
D007 42	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→ 230	D007 51		
D007 43	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→ 250	D007 52		
D007 43	α-フェトプロテイン(AFP)定性(膣分泌液)	250	→ 250	D007 52		
D007 44	ビタミンB <sub>1</sub>	270	→ 262	D007 53		
D007 45	ビタミンB <sub>2</sub>	276	→ 268	D007 54		
D007 46	赤血球プロトポルフィリン	280	→ 280	D007 55		
D007 47	プロカルシトニン(PCT)半定量	320	→ 320	D007 57		
D007 47	プロカルシトニン(PCT)定量	320	→ 310	D007 56		
- -	プレセプシン定量	-	→ 320	D007 57		
D007 48	ビタミンC	330	→ 320	D007 57		
D007 49	1, 25-ジヒドロキシビタミンD <sub>3</sub>	400	→ 400	D007 58		
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	102	→ 99	D007 注		
D007 注	包括項目:10項目以上	121	→ 117	D007 注		
<b>(生化学的検査(Ⅱ))</b>						
D008	内分泌学的検査			D008		
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→ 55	D008 1		
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	→ 60	D008 2		
D008 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	108	→ 105	D008 7		
D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	113	→ 110	D008 8		
D008 8	レニン定量	113	→ 113	D008 10		

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 9	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115	→ 112	D008 9	
D008 9	ガストリン	115	→ 112	D008 9	
D008 10	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )	118	→ 114	D008 11	
D008 10	インスリン(IRI)	118	→ 114	D008 11	
D008 11	成長ホルモン(GH)	123	→ 119	D008 12	
D008 11	卵胞刺激ホルモン(FSH)	123	→ 119	D008 12	
D008 11	C-ペプチド(CPR)	123	→ 119	D008 12	
D008 11	黄体形成ホルモン(LH)	123	→ 119	D008 12	
D008 12	アルドステロン	137	→ 133	D008 13	
D008 12	テストステロン	137	→ 133	D008 13	
D008 13	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→ 140	D008 16	
D008 13	サイロキシシン結合能(TBC)	140	→ 140	D008 16	
D008 13	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	140	→ 136	D008 14	
D008 13	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	140	→ 136	D008 14	
D008 13	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )	140	→ 136	D008 14	
D008 13	コルチゾール	140	→ 136	D008 14	
D008 13	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)	140	→ 136	D008 14	
D008 13	サイログロブリン	140	→ 137	D008 15	
D008 13	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 16	
D008 14	カルシトニン	147	→ 143	D008 17	
D008 15	ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)	150	→ 146	D008 18	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	150	→ 150	D008 19	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	150	→ 146	D008 18	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	150	→ 146	D008 18	
D008 15	グルカゴン	150	→ 150	D008 19	
D008 16	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	160	→ 160	D008 20	
D008 16	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→ 160	D008 20	
D008 17	プロゲステロン	167	→ 162	D008 21	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 18	オステオカルシン(OC)	170	→ 170	D008 26	(新設)
D008 18	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170	→ 165	D008 22	
D008 18	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)	170	→ 168	D008 25	
- -	I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド(P I NP)	-	→ 170	D008 26	
D008 18	I 型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β 異性体(β-CTX)(尿)	170	→ 170	D008 26	
D008 18	セクレチン	170	→ 170	D008 26	
D008 18	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→ 170	D008 26	
D008 18	遊離テストステロン	170	→ 166	D008 23	
D008 18	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 26	
D008 18	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	170	→ 167	D008 24	
D008 19	サイクリックAMP(cAMP)	180	→ 175	D008 27	
D008 19	エストリオール(E <sub>3</sub> )	180	→ 180	D008 28	
D008 19	エストロゲン半定量	180	→ 180	D008 28	
D008 19	エストロゲン定量	180	→ 180	D008 28	
D008 19	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 28	
D008 20	副甲状腺ホルモン(PTH)	186	→ 180	D008 28	
D008 20	カテコールアミン分画	186	→ 180	D008 28	
D008 21	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	190	→ 184	D008 29	
D008 22	エストラジオール(E <sub>2</sub> )	196	→ 190	D008 30	
D008 23	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	200	→ 200	D008 32	
D008 23	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200	→ 194	D008 31	
D008 23	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 32	
D008 24	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	216	→ 210	D008 33	
D008 24	カテコールアミン	216	→ 210	D008 33	
D008 25	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 35	
D008 25	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	220	→ 213	D008 34	
D008 25	エリスロポエチン	220	→ 213	D008 34	
D008 25	17α-ヒドロキシprogesteron(17α-OHP)	220	→ 213	D008 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		
D008 25	抗IA-2抗体	220	→ 213	D008 34	
D008 25	プレグナンジオール	220	→ 213	D008 34	
D008 26	ソマトメジンC	235	→ 234	D008 37	
D008 26	抗利尿ホルモン(ADH)	235	→ 235	D008 38	
D008 27	メタネフリン	240	→ 233	D008 36	
D008 27	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	240	→ 233	D008 36	
D008 27	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→ 233	D008 36	
D008 28	プレグナントリオール	250	→ 243	D008 39	
D008 28	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 40	
D008 29	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 41	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	630	→ 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)	113	→ 110	D009 2	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	115	→ 112	D009 3	
D009 3	組織ポリペプチド抗原(TPA)	115	→ 112	D009 3	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	115	→ 112	D009 3	
D009 4	DUPAN-2	130	→ 126	D009 4	
D009 4	NCC-ST-439	130	→ 126	D009 4	
D009 4	CA15-3	130	→ 126	D009 4	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	130	→ 126	D009 4	
D009 5	エラスターゼ1	135	→ 131	D009 5	
D009 6	前立腺特異抗原(PSA)	140	→ 136	D009 6	
D009 6	CA19-9	140	→ 136	D009 6	
D009 7	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 8	
D009 7	CA72-4	150	→ 146	D009 7	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 7	CA50	150 →	150	D009 8	
D009 7	SPan-1	150 →	146	D009 7	
D009 7	シアルルTn抗原(STN)	150 →	146	D009 7	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)	150 →	146	D009 7	
D009 7	PIVKA-II半定量	150 →	150	D009 8	
D009 7	PIVKA-II定量	150 →	150	D009 8	
D009 8	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	160 →	160	D009 10	
D009 8	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	160 →	155	D009 9	
D009 8	シアルルLe <sup>x</sup> -i抗原(SLX)	160 →	155	D009 9	
D009 8	CA125	160 →	155	D009 9	
D009 8	サイトケラチン8・18(尿)	160 →	160	D009 10	
D009 9	シアルルLe <sup>x</sup> 抗原(CSLEX)	170 →	170	D009 13	
D009 9	遊離型PSA比(PSA F/T比)	170 →	165	D009 11	
D009 9	BCA225	170 →	165	D009 11	
D009 9	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	170 →	170	D009 13	
D009 9	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170 →	170	D009 13	
D009 9	SP1	170 →	170	D009 13	
D009 9	抗p53抗体	170 →	166	D009 12	
D009 10	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	180 →	175	D009 14	
D009 10	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180 →	175	D009 14	
D009 11	遊離型フコース(尿)	190 →	190	D009 16	
D009 11	CA602	190 →	190	D009 16	
D009 11	α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190 →	190	D009 16	
D009 11	CA54/61	190 →	184	D009 15	
D009 11	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190 →	184	D009 15	
D009 12	γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	200 →	194	D009 17	
D009 12	CA130	200 →	200	D009 18	
D009 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント(HCGβ-CF)(尿)	200 →	200	D009 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		
D009 13	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→ 220	D009 19	
D009 14	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 20	
D009 14	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 20	
D009 14	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 20	
D009 14	HER2蛋白	320	→ 320	D009 20	
D009 15	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	460	→ 460	D009 21	
D009 注	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	糖分析(尿)	38	→ 38	D010 1	
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)	300	→ 291	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	320	→ 310	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,274	→ 1,236	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→ 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	450	→ 437	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 8	
<b>(免疫学的検査)</b>					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	Coombs試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30	→ 30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 160	D011 3	

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 4	不規則抗体	167	→ 162	D011 4	
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→ 200	D011 5	
D011 6	血小板関連IgG (PA-IgG)	210	→ 204	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	270	→ 262	D011 8	
- -	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)	-	→ 390	D011 9	(新設)
- -	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)	-	→ 390	D011 9	(新設)
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	→ 34	D012 5	(名称変更)
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 半定量	34	→ 34	D012 5	(項の分割)
- -	梅毒血清反応 (STS) 定量	-	→ 34	D012 5	(項の分割)
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	

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 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	
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	→ 100	D012 16	(名称の変更)
D012 16	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	→ 100	D012 16	
D012 17	抗酸菌抗体定性	120	→ 120	D012 19	
D012 17	抗酸菌抗体定量	120	→ 116	D012 17	
D012 17	HIV-1抗体	120	→ 118	D012 18	
D012 18	HIV-1, 2抗体定性	127	→ 123	D012 20	
D012 18	HIV-1, 2抗体半定量	127	→ 123	D012 20	
D012 18	HIV-1, 2抗体定量	127	→ 127	D012 21	
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	127	→ 123	D012 20	
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	127	→ 123	D012 20	
D012 19	A群β溶連菌迅速試験定性	140	→ 136	D012 22	
D012 19	ノイラミニダーゼ定性	140	→ 140	D012 23	(名称の変更)
D012 20	カンジダ抗原定性	148	→ 144	D012 24	
D012 20	カンジダ抗原半定量	148	→ 144	D012 24	
D012 20	カンジダ抗原定量	148	→ 144	D012 24	
D012 21	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	150	→ 146	D012 25	

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 21	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	150	→ 146	D012 25	
D012 21	インフルエンザウイルス抗原定性	150	→ 149	D012 26	
D012 21	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	150	→ 146	D012 25	
D012 21	RSウイルス抗原定性	150	→ 146	D012 25	
D012 21	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性	150	→ 146	D012 25	(項目の分割)
- -	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量	-	→ 146	D012 25	(項目の分割)
D012 21	ノロウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 27	
- -	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	-	→ 150	D012 27	(新設)
- -	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	-	→ 150	D012 27	(新設)
- -	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	-	→ 150	D012 27	(新設)
D012 22	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 28	
D012 22	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→ 160	D012 28	
D012 23	大腸菌O157抗原定性	170	→ 170	D012 30	
D012 23	クラミジア・トラコマチス抗原定性	170	→ 165	D012 29	
D012 23	アスペルギルス抗原	170	→ 165	D012 29	
D012 23	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170	→ 170	D012 30	(名称の変更)
D012 24	淋菌抗原定性	180	→ 180	D012 32	
D012 24	大腸菌O157抗体定性	180	→ 175	D012 31	
D012 24	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→ 180	D012 32	
D012 24	大腸菌血清型別	180	→ 180	D012 32	
D012 25	HTLV-I抗体	186	→ 180	D012 32	
D012 26	クリプトコックス抗原定性	190	→ 190	D012 34	
D012 26	クリプトコックス抗原半定量	190	→ 184	D012 33	
D012 27	ブルセラ抗体定性	210	→ 210	D012 36	(項目の分割)
- -	ブルセラ抗体半定量	-	→ 210	D012 36	(項目の分割)
D012 27	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	210	→ 204	D012 35	
D012 27	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210	→ 210	D012 36	
- -	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	-	→ 210	D012 36	(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		
D012 27	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)	210	→ 210	D012 36	(新設)
D012 27	肺炎球菌細胞壁抗原定性	210	→ 204	D012 35	
D012 27	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→ 210	D012 36	
D012 27	レプトスピラ抗体	210	→ 210	D012 36	
D012 28	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	216	→ 210	D012 36	
D012 29	ツツガムシ抗体定性	220	→ 220	D012 38	
D012 29	ツツガムシ抗体半定量	220	→ 213	D012 37	
D012 29	(1→3) - $\beta$ - D - グルカン	220	→ 213	D012 37	
D012 29	サイトメガロウイルス抗体	220	→ 220	D012 38	
D012 30	赤痢アメーバ抗体半定量	230	→ 223	D012 39	
D012 30	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	230	→ 223	D012 39	
D012 31	レジオネラ抗原定性(尿)	240	→ 233	D012 40	
D012 31	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→ 240	D012 41	
D012 32	エンドトキシン	270	→ 262	D012 42	
D012 32	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→ 270	D012 43	
D012 33	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 44	
D012 34	百日咳菌抗体	294	→ 285	D012 45	
D012 35	結核菌群抗原定性	300	→ 291	D012 46	
D012 35	ダニ特異IgG抗体	300	→ 300	D012 47	
D012 35	Weil-Felix反応	300	→ 300	D012 47	
D012 36	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 48	
D012 37	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	410	→ 398	D012 49	
D012 38	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)	441	→ 440	D012 50	
D012 39	HIV抗原	600	→ 600	D012 51	
- -	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	-	→ 900	D012 52	(新設)
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	

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 2	HBs抗体半定量	32	→ 32	D013 2	
D013 3	HBs抗原	88	→ 88	D013 3	
D013 3	HBs抗体	88	→ 88	D013 3	
D013 4	HBe抗原	110	→ 107	D013 4	
D013 4	HBe抗体	110	→ 107	D013 4	
D013 5	HCV抗体定性・定量	120	→ 116	D013 5	
D013 5	HCVコア蛋白	120	→ 116	D013 5	
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150	→ 146	D013 6	
D013 6	HA-IgM抗体	150	→ 146	D013 6	
D013 6	HA抗体	150	→ 146	D013 6	
D013 6	HBc-IgM抗体	150	→ 146	D013 6	
D013 6	HCVコア抗体	150	→ 146	D013 6	
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→ 160	D013 7	
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→ 160	D013 7	
D013 8	HE-IgA抗体定性	210	→ 210	D013 8	
D013 9	HCV血清群別判定	240	→ 233	D013 9	
D013 10	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	290	→ 281	D013 10	
D013 11	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→ 330	D013 11	
D013 12	HCV特異抗体価	340	→ 340	D013 12	
D013 12	HBVジェノタイプ判定	340	→ 340	D013 12	
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	484	→ 469	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→ 11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量	30	→ 30	D014 2	
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	

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 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→ 37	D014 3	
D014 4	Donath-Landsteiner試験	55	→ 55	D014 4	
D014 5	LEテスト定性	68	→ 68	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	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	113	→ 110	D014 6	
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	113	→ 110	D014 6	
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	113	→ 110	D014 6	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→ 120	D014 8	
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→ 120	D014 8	
D014 8	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	120	→ 116	D014 7	
D014 9	抗Jo-1抗体定性	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗Jo-1抗体半定量	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗Jo-1抗体定量	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗サイログロブリン抗体	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体半定量	150	→ 146	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定量	150	→ 146	D014 9	
D014 10	抗Sm抗体定性	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗Sm抗体半定量	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗Sm抗体定量	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗SS-B/La抗体半定量	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗SS-B/La抗体定量	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗Scl-70抗体定性	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗Scl-70抗体半定量	167	→ 162	D014 10	
D014 10	抗Scl-70抗体定量	167	→ 162	D014 10	

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 11	抗SS-A/Ro抗体定性	170	→ 165	D014 11	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体半定量	170	→ 165	D014 11	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体定量	170	→ 165	D014 11	
D014 11	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	170	→ 170	D014 12	
D014 11	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体	170	→ 165	D014 11	
D014 12	抗DNA抗体定性	178	→ 178	D014 14	
D014 12	抗DNA抗体定量	178	→ 173	D014 13	
D014 13	抗セントロメア抗体定性	190	→ 190	D014 16	
D014 13	抗セントロメア抗体定量	190	→ 184	D014 15	
- -	抗ARS抗体	-	→ 190	D014 16	(新設)
D014 14	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	→ 194	D014 17	
D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性	206	→ 200	D014 18	(項目の分割)
- -	抗ミトコンドリア抗体半定量	-	→ 200	D014 18	(項目の分割)
D014 15	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→ 206	D014 20	
D014 16	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体	210	→ 210	D014 21	
D014 16	IgG型リウマトイド因子	210	→ 204	D014 19	
D014 16	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→ 210	D014 21	
D014 16	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→ 210	D014 21	
D014 17	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテイン I 複合体抗体	230	→ 223	D014 22	
D014 17	抗LKM-1抗体	230	→ 223	D014 22	
D014 18	抗カルジオリピン抗体	250	→ 243	D014 23	
D014 18	抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	250	→ 243	D014 23	
D014 19	抗デスマogleイン3抗体	270	→ 270	D014 24	
D014 19	抗BP180-NC16a抗体	270	→ 270	D014 24	
D014 20	ループスアンチコアグラント定性	290	→ 290	D014 26	
D014 20	ループスアンチコアグラント定量	290	→ 281	D014 25	
D014 20	抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290	→ 290	D014 26	
D014 20	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	290	→ 281	D014 25	



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 20	抗好中球細胞質ミクロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	290	→ 281	D014 25	
D014 20	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	290	→ 281	D014 25	
D014 21	抗デスモグレイン1抗体	300	→ 300	D014 27	
D014 22	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→ 350	D014 28	
D014 23	IgG <sub>4</sub>	400	→ 388	D014 29	
D014 24	抗GM1IgG抗体	460	→ 460	D014 30	
D014 24	抗GQ1bIgG抗体	460	→ 460	D014 30	
D014 25	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	900	→ 873	D014 31	
D014 26	抗グルタミン酸レセプター抗体	1,000	→ 970	D014 32	
- -	抗アクアポリン4抗体	-	→ 1,000	D014 33	(新設)
- -	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	-	→ 1,000	D014 33	(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	
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 <sub>50</sub> )	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→ 42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→ 42	D015 5	
D015 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	47	→ 47	D015 6	
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→ 60	D015 7	
D015 8	C <sub>3</sub>	70	→ 70	D015 8	
D015 8	C <sub>4</sub>	70	→ 70	D015 8	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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 11	
D015 12	$\beta_2$ -マイクログロブリン	115	→ 112	D015 12	
D015 12	トランスサイレチン(プレアルブミン)	115	→ 112	D015 12	
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 13	
D015 14	$\alpha_1$ -マイクログロブリン	150	→ 146	D015 14	
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	→ 146	D015 14	
D015 15	C <sub>3</sub> プロアクチベータ	160	→ 160	D015 15	
D015 16	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	168	→ 163	D015 16	
D015 17	ヘモペキシン	180	→ 180	D015 17	
D015 18	APRスコア定性	200	→ 194	D015 18	
D015 18	アトピー鑑別試験定性	200	→ 194	D015 18	
D015 18	TARC	200	→ 194	D015 18	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	210	→ 204	D015 19	
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	220	→ 213	D015 20	
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	240	→ 240	D015 21	
D015 22	C <sub>1</sub> インアクチベータ	290	→ 281	D015 22	
D015 23	免疫グロブリンL鎖 $\kappa/\lambda$ 比	340	→ 330	D015 23	
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖 $\kappa/\lambda$ 比	400	→ 400	D015 24	
D015 25	結核菌特異的インターフェロン $\gamma$ 産生能	630	→ 630	D015 25	
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	170	→ 165	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	210	→ 204	D016 3	
D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)	210	→ 204	D016 3	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 5	
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	350	→ 350	D016 6	
<b>(微生物学的検査)</b>					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	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	50	→ 61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→ 160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	160	→ 160	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	190	→ 190	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	150	→ 150	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	140	→ 140	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	120	→ 120	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	170	→ 170	D019 1	
D019 2	2菌種	220	→ 220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	280	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	230	→ 260	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	210	→ 210	D020 2	
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	370	→ 370	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	
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 2	淋菌核酸検出	210	→ 204	D023 2	
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	210	→ 204	D023 2	
D023 3	HBV核酸定量	290	→ 287	D023 3	
D023 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	300	→ 291	D023 4	
D023 4	レジオネラ核酸検出	300	→ 292	D023 5	
D023 4	マイコプラズマ核酸検出	300	→ 300	D023 6	
D023 5	HCV核酸検出	360	→ 360	D023 7	
D023 5	HPV核酸検出	360	→ 360	D023 7	
- -	HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	-	→ 360	D023 7	(新設)
D023 6	インフルエンザ核酸検出	410	→ 410	D023 8	
D023 6	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 8	
D023 6	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 8	
D023 7	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出	421	→ 421	D023 9	
D023 8	HCV核酸定量	450	→ 450	D023 10	
D023 8	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 10	
D023 8	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 10	
D023 8	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 10	
D023 9	HIV-1核酸定量	520	→ 520	D023 11	
D023 9	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 11	
D023 10	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 12	
- -	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	-	→ 850	D023 12	(新設)
- -	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	-	→ 850	D023 12	(新設)
D023 11	HPVジェノタイプ判定	2,000	→ 2,000	D023 13	
D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→ 6,000	D023 14	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性	55	→ 55	D023-2 1	
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	→ 150	D023-2 3	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	200	→ 194	D023-2 4	
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
<b>(基本的検体検査実施料)</b>					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	140	→ 140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	110	→ 110	D025 2	
<b>第2款 検体検査判断料</b>					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→ 144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(II)判断料	144	→ 144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(I)	40	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(II)	100	→ 100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(III)	300	→ 300	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(IV)	500	→ 500	D026 注	
D027	基本的検体検査判断料	604	→ 604	D027	
<b>第3節 生体検査料</b>					
<b>(呼吸循環機能検査等)</b>					
D200	スパイログラフイー等検査			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	

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		
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	
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	→ 150	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	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 3	脳循環測定(色素希釈法によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 4	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	

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		
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	バリスタカルジオグラフ	90	→ -	- -	(削除)
D208 5	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200	→ 200	D208 4	
D208 6	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 320	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→ 90	D210-3	
D210-4	T波オルタナンス検査	1,100	→ 1,100	D210-4	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	→ 800	D211	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	560	→ 200	D211-3	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	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	

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		
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	
<b>(超音波検査等)</b>					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
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	→ 1,000	D215 3	
D215 3	ホ 負荷心エコー法	1,680	→ 1,680	D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	150	→ 150	D215 注	
D215 注	パルスドプラ法加算	200	→ 200	D215 注	
D215-2	肝硬度測定	200	→ 200	D215-2	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査			D216-2	
D216-2 1	超音波検査によるもの	55	→ 55	D216-2 1	
D216-2 2	導尿によるもの	45	→ 45	D216-2 2	



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		
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
D217 注	大腿骨同時撮影加算	90	→ 90	D217 注	
D217 2	MD法	140	→ 140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	→ 140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	→ 80	D217 3	
<b>(監視装置による諸検査)</b>					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	→ 400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	→ 700	D218 3	
D219	ハンスストレステスト(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	
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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D225 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	→ 100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	→ 200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	125	→ 125	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	500	→ 500	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→ 150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 450	D230 2	
D231	人工臓臓(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	→ 1,300	D234	
<b>(脳波検査等)</b>					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600	→ 600	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250	→ 250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	500	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	900	→ 900	D235-3	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	

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 1	体性感覚誘発電位	670	→ 670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 670	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 800	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー	670	→ -	D236-2	
- -	脳外科手術の術前検査に使用するもの	-	→ 670	D236-2 1	
- -	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの			D236-2 2	(新設)
- -	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	D236-2 2	(新設)
- -	ロ イ以外の場合	-	→ 200	D236-2 2	(新設)
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	→ 3,300	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	180	→ 180	D238	
<b>(神経・筋検査)</b>					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあっては1筋につき))	200	→ 200	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	150	→ 150	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	400	→ 400	D239-3	
-	全身温熱発汗試験	-	→ 600	D239-4	(新設)
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	

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		
D241	神経・筋検査判断料	180	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
<b>(耳鼻咽喉科学的検査)</b>					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350	→ 350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350	→ 350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
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	

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 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	—	→ —	D250 3	
D250 3	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300	→ 300	D250 3	
D250 3	ロ その他の場合	140	→ 140	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→ 400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	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	刺激又は負荷を加えた場合の加算	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ピー	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	

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		
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45	→ 45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
<b>(眼科学的検査)</b>					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	(項目の分割)
D256 1	通常の方法の場合	56	→ -	D256 1	
- -	イ アナログ撮影	-	→ 54	D256 1	
- -	ロ デジタル撮影	-	→ 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	広角眼底撮影加算	100	→ 100	D256 注	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
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	69	→ 69	D261	
D262	調節検査	70	→ 70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	82	→ 82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	→ 55	D264 注	

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		
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	
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	

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		
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	56	→ 56	D282-3 2	
<b>(皮膚科学的検査)</b>					
D282-4	ダーモスコピー	72	→ 72	D282-4	
<b>(臨床心理・神経心理検査)</b>					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D283 2	
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	
<b>(負荷試験等)</b>					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
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 ギナドトロピン(LH及びFSH)(一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D287 1	ニ プロラクチン(PRL)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鈣質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	腎機能テスト(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	
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	キシローゼ試験	100	→ -	- -	(削除)
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	

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		
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	
D293 3	心機能検査(心拍出量測定を含む。)	990	→ -	- -	(削除)
D293 4	肺局所機能検査	1,820	→ -	- -	(削除)
D293 4	脳局所血流検査	1,820	→ -	- -	(削除)
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査(片側)	600	→ 600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→ 220	D296-2	
D297	削除			D297	

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		
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき）	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコープ	600	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査（片側）	1,000	→ 1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500	→ 500	D301	
D301	気管支カメラ	500	→ 500	D301	
D302	気管支ファイバースコープ	2,500	→ 2,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	食道鏡検査	400	→ 400	D305	
D305	食道カメラ	400	→ 400	D305	
D306	食道ファイバースコープ	800	→ 800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D306 注	
D306 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注	
D307	胃鏡検査	500	→ 500	D307	
D307	ガストロカメラ	500	→ 500	D307	
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D308 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注	
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	→ 1,400	D309	
D310	小腸内視鏡検査			D310	(名称の変更)
- -	ダブルバルーン内視鏡によるもの	-	→ 7,000	D310 1	(新設)
D310 1	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 3,000	D310 2	(名称の変更)
D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 3	その他のもの	1,700	→ 1,700	D310 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		
D310 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D310 注	
- -	消化管通過性検査	-	→ 600	D310-2	(新設)
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコープ	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D312 注	
D313	大腸内視鏡検査			D313	(名称の変更)
- -	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 2	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 1	
D313 3	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 1	
- -	カプセル型内視鏡によるもの	-	→ 1,550	D313 2	(新設)
D313 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D313 注	
D313 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	950	→ 950	D317	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→ 1,000	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコープ(片側)	1,500	→ 1,500	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコープ	150	→ 150	D321	
D322	子宮ファイバースコープ	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
第4節 診断穿刺・検体採取料					

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	16	→ 20	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	→ 14	D400 注	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 220	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	60	→ 60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	180	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D409-2 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	→ 4,000	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,000	D415	
D415 注	ガイドシース加算	500	→ 500	D415 注	
D415 注	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→ 1,000	D415 注	
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	
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
D416 注	6歳未満の乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)	500	→ 500	D417 1	
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 3	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	→ 350	D417 3	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 5	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 8	

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 9	乳腺	650	→ 650	D417 9	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上部(副睾丸)	400	→ 400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	→ 620	D417 12	
D417 13	心筋	5,000	→ 5,000	D417 13	
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→ 180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 350	D419 4	
- -	副腎静脈サンプリング(一連につき)	-	→ 4,800	D419 5	(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
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査	D004-2 1	ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)半定量
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)	D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量
D012 19	ノイラミニダーゼ	D012 23	ノイラミニダーゼ定性
D012 23	マイコプラズマ抗原	D012 30	マイコプラズマ抗原定性(FA法)
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)	D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)定性
D310	小腸ファイバースコープ	D310	小腸内視鏡検査
D310 1	バルーン内視鏡によるもの	D310 2	シングルバルーン内視鏡によるもの
D313	大腸ファイバースコープ	D313	大腸内視鏡検査



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
D007 12	不飽和鉄結合能(UIBC)	D007 1	不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)
		D007 12	不飽和鉄結合能(UIBC)(RIA法)
D007 12	総鉄結合能(TIBC)	D007 1	総鉄結合能(TIBC)(比色法)
		D007 12	総鉄結合能(TIBC)(RIA法)
D012 5	梅毒血清反応(STS)	D012 5	梅毒血清反応(STS)半定量
		D012 5	梅毒血清反応(STS)定量
D012 21	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)	D012 25	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性
		D012 25	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量
D012 27	ブルセラ抗体	D012 36	ブルセラ抗体定性
		D012 36	ブルセラ抗体半定量
D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性	D014 18	抗ミトコンドリア抗体定性
		D014 18	抗ミトコンドリア抗体半定量
D256 1	通常の方法の場合	D256 1	通常の方法の場合
		D256 1	イ アナログ撮影
		D256 1	ロ デジタル撮影

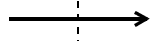
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>第2節 核医学診断料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-3までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-3までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>（新設）</p>	<p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）</p>

9,160点

- 注1 <sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【新設】

(新設)



E 1 0 1 - 5 乳房用ポジトロン断層撮影

4,000点

- 注1 <sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

E 1 0 2 核医学診断

【項目の見直し】	1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影及びE101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合 450点	1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点
第3節 コンピューター断層撮影診断料		
E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）		
【点数の見直し】	1 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 950点 ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点 ニ イ、ロ又はハ以外の場合 600点	1,000点  900点  770点  580点
【注の見直し】	注7 CT撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の	注7 CT撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の

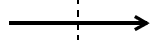
E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影) (一連につき)

【点数の見直し】

注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

- 1 3テスラ以上の機器による場合 1,400点
- 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
- 3 1又は2以外の場合 950点



- 1,600点
- 1,330点
- 920点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第1節 調剤料 F000 調剤料 【注の追加】 第2節 処方料 F100 処方料 【項目の見直し】	(追加) 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点	注2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20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 29点

	2 1 以外の場合 42点	3 1 及び 2 以外の場合 42点
【注の追加】	(追加)	注 8 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 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 日以上の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。
【注の追加】	(追加)	注 9 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第 3 節 薬剤料		
F 2 0 0 薬剤		
【注の追加】	(追加)	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、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。
【注の見直し】	注 2 1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以	注 3 注 2 以外の場合であって、1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であっ

	<p>内のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>		<p>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又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>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。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。</p>
<p>第5節 処方せん料</p>			
<p>F400 処方せん料</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であ</p>	<p>→</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）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</p>



	って、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点 2 1 以外の場合 68点	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
【注の追加】	(追加)	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。
【注の追加】	(追加)	注8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第6節 調剤技術基本料 F500 調剤技術基本料 【注の追加】	(追加)	注5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>(略)</p>	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>(略)</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

G006 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

【注の追加】

（追加）

注2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

【注の追加】

（追加）

注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、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。

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>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。</p>

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

【点数の見直し】

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1単位)	200点	→	205点
2 心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1単位)	100点		105点

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

【点数の見直し】

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位)	245点 イ ロ以外の場合 235点 ロ 廃用症候群の場合	→	245点 180点
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)	200点 イ ロ以外の場合 190点 ロ 廃用症候群の場合		200点 146点
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位)	100点 イ ロ以外の場合 100点 ロ 廃用症候群の場合		100点 77点

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期	→	注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険
---	---	--

【注の見直し】

リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対

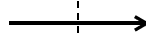


して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	221点
(2) 廃用症候群の場合	212点
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	180点
(2) 廃用症候群の場合	171点
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	90点
(2) 廃用症候群の場合	90点

【注の追加】

(追加)



して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	221点
(2) 廃用症候群の場合	162点
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	180点
(2) 廃用症候群の場合	131点
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	
(1 単位)	
(1) (2)以外の場合	90点
(2) 廃用症候群の場合	69点

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

H002 運動器リハビリテーション料

【点数の見直し】

1	運動器リハビリテーション料(I) (1単位) 175点	→	180点
2	運動器リハビリテーション料(II) (1単位) 165点		
3	運動器リハビリテーション料(III) (1単位) 80点		

【注の削除】

注2	運動器リハビリテーション料(I)に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(II)を算定する。	→	(削除)
----	--	---	------

【注の見直し】

注3	注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。	→	注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は
----	---	---	--

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、

	<p>次に掲げる点数を算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位) 158点</li> <li>ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位) 149点</li> <li>ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位) 80点</li> </ul>	(追加) →	<p>次に掲げる点数を算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位) 163点</li> <li>ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位) 154点</li> <li>ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位) 85点</li> </ul> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>
<p>H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 呼吸器リハビリテーション料(I) (1単位) 170点</li> <li>2 呼吸器リハビリテーション料(II) (1単位) 80点</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>175点</li> <li>85点</li> </ul>

H003-2 リハビリテーション総  
合計画評価料

【注の見直し】

注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)又はがん患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)

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)、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局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、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。

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

【注の追加】

(追加)

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。

注3 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション総合計画提供料を算定した患者（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の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

【新設】

(新設)

H003-3 リハビリテーション総合計画提供料 100点  
注 退院時に区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者（入院中に区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回を限度として算定する。

H004 摂食機能療法（1日につき）

【注の追加】

(追加)

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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

【点数の見直し】

- 1 6歳未満の患者の場合
- 2 6歳以上18歳未満の患者の場合
- 3 18歳以上の患者の場合

220点  
190点  
150点

225点  
195点  
155点

H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位）

【点数の見直し】

200点

205点

【新設】

(新設)

H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき） 240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、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。



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 精神科専門療法料 I002 通院・在宅精神療法（1回につき）  【項目の見直し】	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点 2 1以外の場合 イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点	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

【注の見直し】

注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、その他の場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

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

注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回を、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

【注の見直し】

注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(初診の日から起算して1年以内(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)は、所定点数に200点を加算する。

注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内(区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)は、350点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定

注4 1のロの(1)、2のロ及び2のハの(1)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加

	<p>点数に25点を加算する。</p>	<p>算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p>
<p>I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。</p>
<p>I004 心身医学療法（1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p>	<p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。</p>
<p>I008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>	<p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に20点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。</p>
<p>I009 精神科デイ・ケア（1日につき）</p>	<p>【注の見直し】</p> <p>注3 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p>

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

【注の見直し】

注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

I 0 1 0-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

【注の見直し】

注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイ

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【項目の見直し】

早期加算として、所定点数に50点を加算する。

ト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
  - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 445点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 340点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 545点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 415点
  - ロ 准看護師による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 395点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 300点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 495点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 375点

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
  - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
    - (1) 同一日に2人
      - ① 週3日目まで 30分以上の場合 575点
      - ② 週3日目まで 30分未満の場合 440点
      - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 675点
      - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 525点
    - (2) 同一日に3人以上
      - ① 週3日目まで 30分以上の場合 288点
      - ② 週3日目まで 30分未満の場合 220点
      - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 338点
      - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 263点
  - ロ 准看護師による場合
    - (1) 同一日に2人
      - ① 週3日目まで 30分以上の場合 525点
      - ② 週3日目まで 30分未満の場合 400点
      - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 625点
      - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 485点
    - (2) 同一日に3人以上

【注の見直し】

注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

【注の追加】

(追加)

注12 1及び3については、区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診

- ① 週3日目まで 30分以上の場合 263点
- ② 週3日目まで 30分未満の場合 200点
- ③ 週4日目以降 30分以上の場合 313点
- ④ 週4日目以降 30分未満の場合 243点

注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

【新設】

(新設)

療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料  
(月1回)

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
  - イ 同一建物居住者以外の場合 1,800点
  - ロ 同一建物居住者の場合
    - (1) 特定施設等に入居する者の場合 900点
    - (2) (1)以外の場合 450点
- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
  - イ 同一建物居住者以外の場合 1,480点
  - ロ 同一建物居住者の場合
    - (1) 特定施設等に入居する者の場合 740点
    - (2) (1)以外の場合 370点

注1 1のイについては、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（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患者に対して、1のロの(1)については、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域



密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、1のロの(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（同一建物居住者に限る。）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、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、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

2 2のイについては、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（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、2のロの(1)については、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、2のロの(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（同一建物居住者に限る。）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、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

- 3 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、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8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。
- 4 精神科重症患者早期集中支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 処置</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、入</p>

第1節 処置料

J000 創傷処置

【注の追加】

(追加)

注3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算2

所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算2

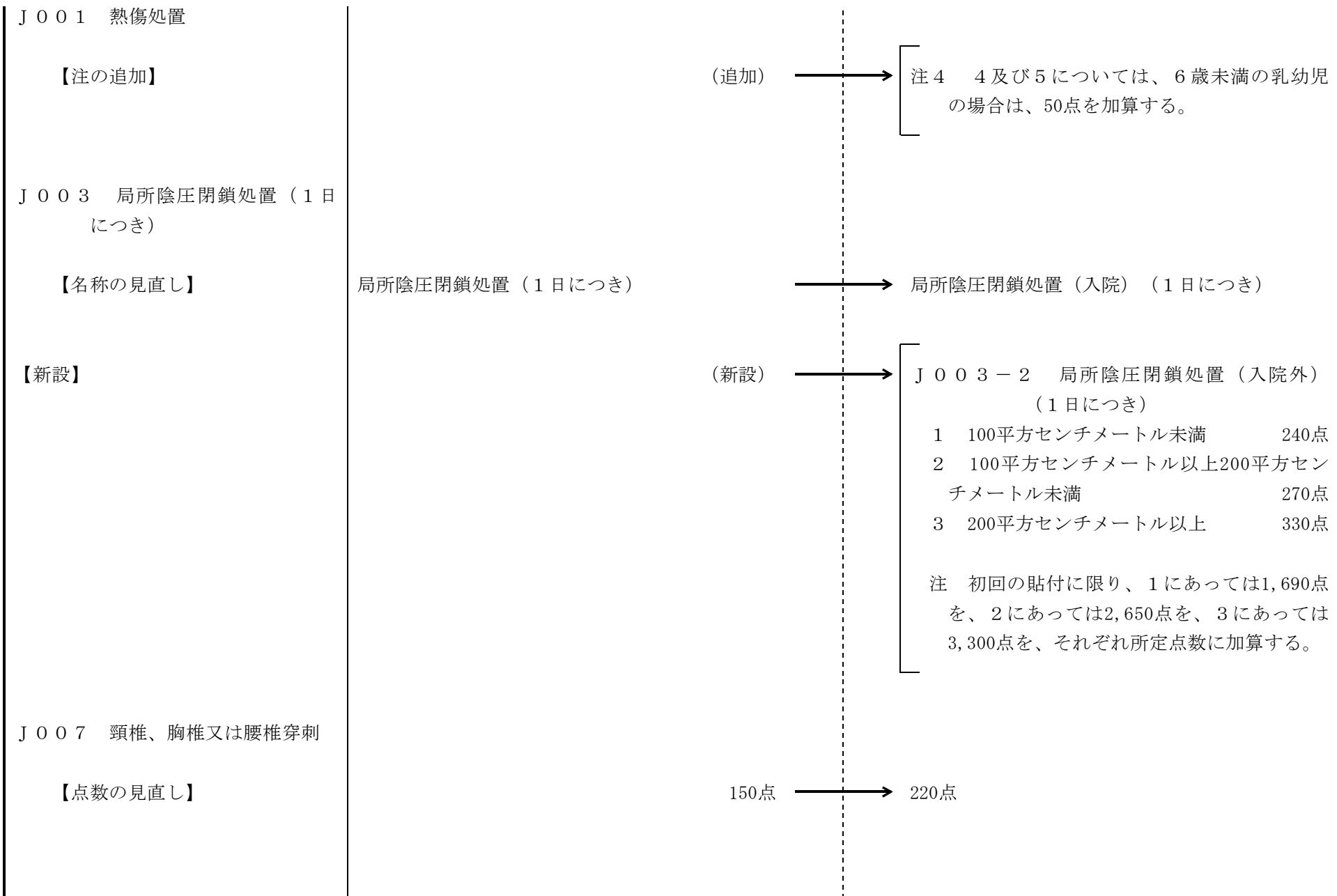
所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算2

所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数



J 0 1 7 - 2 リンパ管腫局所注入

【注の新設】

(新設)

注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

【新設】

(新設)

J 0 3 4 - 2 EDチューブ挿入術 180点

J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)

【点数の見直し】

- 1 慢性維持透析を行った場合
  - イ 4時間未満の場合 2,040点
  - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点
  - ハ 5時間以上の場合 2,340点
- 2 慢性維持透析濾過 (複雑なもの) を行った場合 2,255点

- 1 慢性維持透析を行った場合
  - イ 4時間未満の場合 2,030点
  - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,195点
  - ハ 5時間以上の場合 2,330点
- 2 慢性維持透析濾過 (複雑なもの) を行った場合 2,245点

J 0 4 2 腹膜灌流 (1日につき)

【注の追加】

(追加)

注2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。

<p>J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。</p>
<p>J 0 4 4 救命のための気管内挿管</p> <p>【注の新設】</p>	<p>(新設) →</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p> <p>J 0 4 7 - 2 心腔内除細動 3,500点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p> <p>J 0 7 0 - 4 磁気による膀胱等刺激法 70点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</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。）、K136-2、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254の1、K280-2、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K800-3、K803-2、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3及びK910-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</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、K476（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、K514-4、K514-6、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、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K</p>



合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

643-2、K656-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3、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。

【通則の見直し】

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K

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

519、K528、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、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、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】

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

、K511の3、K519、K528、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、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、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。

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【通則の見直し】

12 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K 9 1 4に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注5のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K 9 1 4に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号K 9 1 5に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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

(1) 休日加算1  
所定点数の100分の160に相当する点数

(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）  
所定点数の100分の80に相当する点数

(3) 深夜加算1  
所定点数の100分の160に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A 0 0 0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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合  
所定点数の100分の80に相当する点数

【通則の追加】

(追加)

ロ イ以外の保険医療機関において行われる  
場合

(1) 休日加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算 2 (入院中の患者以外の患者  
に対して行われる場合に限る。)

所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号  
A 0 0 0 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おいて、入  
院中の患者以外の患者に対して、その開  
始時間が同注のただし書に規定する時間  
である手術を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

16 区分番号K 6 6 4 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  
医療機関以外の保険医療機関において行われる  
場合は、所定点数の100分の80に相当する点数  
により算定する。

【通則の追加】

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K002 デブリードマン

【注の追加】

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K054 骨切り術

【注の新設】

(追加)

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術加算として、100点を所定点数に加算する。

(追加)

注4 水圧式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。

(新設)

注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施

K 0 5 7 変形治癒骨折矯正手術

【注の新設】

(新設)

した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。

注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。

K 1 4 2 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。）

【注の見直し】

注 椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。

注1 椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を追加すごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。

2 2から4までに掲げる手術の所定点数には、注1の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る5及び6に掲げる手術の所定点数が含まれる。

第3款 神経系・頭蓋

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

【注の新設】

(新設)

- 注1 脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。
- 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。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

【注の見直し】

注2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。

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

第5款 耳鼻咽喉

【新設】

(新設)

K340-4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術) 10,000点

注 自家腸骨片を充填した場合は3,150点を加算

第6款 顔面・口腔・頸部

K 4 5 0 唾石摘出術（一連につき）

【注の新設】

第7款 胸部

【新設】

【新設】

する。

(新設)

注 2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。

(新設)

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 31,710点

注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。

(新設)

K 5 0 2 - 5 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術 58,950点

注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。



K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術

【項目の追加】

第 8 款 心・脈管

【新設】

K 5 5 7 - 3 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

【注の新設】

(追加)

9 胸膜肺全摘 92,000点

注 9 については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。

(新設)

K 5 5 5 - 2 経皮的動脈弁置換術 37,430点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(新設)

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、所定点数に区分番号 K 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）

【注の新設】

（新設）

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、所定点数に区分番号K 5 5 5弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

K 5 8 1 肺動脈閉鎖症手術

【注の新設】

（新設）

注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。

K 5 8 3 大血管転位症手術

【注の新設】

（新設）

注 4については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。

K 5 8 4 修正大血管転位症手術

【注の新設】

(新設)

注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。

K 5 8 6 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

【注の新設】

(新設)

注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

【注の追加】

(追加)

注2 磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、5,000点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

K 6 1 7 - 5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 10,200点

【新設】

(新設)

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 2 7 - 3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節  
群郭清術 26,460点

注 泌尿器がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。

【新設】

(新設)

K 6 2 7 - 4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節  
群郭清術 39,720点

注 精巣がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。

第9款 腹部

【新設】

(新設)

K 6 9 9 - 2 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）  
19,300点

注 破砕した膵石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的膵石除去加算として、一連につき1回に限り5,640点を所定点数に加算する。

第10款 尿路系・副腎

【新設】

(新設)

K 8 0 2 - 6 腹腔鏡下膀胱脱手術 34,980点

注 メッシュを使用した場合に算定する。

第11款 性器

【新設】

(新設)

K 9 1 0 - 3 胎児胸腔・羊水腔シャント術  
(一連につき) 10,800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2節 輸血料

K 9 2 0 - 2 輸血管理料

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。

第3節 手術医療機器等加算

K930 脊髄誘発電位測定等加算

【注の削除】

注 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定等を行った場合に算定する。

(削除)

K934 副鼻腔手術用内視鏡加算

【注の見直し】

注 区分番号K349からK365までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

注 区分番号K350からK352まで、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

【注の見直し】

注 区分番号K349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K340-3からK340-7及びK349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

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

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算

【注の見直し】

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

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

K 9 3 9 画像等手術支援加算

【注の見直し】

7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

【項目の追加】

(追加)

03及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

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。

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】

(新設)

K 9 3 9 - 5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算  
2,500点

注1 区分番号K 6 6 4に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

別表1

## 第10部 手術

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 手術料					
第1款 皮膚・皮下組織					
(皮膚、皮下組織)					
K000	創傷処理			K000	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680	→ 1,680	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,000	→ 2,000	3	
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	→ 470	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	→ 850	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	→ 1,320	6	
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	→ 1,400	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	→ 1,850	3	
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860	→ 2,860	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	→ 450	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	→ 500	6	
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	→ 950	7	
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	→ 1,450	8	
K001	皮膚切開術			K001	
1	長径10センチメートル未満	470	→ 470	1	
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→ 820	2	
3	長径20センチメートル以上	1,470	→ 1,470	3	
K002	デブリードマン			K002	
1	100平方センチメートル未満	1,020	→ 1,020	1	
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990	→ 2,990	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	3,000平方センチメートル以上	6,250	→ 7,600	3	
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
1	長径3センチメートル未満	3,480	→ 3,480	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	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	4,360	→ 4,070	2	
3	長径6センチメートル以上	9,480	→ 9,480	3	
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
K006-2	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006-3	鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
K006-4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)			K006-4	
1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→ 2,050	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K007	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230	→ 3,230	3	
	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		
		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		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000	→ 10,000	K007-2	
K008		腋臭症手術			K008	
	1	皮弁法	5,730	→ 5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	→ 3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	→ 1,660	3	
<b>(形成)</b>						
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	→ 9,060	3	
	4	200平方センチメートル以上	13,640	→ 13,640	4	
K010		瘢痕拘縮形成手術			K010	
	1	顔面	12,660	→ 12,660	1	
	2	その他	8,060	→ 8,060	2	
K011		顔面神経麻痺形成手術			K011	
	1	静的なもの	19,110	→ 19,110	1	
	2	動的なもの	58,500	→ 58,500	2	
K012		削除			K012	
K013		分層植皮術			K013	
	1	25平方センチメートル未満	3,520	→ 3,520	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270	→ 6,270	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→ 9,000	3	
	4	200平方センチメートル以上	25,820	→ 25,820	4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K013-2	全層植皮術			K013-2	
	1 25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	1	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→ 12,500	2	
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210	→ 28,210	3	
	4 200平方センチメートル以上	40,290	→ 40,290	4	
K014	皮膚移植術(生体・培養)	6,110	→ 6,110	K014	
K014-2	皮膚移植術(死体)			K014-2	
	1 200平方センチメートル未満	6,750	→ 6,750	1	
	2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000	→ 9,000	2	
	3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	13,490	→ 13,490	3	
	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	→ 32,920	4	
	5 3,000平方センチメートル以上	37,610	→ 37,610	5	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			K015	
	1 25平方センチメートル未満	3,760	→ 3,760	1	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440	→ 11,440	2	
	3 100平方センチメートル以上	20,280	→ 20,280	3	
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120	→ 41,120	K016	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	74,240	→ -	K017	【項目の見直し】
	乳房再建術の場合	-	→ 84,050	1	
	その他の場合	-	→ 84,050	2	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	15,210	→ 15,210	K019	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	110,700	→ 110,700	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	→ 7,080	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	→ 11,600	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	2	4平方センチメートル以上	12,260	→ 12,260	2	
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)	17,580	→ -	K022	【項目の見直し】
		乳房(再建手術)の場合	-	→ 17,580	1	
		その他の場合	-	→ 17,580	2	
K022-2		象皮病根治手術			K022-2	
	1	大腿	27,380	→ 27,380	1	
	2	下腿	19,100	→ 19,100	2	
<b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b>						
<b>(筋膜、筋、腱、腱鞘)</b>						
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024		筋切離術	3,080	→ 3,080	K024	
K025		股関節内転筋切離術	4,410	→ 4,410	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	
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	20,620	→ 20,620	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	→ 7,890	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		
K034	2	その他のもの	10,310	→ 10,310	2	
		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	→ 11,430	K035	
K035-2		腱滑膜切除術	8,790	→ 7,550	K035-2	
K036		削除			K036	
K037		腱縫合術	11,320	→ 11,320	K037	
K037-2		アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038		腱延長術	10,750	→ 10,750	K038	
K039		腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1	指(手、足)	13,610	→ 13,610	1	
	2	その他のもの	18,080	→ 18,080	2	
K040		腱移行術			K040	
	1	指(手、足)	13,610	→ 13,610	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	
K041		削除			K041	
<b>(四肢骨)</b>						
K042		骨穿孔術	1,730	→ 1,730	K042	
K043		骨搔爬術			K043	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 11,150	1	
	2	前腕、下腿	6,700	→ 6,700	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-2		骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 11,150	1	
	2	前腕、下腿	6,700	→ 6,700	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-3		骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 11,150	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		
K044	2	前腕、下腿	6,700	→ 6,700	K044	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨折非観血的整復術	3,590	→ 3,590		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600		
K045	2	前腕、下腿	1,780	→ 1,780	K045	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨折経皮的鋼線刺入固定術	1,440	→ 1,440		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	7,060	→ 7,060		
K046	2	前腕、下腿	4,100	→ 4,100	K046	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨折観血的手術	1,660	→ 1,660		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	18,810	→ 18,810		
K046-2	2	前腕、下腿、手舟状骨	14,810	→ 14,810	K046-2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)	9,480	→ 9,480		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,710	→ 21,710		
K047	2	前腕、下腿	17,090	→ 17,090	K047	
K047-2	3	手、足、指(手、足)	10,940	→ 10,940	K047-2	
K047-3		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047-3	
K048		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K048	
K049		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→ 4,620	K049	
K049		骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K049	
	1	頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	12,100	→ 12,100		
	2	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	7,870	→ 7,870		
	3	前腕、下腿	5,200	→ 5,200		
K049	4	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨部分切除術	3,620	→ 3,620	K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900	→ 5,900		



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		
K050	2 前腕、下腿	4,410	→ 4,410	K050	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	→ 3,280		
	腐骨摘出術				
K051	1 肩甲骨、上腕、大腿	14,960	→ 14,960	K051	
	2 前腕、下腿	10,430	→ 10,430		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420		
K051-2	骨全摘術			K051-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	27,890	→ 27,890		
	2 前腕、下腿	13,050	→ 13,050		
K052	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→ 5,160	K052	
	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→ 5,160		
	骨腫瘍切除術				
K052-2	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ 17,410	K052-2	
	2 前腕、下腿	9,370	→ 9,370		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→ 4,340		
K052-3	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-3	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ 17,410		
	2 前腕、下腿	9,370	→ 9,370		
K053	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→ 4,340	K053	
	多発性骨腫摘出術				
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ 17,410		
K053	2 前腕、下腿	9,370	→ 9,370	K053	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→ 4,340		
	骨悪性腫瘍手術				
K054	1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550	→ 32,550	K054	
	2 前腕、下腿	26,260	→ 26,260		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,810	→ 18,810		
K054	骨切り術			K054	

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	肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→	28,210	1	
	2	前腕、下腿	20,620	→	20,620	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	7,930	→	7,930	3	
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	→	28,210	1	
	2	前腕、下腿、手舟状骨	26,030	→	26,030	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	14,500	→	14,500	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	31,270	→	31,270	1	
	2	前腕、下腿	27,550	→	27,550	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	15,770	→	15,770	3	
K058		骨長調整手術				K058	
	1	骨端軟骨発育抑制術	16,340	→	16,340	1	
	2	骨短縮術	14,960	→	14,960	2	
	3	骨延長術(指(手、足))	16,390	→	16,390	3	
	4	骨延長術(指(手、足)以外)	26,700	→	26,700	4	
K059		骨移植術(軟骨移植術を含む。)				K059	
	1	自家骨移植	14,030	→	14,030	1	
	2	同種骨移植(生体)	16,730	→	20,770	2	
	3	同種骨移植(非生体)	14,770	→	18,300	3	
		自家培養軟骨移植術	—	→	14,030	4	【項目の追加】
K059-2		関節鏡下自家骨軟骨移植術	16,190	→	16,190	K059-2	
(四肢関節、靭帯)							
K060		関節切開術				K060	

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		
K060-2	1	肩、股、膝	3,600	→ 3,600	K060-2	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280		
	3	肩鎖、指(手、足)	680	→ 680		
K060-3		肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3,600	→ 3,600	K060-3	
K061		化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1	肩、股、膝	20,020	→ 20,020	K061	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→ 13,130		
	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→ 3,330		
	関節脱臼非観血的整復術					
	1	肩、股、膝	1,580	→ 1,500	1	
K062	2	胸鎖、肘、手、足	1,300	→ 1,300	K062	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→ 800		
		先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)				
K063	1	リーメンビューゲル法	2,050	→ 2,050	K063	
	2	その他	2,950	→ 2,950		
K064		関節脱臼観血的整復術			K064	
	1	肩、股、膝	28,210	→ 28,210		
	2	胸鎖、肘、手、足	18,810	→ 18,810		
K065	3	肩鎖、指(手、足)	15,080	→ 15,080	K065	
		先天性股関節脱臼観血的整復術	21,130	→ 21,130		
K065-2		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	
	1	肩、股、膝	12,430	→ 12,430		
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600		
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→ 2,950		
		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術				
		1	肩、股、膝	13,950		
	2	胸鎖、肘、手、足	12,300	→ 12,300		
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930		

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	關節滑膜切除術			K066	
	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	
K066-2	關節鏡下關節滑膜切除術			K066-2	
	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	
K066-3	滑液膜摘出術			K066-3	
	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	
K066-4	關節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	
	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	
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	11,200	→ 11,200	K066-5	
K066-6	關節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	17,030	→ 17,030	K066-6	
K066-7	掌指關節滑膜切除術	7,930	→ 7,930	K066-7	
K066-8	關節鏡下掌指關節滑膜切除術	16,060	→ 16,060	K066-8	
K067	關節鼠摘出手術			K067	
	1 肩、股、膝	13,000	→ 13,000	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,580	→ 10,580	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,970	→ 3,970	3	
K067-2	關節鏡下關節鼠摘出手術			K067-2	
	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	

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		
K068	半月板切除術	9,200	→ 9,200	K068	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	16,390	→ 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	15,210	→ 15,210	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	
1	手、足、指(手、足)	3,050	→ 3,050	1	
2	その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	→ 3,190	2	
K071	削除			K071	
K072	関節切除術			K072	
1	肩、股、膝	19,270	→ 19,270	1	
2	胸鎖、肘、手、足	16,070	→ 16,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,670	→ 5,670	3	
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝、肘	20,760	→ 20,760	1	【項目の見直し】
2	胸鎖、手、足	17,070	→ 17,070	2	【項目の見直し】
3	肩鎖、指(手、足)	10,370	→ 10,370	3	
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術			K073-2	
1	肩、股、膝	25,200	→ 25,200	1	
2	胸鎖、肘、手、足	18,910	→ 18,910	2	
3	肩鎖、指(手、足)	11,970	→ 11,970	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	21,970	→ 21,970	1	
2	膝側副靭帯	16,510	→ 16,510	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		
K075	3	指(手、足)その他の靭帯	15,720	→ 15,720	3	
		非観血的関節授動術			K075	
	1	肩、股、膝	1,320	→ 1,320	1	
K076	2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	490	→ 490	3	
		観血的関節授動術			K076	
K077	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	→ 8,460	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	→ 15,560	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	→ 18,590	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,200	→ 7,200	3	
		靭帯断裂形成手術			K079	
K080	1	十字靭帯	28,210	→ 28,210	1	
	2	膝側副靭帯	18,810	→ 18,810	2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	16,350	→ 16,350	3	
K080		関節鏡下靭帯断裂形成手術			K079-2	
	1	十字靭帯	34,980	→ 34,980	1	
	2	膝側副靭帯	17,280	→ 17,280	2	
K080	3	指(手、足)その他の靭帯	16,390	→ 16,390	3	
	4	内側膝蓋大腿靭帯	17,550	→ 17,550	4	
		関節形成手術			K080	
	1	肩、股、膝	45,720	→ 45,720	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K080-2	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210	K080-2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,740	→ 13,740		
		内反足手術	25,930	→ 25,930		
K080-3		肩腱板断裂手術			K080-3	
K080-4	1	簡単なもの	18,700	→ 18,700	K080-4	
	2	複雑なもの	24,310	→ 24,310		
		関節鏡下肩腱板断裂手術				
K080-5	1	簡単なもの	27,040	→ 27,040	K080-5	
	2	複雑なもの	35,150	→ 35,150		
		関節鏡下肩関節唇形成術	32,160	→ 32,160		
K081		人工骨頭挿入術			K081	
K082	1	肩、股	19,500	→ 19,500	K082	
	2	肘、手、足	18,810	→ 18,810		
	3	指(手、足)	9,070	→ 9,070		
K082-2	1	肩、股、膝	37,690	→ 37,690	K082-2	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210		
	3	肩鎖、指(手、足)	13,310	→ 13,310		
K082-3	1	肩、股、膝	30,230	→ 30,230	K082-3	
	2	胸鎖、肘、手、足	20,620	→ 20,620		
	3	肩鎖、指(手、足)	13,950	→ 13,950		
K083	1	肩、股、膝	54,810	→ 54,810	K083	
	2	胸鎖、肘、手、足	34,190	→ 34,190		
	3	肩鎖、指(手、足)	19,940	→ 19,940		
K083-2		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,510	→ 2,510	K083	
		内反足足板挺子固定	2,030	→ 2,030	K083-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(四肢切断、離断、再接合)</b>					
K084	四肢切断術			K084	
	1 肩甲帯	36,500	→ 36,500	1	
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320	→ 24,320	2	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
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	26,030	→ 26,030	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	
<b>(手、足)</b>					
K089	爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090	ひょう疽手術			K090	
	1 軟部組織のもの	990	→ 990	1	
	2 骨、関節のもの	1,280	→ 1,280	2	
K090-2	風棘手術	990	→ 990	K090-2	
K091	陥入爪手術			K091	
	1 簡単なもの	1,400	→ 1,400	1	
	2 爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490	2	



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	12,000	→ 10,400	K093-2	
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	25,350	→ 25,350	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	3,580	→ 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	→ 11,090	K098	
K099	指癒痕拘縮手術	6,880	→ 6,880	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	29,740	→ 29,740	3	
K100	多指症手術			K100	
	1 軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	→ 13,250	2	
K101	合指症手術			K101	
	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	
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	→ 8,330	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ 15,390	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		
K103	屈指症手術、斜指症手術			K103	
1	軟部形成のみのも	11,510	→ 11,510	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ 15,390	2	
K104	削除			K104	
K105	裂手、裂足手術	25,350	→ 25,350	K105	
K106	母指化手術	32,370	→ 32,370	K106	
K107	指移植手術	95,630	→ 95,630	K107	
K108	母指対立再建術	16,650	→ 16,650	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	
<b>(脊柱、骨盤)</b>					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	11,600	→ 11,600	K113	
K114	削除			K114	
及び K115				及び K115	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,580	→ 15,610	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、骨盤脱臼観血的手術	28,210	→ 28,210	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	24,320	→ 24,320	K119	
K120	恥骨結合離開観血的手術	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				及び 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	
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	29,190	→ 29,190	K125	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
1	棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	1	
2	その他のもの	4,510	→ 4,510	2	
	自家培養軟骨組織採取術	—	→ 4,510	K126-2	【新設】
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→ 12,770	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	15,730	→ 15,730	K131-2	
K132	削除			K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	28,730	→ 28,730	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
1	前方摘出術	34,810	→ 34,810	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	16,810	→ 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	33,540	→ 30,390	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33,290	→ 33,290	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69,980	→ 69,980	K136	
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	93,300	→ 93,300	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	26,700	→ 26,700	1	
2	その他のもの	16,510	→ 16,510	2	
K139	脊椎骨切り術	52,460	→ 52,460	K139	

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		
K140	骨盤骨切り術	33,630	→ 33,630	K140	
K141	臼蓋形成手術	28,220	→ 28,220	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	36,400	→ 36,400	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	29,900	→ 29,900	2	
3	後方椎体固定	37,420	→ 37,420	3	
4	前方後方同時固定	75,000	→ 66,590	4	
K142-2	椎弓切除	12,100	→ 12,100	5	
6	椎弓形成	21,700	→ 21,700	6	
	脊椎側彎症手術			K142-2	
1	固定術	48,650	→ 48,650	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	
K143	仙腸関節固定術	29,190	→ 29,190	K143	
K144	体外式脊椎固定術	27,510	→ 25,800	K144	
<b>第3款 神経系・頭蓋</b>					
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。					
<b>(頭蓋、脳)</b>					
K145	穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146	頭蓋開溝術	14,430	→ 14,430	K146	
K147	穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148	試験開頭術	15,850	→ 15,850	K148	

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		
K149	減圧開頭術			K149	
1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210	→ 28,210	1	
2	その他の場合	24,000	→ 24,000	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	49,520	→ 49,520	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	45,970	→ 45,970	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
1	片側の場合	59,180	→ 52,300	1	
2	両側の場合	78,750	→ 78,750	2	
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630	→ 131,630	K154-2	
	定位脳腫瘍生検術	—	→ 18,220	K154-3	【新設】
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	13,620	→ 13,620	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	32,280	→ 32,280	K157	
K158	視神経管開放術	35,150	→ 35,150	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	
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	31,270	→ 31,270	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→ 10,460	K163	
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)			K164	
1	硬膜外のもの	36,970	→ 36,970	1	
2	硬膜下のもの	37,620	→ 33,790	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		
K164-2 K164-3 K164-4	3	脳内のもの	47,020	→ 47,020	3	
		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
		脳血管塞栓(血栓)摘出術	37,560	→ 37,560	K164-3	
		定位的脳内血腫除去術	20,620	→ 18,220	K164-4	
		内視鏡下脳内血腫除去術	—	→ 33,820	K164-5	【新設】
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	35,150	→ 35,150	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	
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		内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	108,470	→ 108,470	K171-2	
K172		脳動静脈奇形摘出術	149,830	→ 149,830	K172	
K173		脳・脳膜脱手術	31,270	→ 31,270	K173	
K174		水頭症手術			K174	
	1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	38,840	→ 38,840	1	
	2	シャント手術	24,310	→ 24,310	2	
K174-2		髄液シャント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	
K175		脳動脈瘤被包術			K175	
	1	1箇所	71,320	→ 71,320	1	
	2	2箇所以上	94,040	→ 94,040	2	
K176		脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)			K176	
	1	1箇所	82,730	→ 82,730	1	
	2	2箇所以上	108,200	→ 108,200	2	
K177		脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	

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	1箇所	114,070	→ 114,070	1	
	2	2箇所以上	128,400	→ 128,400	2	
K178		脳血管内手術			K178	
	1	1箇所	63,270	→ 63,270	1	
	2	2箇所以上	81,800	→ 81,800	2	
	3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850	→ 79,850	3	
K178-2		経皮的脳血管形成術	33,150	→ 33,150	K178-2	
K178-3		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術			K178-3	
	1	頭蓋内脳血管の場合	30,230	→ 30,230	1	
	2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	18,760	→ 18,760	2	
		経皮的脳血栓回収術	—	→ 30,230	K178-4	【新設】
K179		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	→ 16,450	1	
	2	硬膜形成を伴うもの	23,660	→ 23,660	2	
	3	骨移動を伴うもの	40,950	→ 40,950	3	
K181		脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181	
	1	片側の場合	59,180	→ 59,180	1	
	2	両側の場合	71,350	→ 71,350	2	
K181-2		脳刺激装置交換術	15,690	→ 14,270	K181-2	
K181-3		頭蓋内電極抜去術	12,880	→ 12,880	K181-3	
K181-4		迷走神経刺激装置植込術	22,140	→ 22,140	K181-4	
K181-5		迷走神経刺激装置交換術	4,000	→ 4,000	K181-5	
(脊髄、末梢神経、交感神経)						
K182		神経縫合術			K182	
	1	指(手、足)	12,640	→ 12,640	1	
	2	その他のもの	24,510	→ 24,510	2	
K182-2		神経交差縫合術			K182-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	1	指(手、足)	36,320	→ 36,320	1	
	2	その他のもの	46,180	→ 46,180	2	
		神経再生誘導術	—	→ 12,640	K182-3	【新設】
K183		脊髄硬膜切開術	23,490	→ 23,490	K183	
		空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	—	→ 23,490	K183-2	【新設】
K184		減圧脊髄切開術	24,510	→ 24,510	K184	
K185		脊髄切截術	35,150	→ 35,150	K185	
K186		脊髄硬膜内神経切断術	35,150	→ 35,150	K186	
K187		脊髄視床路切截術	36,840	→ 36,840	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	
K189		脊髄ドレナージ術	340	→ 340	K189	
K190		脊髄刺激装置植込術	40,280	→ 40,280	K190	
K190-2		脊髄刺激装置交換術	13,610	→ 13,610	K190-2	
K190-3		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	33,750	→ 33,750	K190-3	
K190-4		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	5,070	→ 5,070	K190-4	
K190-5		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	→ 650	K190-5	
		仙骨神経刺激装置植込術	—	→ 40,280	K190-6	【新設】
		仙骨神経刺激装置交換術	—	→ 13,610	K190-7	【新設】
K191		脊髄腫瘍摘出術			K191	
	1	髄外のもの	59,500	→ 59,500	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	
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	



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	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	
	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	
K194-2	1 後頭神経	4,410	→ 4,410	1	
	2 上眼窩神経	4,410	→ 4,410	2	
	3 眼窩下神経	4,410	→ 4,410	3	
	4 おとがい神経	4,410	→ 4,410	4	
	5 下顎神経	7,750	→ 7,750	5	
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195	交感神経切除術			K195	
K195-2	1 頸動脈周囲	7,930	→ 7,930	1	
	2 股動脈周囲	7,750	→ 7,750	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	23,660	→ 23,660	1	
	2 胸部	16,340	→ 16,340	2	
	3 腰部	16,240	→ 16,240	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→ 18,500	K196-2	
K196-3	ストップフェル手術	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	

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		
K197	神経移行術	23,660	→ 23,660	K197	
K198	神経移植術	23,520	→ 23,520	K198	
<b>第4款 眼</b>					
<b>(涙道)</b>					
K199	涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→ 630	K200-2	
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	
<b>(眼瞼)</b>					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
K209-2	外眥切開術	470	→ 470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	K211	
K212	兔眼矯正術	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)	1,580	→ 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	

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		
K217	眼瞼内反症手術			K217	
1	縫合法	1,660	→ 1,660	1	
2	皮膚切開法	2,160	→ 2,160	2	
K218	眼瞼外反症手術	3,670	→ 3,670	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
1	眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
2	筋膜移植法	18,530	→ 18,530	2	
3	その他のもの	6,070	→ 6,070	3	
<b>(結膜)</b>					
K220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
1	少数のもの(1眼瞼ごと)	260	→ 260	1	
2	多数のもの	390	→ 390	2	
K222	結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
1	部分形成	2,460	→ 2,250	1	
2	皮膚及び結膜の形成	13,610	→ 13,610	2	
3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730	→ 16,730	3	
K223-2	内眦形成術	16,730	→ 16,730	K223-2	
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130	→ 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	6,890	→ 6,290	K225-2	
K225-3	結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
<b>(眼窩、涙腺)</b>					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K226	
K227	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940	→ 14,940	K227	
K228	眼窩骨折整復術	26,520	→ 26,520	K228	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	9,580	→ 8,240	K229	

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		
K230	眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
1	視神経周囲、眼窩尖端	24,960	→ 24,960	1	
2	その他	13,310	→ 13,310	2	
K231 及び K232	削除			K231 及び K232	
K233	眼窩内容除去術	16,980	→ 16,980	K233	
K234	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	7,640	→ 6,770	K234	
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	45,230	→ 45,230	K235	
K236	眼窩悪性腫瘍手術	51,940	→ 51,940	K236	
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 17,700	K237	
<b>(眼球、眼筋)</b>					
K238	削除			K238	
K239	眼球内容除去術	5,110	→ 5,110	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
1	前転法	4,280	→ 4,280	1	
2	後転法	4,200	→ 4,200	2	
3	前転法及び後転法の併施	10,970	→ 10,970	3	
4	斜筋手術	11,170	→ 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	→ 6,680	K243	
K244	眼筋移動術	21,750	→ 19,330	K244	
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→ 7,330	K245	
<b>(角膜、強膜)</b>					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	

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		
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	980	→ 950	K248-2	
K249	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K249	
K250	角膜切開術	990	→ 990	K250	
K251	削除			K251	
K252	角膜・強膜異物除去術	650	→ 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	→ 10,010	K255	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920	→ 6,920	K257	
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
K260	強膜移植術	18,810	→ 18,810	K260	
	羊膜移植術	—	→ 6,750	K260-2	【新設】
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	14,600	→ 14,600	K265	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26,780	→ 26,780	K266	
K267	削除			K267	
K268	緑内障手術			K268	
1	虹彩切除術	4,740	→ 4,740	1	
2	流出路再建術	21,300	→ 19,020	2	
3	濾過手術	25,930	→ 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)	35,480	→ 34,480	4	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	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	5	【項目の見直し】
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 6,620	K270	
K271	毛様体光凝固術	4,670	→ 4,670	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
<b>(眼房、網膜)</b>					
K274	前房、虹彩内異物除去術	10,230	→ 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)	11,200	→ 10,020	1	
	2 その他特殊なもの(一連につき)	18,100	→ 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	
<b>(水晶体、硝子体)</b>					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279	硝子体切除術	16,500	→ 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	39,970	→ 38,950	1	
	2 その他のもの	30,750	→ 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	
	網膜再建術	—	→ 69,880	K281-2	【新設】
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	→ 17,440	イ	
	ロ その他のもの	12,100	→ 12,100	ロ	
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	3	計画的後嚢切開を伴う場合	18,150	→ 18,150	3	
K282-2		後発白内障手術	1,520	→ 1,380	K282-2	
K283		削除			K283	
K284		硝子体置換術	6,890	→ 6,890	K284	
<b>第5款 耳鼻咽喉</b>						
<b>(外耳)</b>						
K285		耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286		外耳道異物除去術			K286	
	1	単純なもの	220	→ 220	1	
	2	複雑なもの	790	→ 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	7,670	→ 7,670	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	5,320	→ 4,730	K291	
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,530	→ 6,330	K292	
K293		耳介悪性腫瘍手術	16,390	→ 16,390	K293	
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	30,420	→ 30,420	K294	
K295		耳後瘻孔閉鎖術	3,340	→ 3,340	K295	
K296		耳介形成手術			K296	
	1	耳介軟骨形成を要するもの	14,570	→ 14,570	1	
	2	耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	→ 8,910	2	
K297		外耳道形成手術	15,550	→ 15,550	K297	
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術	29,410	→ 29,410	K298	
K299		小耳症手術			K299	
	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	→ 12,290	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(中耳)</b>					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	6,070	→ 6,070	K301	
K302	上鼓室開放術	8,620	→ 8,620	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	17,910	→ 17,910	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	8,850	→ 8,850	K304	
K305	乳突削開術	17,750	→ 17,750	K305	
K306	錐体部手術	33,120	→ 33,120	K306	
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,420	→ 1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→ 1,420	K308-2	
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	K309	
K310	乳突充填術	6,230	→ 6,230	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につぎ)	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	33,970	→ 33,970	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1 切除	35,490	→ 35,490	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	22,480	→ 22,480	K316	
K317	中耳根治手術	30,760	→ 30,760	K317	
K318	鼓膜形成手術	18,100	→ 18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	42,770	→ 42,770	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140	→ 32,140	K320	
<b>(内耳)</b>					
K321	内耳開窓術	31,970	→ 31,970	K321	
K322	経迷路的内耳道開放術	64,930	→ 64,930	K322	



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		
K323	内リンパ嚢開放術	28,210	→ 28,210	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
1	部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	24,510	→ 24,510	1	
2	全摘出	38,890	→ 38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	24,600	→ 23,250	K327	
K328	人工内耳植込術	40,810	→ 40,810	K328	
	植込型骨導補聴器移植術	—	→ 8,850	K328-2	【新設】
	植込型骨導補聴器交換術	—	→ 1,840	K328-3	【新設】
<b>(鼻)</b>					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	→ 900	K331-2	
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	19,100	→ 19,100	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,740	→ 2,740	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	→ 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	→ 4,150	K337	
K338	鼻甲介切除術			K338	

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	高周波電気凝固法によるもの	900	→ 900	1	
	2	その他のもの	1,520	→ 1,820	2	
K338-2		削除			K338-2	
K339		粘膜下鼻甲骨切除術	2,590	→ 2,960	K339	
K340		鼻茸摘出術	2,180	→ 1,090	K340	
K340-2		出血性鼻茸摘出術	6,860	→ 6,860	K340-2	
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型(副鼻腔自然口開窓術)	—	→ 3,600	K340-3	【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	—	→ 10,000	K340-4	【新設】
		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	K340-5	【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	—	→ 31,990	K340-6	【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術)	—	→ 40,000	K340-7	【新設】
K341		上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→ 1,510	K341	
K342		鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	→ 14,110	K342	
K343		鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
	1	切除	20,870	→ 20,870	1	
	2	全摘	42,470	→ 42,470	2	
K344		経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	→ 26,530	K344	
K345		萎縮性鼻炎手術(両側)	18,250	→ 18,250	K345	
K346		後鼻孔閉鎖症手術			K346	
	1	単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	→ 3,640	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	→ 6,860	K347	
K347-2		変形外鼻手術	16,390	→ 16,390	K347-2	
<b>(副鼻腔)</b>						
K348		削除			K348	
K349		上顎洞開窓術	2,600	→ 1,300	K349	
K350		前頭洞充填術	11,000	→ 11,000	K350	
K351		上顎洞血瘤腫手術	13,520	→ 13,520	K351	

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		
K352	上顎洞根治手術	6,660	→ 6,660	K352	
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	6,660	→ 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	8,330	→ 4,170	K353	
K354	篩骨洞根治手術	15,560	→ 7,780	K354	
K355	鼻内前頭洞根治手術	9,660	→ 4,830	K355	
K356	前頭洞根治手術	16,290	→ -	K356	【項目の削除】
	鼻外前頭洞手術	-	→ 16,290	K356-2	【新設】
K357	鼻内蝶形洞根治手術	6,380	→ 3,190	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	18,850	→ 9,430	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	18,810	→ 9,410	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	18,810	→ 9,410	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	21,060	→ 10,530	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	23,520	→ 11,760	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	26,030	→ 26,030	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	26,870	→ 13,440	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	28,990	→ 14,500	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210	→ 28,210	K365	
K366	削除			K366	
<b>(咽頭、扁桃)</b>					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830	→ 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	→ 4,460	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		
K371-2	2	経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060	K371-2	
	3	経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270		
	4	外切開によるもの	15,080	→ 15,080		
	1	上咽頭ポリープ摘出術				
K372	1	経口腔によるもの	4,460	→ 4,460	K372	
	2	経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060		
	3	経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270		
	4	外切開によるもの	15,080	→ 15,080		
K373	1	中咽頭腫瘍摘出術			K373	
	2	下咽頭腫瘍摘出術				
K374	1	経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	K374	
	2	外切開によるもの	14,430	→ 14,430		
K375	1	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970	→ 28,970	K375	
	2	鼻咽腔線維腫手術				
K375-2	1	切除	8,030	→ 8,030	K375-2	
	2	摘出	31,430	→ 31,430		
K376		鼻咽腔閉鎖術	21,630	→ 21,630	K376	
K377		上咽頭悪性腫瘍手術	28,210	→ 28,210	K377	
K378	1	口蓋扁桃手術			K378	
	2	切除	1,430	→ 1,430		
K379	1	摘出	3,600	→ 3,600	K379	
	2	舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230		
K379-2	1	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379-2	
	2	経頸部によるもの	26,000	→ 26,000		
		経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	48,000	→ 48,000		
		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術				

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		
K380	1	経頸部によるもの	39,000	→ 39,000	1	
	2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	75,000	→ 75,000	2	
		過長茎状突起切除術	5,880	→ 5,880	K380	
		上咽頭形成手術	10,110	→ 10,110	K381	
		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	
<b>(喉頭、気管)</b>						
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	→ 4,000	K384-2	
K385		喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386		気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387		喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	K387	
K388		喉頭粘膜下異物挿入術	3,890	→ 3,630	K388	
K388-2		喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 11,410	K388-2	
K389		喉頭・声帯ポリープ切除術			K389	
	1	間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	1	
	2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	2	
K390		喉頭異物摘出術			K390	
	1	直達鏡によらないもの	2,920	→ 2,920	1	
	2	直達鏡によるもの	5,250	→ 5,250	2	
K391		気管異物除去術			K391	
	1	直達鏡によるもの	5,320	→ 5,320	1	
	2	開胸手術によるもの	37,690	→ 37,690	2	
K392		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	
	1	間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	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		
K394	2	直達鏡によるもの 喉頭悪性腫瘍手術	4,310	→ 4,310	2	
	1	切除	41,710	→ 38,800	1	
K395	2	全摘 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。)	52,220	→ 52,220	2	
	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	21,290	→ 21,290	1	
	2	前壁形成手術	20,450	→ 20,450	2	
	3	Tチューブ挿入術	11,700	→ 11,700	3	
K400		気管狭窄症手術	32,620	→ 32,620	K399	
		喉頭形成手術			K400	
	1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	21,130	→ 18,750	1	
K401	2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術 気管口狭窄拡大術	28,510	→ 28,510	2	
	K402	縦隔気管口形成手術	2,690	→ 2,690	K401	
K403		気管形成手術(管状気管、気管移植等)	76,040	→ 76,040	K402	
K403-2	1	頸部からのもの	43,430	→ 43,430	K403	
	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの 嚥下機能手術	76,040	→ 76,040	2	
	1	輪状咽頭筋切断術			K403-2	
	2	喉頭挙上術	18,810	→ 18,810	1	
	3	喉頭気管分離術	18,370	→ 18,370	2	
	4	喉頭全摘術	28,210	→ 28,210	3	
			28,210	→ 28,210	4	
<b>第6款 顔面・口腔・頸部</b>						
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)						

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		
K404	抜歯手術(1歯につき)			K404	
1	乳歯	130	→ 130	1	
2	前歯	150	→ 150	2	
3	臼歯	260	→ 260	3	
4	難抜歯	470	→ 470	4	
5	埋伏歯	1,050	→ 1,050	5	
K405	削除			K405	
K406	口蓋腫瘍摘出術			K406	
1	口蓋粘膜に限局するもの	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	→ 14,520	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	29,040	→ 29,040	ロ	
K407-2	軟口蓋形成手術	9,700	→ 9,700	K407-2	
(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	→ 6,800	K409	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	24,050	→ 24,050	K410	
K411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,460	K411	
K412	頬粘膜悪性腫瘍手術	22,490	→ 22,490	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	3,140	→ 2,940	2	
K414	舌根甲状腺腫摘出術	8,520	→ 8,520	K414	
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,520	→ 8,520	K414-2	

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		
K415	舌悪性腫瘍手術			K415	
1	切除	18,810	→ 18,810	1	
2	亜全摘	64,160	→ 64,160	2	
K416 及び K417	削除			K416 及び K417	
K418	舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	→ 7,590	K418	
K418-2	舌繫癍痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	
K419	頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→ 560	K419	
K420	削除			K420	
<b>(顔面)</b>					
K421	口唇腫瘍摘出術			K421	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
2	その他のもの	3,370	→ 3,050	2	
K422	口唇悪性腫瘍手術	28,210	→ 28,210	K422	
K423	頬腫瘍摘出術			K423	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
2	その他のもの	4,380	→ 4,380	2	
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 17,900	K424	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100	→ 89,100	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	22,140	→ 22,140	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	33,290	→ 33,290	3	
<b>(顔面骨、顎関節)</b>					
K427	頬骨骨折観血的整復術	15,090	→ 15,090	K427	



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		
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	35,100	→ 35,100	K427-2	
K428	下顎骨折非観血の整復術	1,240	→ 1,240	K428	
K429	下顎骨折観血の手術			K429	
	1 片側	13,000	→ 13,000	1	
	2 両側	24,840	→ 24,840	2	
K429-2	下顎関節突起骨折観血の手術			K429-2	
	1 片側	28,210	→ 28,210	1	
	2 両側	47,020	→ 47,020	2	
K430	顎関節脱臼非観血の整復術	410	→ 410	K430	
K431	顎関節脱臼観血の手術	23,830	→ 23,830	K431	
K432	上顎骨折非観血の整復術	1,570	→ 1,570	K432	
K433	上顎骨折観血の手術	15,220	→ 15,220	K433	
K434	顔面多発骨折観血の手術	34,520	→ 34,520	K434	
K434-2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	41,420	→ 41,420	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	
	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	→ 11,160	2	
K437	下顎骨部分切除術	14,940	→ 14,940	K437	
K438	下顎骨離断術	23,600	→ 23,600	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1 切除	32,550	→ 32,550	1	
	2 切断	43,410	→ 43,410	2	
K440	上顎骨切除術	15,310	→ 15,310	K440	
K441	上顎骨全摘術	33,120	→ 33,120	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
	1 搔爬	7,640	→ 7,640	1	
	2 切除	28,210	→ 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		
K443	3	全摘	56,130	→ 56,130	3	
		上顎骨形成術			K443	
	1	単純な場合	21,130	→ 21,130	1	
	2	複雑な場合及び2次的再建の場合	41,370	→ 41,370	2	
K444	3	骨移動を伴う場合	72,900	→ 72,900	3	
		下顎骨形成術			K444	
	1	おとがい形成の場合	6,490	→ 6,490	1	
	2	短縮又は伸長の場合	22,310	→ 22,310	2	
	2については、両側を同時に行った場合	3,000	→ 3,000			
	3	再建の場合	36,080	→ 36,080	3	
K444-2	4	骨移動を伴う場合	54,210	→ 54,210	4	
		下顎骨延長術			K444-2	
	1	片側	22,310	→ 22,310	1	
	2	両側	33,460	→ 33,460	2	
K445		顎関節形成術	40,870	→ 40,870	K445	
K446		顎関節授動術			K446	
	1	徒手的授動術(パンピングを併用した場合)	990	→ 990	1	
	2	顎関節鏡下授動術	7,310	→ 7,310	2	
	3	開放授動術	22,820	→ 22,820	3	
K447		顎関節円板整位術			K447	
	1	顎関節鏡下円板整位術	18,810	→ 18,810	1	
	2	開放円板整位術	27,300	→ 27,300	2	
<b>(唾液腺)</b>						
K448		がま腫切開術	820	→ 820	K448	
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	K449	
K450		唾石摘出術(一連につき)			K450	【名称の見直し】
	1	表在性のもの	640	→ 640	1	
	2	深在性のもの	3,770	→ 3,770	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	3	腺体内に存在するもの	7,200	→ 6,550	3	
K451		がま腫摘出術	5,950	→ 5,950	K451	
K452		舌下腺腫瘍摘出術	5,990	→ 5,990	K452	
K453		顎下腺腫瘍摘出術	9,480	→ 9,480	K453	
K454		顎下腺摘出術	9,670	→ 9,670	K454	
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	28,210	→ 28,210	K455	
K456		削除			K456	
K457		耳下腺腫瘍摘出術			K457	
	1	耳下腺浅葉摘出術	27,210	→ 27,210	1	
	2	耳下腺深葉摘出術	31,100	→ 31,100	2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
	1	切除	28,210	→ 28,210	1	
	2	全摘	37,620	→ 37,620	2	
K459		唾液腺管形成手術	11,360	→ 11,360	K459	
K460		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	11,360	→ 11,360	1	
	2	結膜嚢内へのもの	14,070	→ 14,070	2	
<b>(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))</b>						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
	1	片葉のみの場合	8,480	→ 8,480	1	
	2	両葉の場合	10,760	→ 10,760	2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	20,800	→ 20,800	K462	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	24,180	→ 24,180	1	
	2	全摘及び亜全摘	30,810	→ 30,810	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	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	33,790	→ 33,790	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		
K465	副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	39,000	→ 39,000	K465	
<b>(その他の頸部)</b>					
K466	斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467	頸瘻、頸嚢摘出術	11,430	→ 11,430	K467	
K468	頸肋切除術	10,580	→ 10,580	K468	
K469	頸部郭清術			K469	
	1 片側	20,960	→ 20,960	1	
	2 両側	28,900	→ 28,900	2	
K470	頸部悪性腫瘍手術	35,830	→ 35,830	K470	
K471	筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
<b>第7款 胸部</b>					
<b>(乳腺)</b>					
K472	乳腺膿瘍切開術	820	→ 820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
	1 長径5センチメートル未満	2,660	→ 2,660	1	
	2 長径5センチメートル以上	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)	6,300	→ 6,240	K474-3	
K475	乳房切除術	6,040	→ 6,040	K475	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→ 6,040	K475-2	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			K476	
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	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	

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	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	
		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	【名称の見直し】
	1	一次的に行うもの	42,710	→ 42,710	1	【名称の見直し】
	2	二次的に行うもの	53,560	→ 53,560	2	【名称の見直し】
		ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	—	→ 25,000	K476-4	【新設】
<b>(胸壁)</b>						
K477		胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	K477	
K478		肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	7,460	→ 7,460	K478	
K479		削除			K479	
K480		胸壁冷膿瘍手術	7,670	→ 7,670	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	7,830	→ 7,830	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	→ 4,300	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	47,860	→ 47,860	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	
	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	33,970	→ 33,970	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	胸腔鏡によるもの	39,260	→ 39,260	3	
<b>(胸腔、胸膜)</b>					
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	13,500	→ 13,500	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、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	胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	51,850	→ 51,850	K496-2	
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	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	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	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	49,650	→ 49,650	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	→ 15,830	K499	
K500	削除			K500	
K501	乳糜胸手術	12,530	→ 12,530	K501	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→ 12,530	K501-2	
K501-3	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230	→ 15,230	K501-3	

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		
<b>(縦隔)</b>					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	→ 37,000	K502	
K502-2	縦隔切開術			K502-2	
	1 頸部からのもの	6,390	→ 6,390	1	【項目の見直し】
	2 肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	17,580	→ -		【項目の削除】
	3 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	26,750	→ 26,750	K502-3	
	拡大胸腺摘出術	-	→ 31,710	K502-4	【新設】
	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	-	→ 58,950	K502-5	【新設】
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	→ 37,000	1	
	2 広汎摘出	56,020	→ 56,020	2	
	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	-	→ 58,950	K504-2	【新設】
<b>(気管支、肺)</b>					
K505 及び K506	削除			K505 及び K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	28,210	→ 28,210	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	→ 9,360	1	
	2 軟性鏡によるもの	8,960	→ 8,960	2	
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	
K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術	10,000	→ 10,000	K509-3	
	気管支瘻孔閉鎖術	-	→ 4,560	K509-4	【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		
K510	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→ 6,700	K510	
K510-2	光線力学療法			K510-2	
1	早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→ 8,710	1	
2	その他のもの	8,710	→ 8,710	2	
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8,710	→ 8,710	K510-3	
K511	肺切除術			K511	
1	楔状部分切除	23,520	→ 23,520	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	58,950	→ 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	
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	



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		
	胸膜肺全摘	—	→ 92,000	9	【項目の追加】
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
	1 部分切除	66,500	→ 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	119,000	→ 119,000	K514-4	
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	52,680	→ 52,680	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	100,980	→ 100,980	K514-6	
K515	肺剥皮術	29,640	→ 29,640	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	59,170	→ 59,170	K516	
K517	肺縫縮術	23,520	→ 23,520	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	
<b>(食道)</b>					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
	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	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
	1 開胸手術	26,030	→ 26,030	1	
	2 胸骨切開によるもの	16,900	→ 16,900	2	
	3 その他のもの(頸部手術を含む。)	6,600	→ 6,600	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
	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	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K522-2 K522-3	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480	3 K522-2 K522-3	
		食道ステント留置術	6,300	→ 6,300		
		食道空置バイパス作成術	54,020	→ 54,020		
K523		食道異物摘出術			K523	
K524	1	頸部手術によるもの	25,350	→ 25,350	1 2 3 K524	
	2	開胸手術によるもの	28,210	→ 28,210		
	3	開腹手術によるもの	27,720	→ 27,720		
		食道憩室切除術				
K524-2 K525	1	頸部手術によるもの	22,480	→ 22,480	1 2 K524-2	
	2	開胸によるもの	31,430	→ 31,430		
		胸腔鏡下食道憩室切除術	34,130	→ 34,130		
K525-2	K525	食道切除再建術			K525	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	1 2 3 K525-2	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690		
	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420		
		胸壁外皮膚管形成吻合術				
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040		
2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690			
K525-2	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420	3 4	
	4	バイパスのみ作成する場合	45,230	→ 45,230		
		非開胸食道抜去術(消化管再建手術を併施するもの)	—	→ 69,690		
K526		食道腫瘍摘出術			K526	
K526-2	1	内視鏡によるもの	8,480	→ 8,480	1 2 3 K526-2	
	2	開胸又は開腹手術によるもの	34,140	→ 34,140		
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250	→ 50,250		
		内視鏡的食道粘膜切除術				
	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840	→ 8,840		
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100	→ 22,100	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		
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	→ 11,490	K526-3	
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
1	頸部食道の場合	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	
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	【項目の見直し】
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	
	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術			K529-2	【新設】
	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	—	→ 125,240	1	
	胸部、腹部の操作によるもの	—	→ 104,190	2	
K530	食道アカラシア形成手術	32,710	→ 32,710	K530	
K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500	→ 44,500	K530-2	
K531	食道切除後2次的再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	43,920	→ 43,920	1	
2	消化管利用によるもの	54,960	→ 54,960	2	
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	34,240	→ 34,240	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)	38,340	→ 38,340	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	→ 27,890	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		
K534-2	2	経胸及び経腹 横隔膜レラクサチオ手術	37,620	→ 37,620	K534-2	
	1	経胸又は経腹	27,890	→ 27,890		
K534-3	2	経胸及び経腹 胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	37,620	→ 37,620	K534-3	
	K535	胸腹裂孔ヘルニア手術	31,990	→ 31,990		
K536	1	経胸又は経腹	26,870	→ 26,870	K536	
	2	経胸及び経腹 後胸骨ヘルニア手術	35,490	→ 35,490		
K537		食道裂孔ヘルニア手術	27,380	→ 27,380	K537	
K537-2	1	経胸又は経腹	27,380	→ 27,380	K537-2	
	2	経胸及び経腹 腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	34,810	→ 34,810		
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	→ 16,060	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

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		
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	22,000	→ -	K546	【項目の見直し】
	急性心筋梗塞に対するもの	-	→ 32,000	1	
	不安定狭心症に対するもの	-	→ 22,000	2	
	その他のもの	-	→ 19,300	3	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→ 23,950	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	→ 24,500	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	→ 24,500	2	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	24,380	→ -	K549	【項目の見直し】
	急性心筋梗塞に対するもの	-	→ 34,380	1	
	不安定狭心症に対するもの	-	→ 24,380	2	
	その他のもの	-	→ 21,680	3	
K550	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→ 17,410	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	
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	
	自家血管の採取料	1,680	→ 1,680		
	自家血管の採取料(小児)	1,850	→ 1,850		
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	

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		
K553-2	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	80,060	→ 80,060	K553-2	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200	→ 100,200		
	1	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術 単独のもの	114,300	→ 114,300		
K554	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	147,890	→ 147,890	K554	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180	→ 167,180		
	1	弁形成術				
K555	1	1弁のもの	79,860	→ 79,860	K555	
	2	2弁のもの	93,170	→ 93,170		
	3	3弁のもの	106,480	→ 106,480		
	1	弁置換術				
	2	1弁のもの	85,500	→ 85,500		
	3	2弁のもの	100,200	→ 100,200		
	3	3弁のもの	114,510	→ 114,510		
		経皮的動脈弁置換術	—	→ 37,430	K555-2	【新設】
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	129,380	→ 129,380	K557-3	
K557-4		ダムス・ケー・スタンセル(DKS)吻合を伴う大動脈狭窄症手術	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	
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	

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				
	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		
	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		
	K561	ステントグラフト内挿術			K561		
	1	胸部大動脈	56,560	→ 56,560	1		
2	腹部大動脈	49,440	→ 49,440	2			
3	腸骨動脈	43,830	→ 43,830	3			
K562	動脈管開存症手術			K562			
1	経皮的動脈管開存閉鎖術	16,510	→ 16,510	1			
2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2			
	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	—	→ 27,400	K562-2	【新設】		
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			
K565	巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	71,550	→ 71,550	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			

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		
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)	90,120	→ 90,120	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)	32,500	→ 32,500	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	31,280	→ 31,280	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	109,310	→ -	2	【項目の見直し】
	心臓型	-	→ 109,310	イ	
	その他のもの	-	→ 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)	11,660	→ 11,660	1	
2	心房中隔欠損作成術	33,540	→ 33,540	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	
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	



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		
K577	4	右室流出路形成を伴うもの バルサルバ洞動脈瘤手術	71,570	→ 71,570	K577	
	1	単独のもの	71,570	→ 71,570		
K578	2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの 右室二腔症手術	85,880	→ 85,880	K578	
	K579	不完全型房室中隔欠損症手術	80,490	→ 80,490		
K579-2	1	心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	60,330	→ 60,330	K579-2	
	2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの 完全型房室中隔欠損症手術	66,060	→ 66,060		
K580	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	K580	
	2	ファロー四徴症手術を伴うもの ファロー四徴症手術	192,920	→ 192,920		
K581	1	右室流出路形成術を伴うもの 末梢肺動脈形成術を伴うもの	71,000	→ 71,000	K581	
	2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060	→ 94,060		
K582		肺動脈閉鎖症手術			K582	
	1	単独のもの	100,200	→ 100,200		
	2	ラステリ手術を伴うもの	173,620	→ 173,620		
K583	3	巨大側副血管術を伴うもの	231,500	→ 231,500	K583	
	1	両大血管右室起始症手術 単独のもの	85,880	→ 85,880		
	2	右室流出路形成を伴うもの	128,820	→ 128,820		
K584	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・ベング奇形手術)	192,920	→ 192,920	K584	
	1	大血管転位症手術 心房内血流転換手術(マスタード・セニング手術)	114,510	→ 114,510		
	2	大血管血流転換術(ジャテーン手術)	144,690	→ 144,690		
	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620	→ 173,620		
K584	4	ラステリ手術を伴うもの 修正大血管転位症手術	154,330	→ 154,330	K584	

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	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	
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	
	2	その他のもの	34,370	→ 34,370	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キシング術	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	7,820	→ 9,520	2	
K597-2		ペースメーカー交換術	4,000	→ 4,000	K597-2	

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		
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	31,510	→ 31,510	K599	
K599-2	植込型除細動器交換術	6,000	→ 6,000	K599-2	
K599-3	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000	→ 32,000	K599-3	
K599-4	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	6,000	→ 6,000	K599-4	
K599-5	経静脈電極抜去術(レーザーシースを用いるもの)	28,600	→ 28,600	K599-5	
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	24,500	→ 24,500	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		
	初日に選択的脳灌流を併せて行った場合	7,000	→ 7,000		
2	2日目以降	3,000	→ 3,000	2	
K602	経皮的心肺補助法(1日につき)			K602	
1	初日	11,100	→ 11,100	1	
2	2日目以降	3,120	→ 3,120	2	
K603	補助人工心臓(1日につき)			K603	
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	植込型補助人工心臓(拍動流型)			K604	
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)	4,000	→ 4,000	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		
K604-2	4	91日目以降(1月につき)	6,000	→ 6,000	4	
		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	
	4	91日目以降(1日につき)	1,500	→ 1,500	4	
K605		移植用心採取術	62,720	→ 62,720	K605	
K605-2		同種心移植術	192,920	→ 192,920	K605-2	
K605-3		移植用心肺採取術	100,040	→ 100,040	K605-3	
K605-4		同種心肺移植術	286,010	→ 286,010	K605-4	
<b>(動脈)</b>						
K606		血管露出術	530	→ 530	K606	
K607		血管結紮術			K607	
	1	開胸又は開腹を伴うもの	10,550	→ 10,550	1	
	2	その他のもの	3,130	→ 3,130	2	
K607-2		血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3		上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608		動脈塞栓除去術			K608	
	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	25,860	→ 25,860	3	
K609-2		経皮的頸動脈ステント留置術	38,930	→ 34,740	K609-2	
K610		動脈形成術、吻合術			K610	

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 頭蓋内動脈	70,980	→ 81,720	1	
	2 胸腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→ 47,790	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	→ 15,340	4	
	5 その他の動脈	18,080	→ 18,080	5	
K610-2	脳新生血管造成術	52,550	→ 52,550	K610-2	
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	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	
	1 開腹して設置した場合	17,940	→ 17,940	1	
	2 四肢に設置した場合	16,250	→ 16,250	2	
	3 頭頸部その他に設置した場合	16,640	→ 16,640	3	
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760	→ 7,760	K612	
K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	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 その他の動脈	30,290	→ 30,290	6	
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)			K615	【名称の見直し】
	1 止血術	19,260	→ 19,260	1	
	選択的動脈化学塞栓術	—	→ 18,220	2	【項目の追加】
	2 その他のもの	16,930	→ 16,930	3	
K615-2	経皮的動脈遮断術	1,390	→ 1,390	K615-2	
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	20,540	→ 20,540	K616	

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		
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	
<b>(静脈)</b>						
K617		下肢静脈瘤手術			K617	
	1	抜去切除術	10,200	→ 10,200	1	
	2	硬化療法(一連として)	1,720	→ 1,720	2	
	3	高位結紮術	3,130	→ 3,130	3	
K617-2		大伏在静脈抜去術	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	
		内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	—	→ 10,200	K617-5	【新設】
K618		中心静脈注射用植込型カテーテル設置			K618	【名称の見直し】
	1	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1	
	2	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	2	
K619		静脈血栓摘出術			K619	
	1	開腹を伴うもの	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	→ 6,190	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	指(手、足)の静脈	12,970	→ —		【項目の削除】
	4	その他の静脈	16,140	→ 16,140	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		
K623-2	脾腎静脈吻合術	21,220	→ 21,220	K623-2	
<b>(リンパ管、リンパ節)</b>					
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	→ 10,910	1	
	2 長径5センチメートル以上	16,390	→ 16,390	2	
K626	リンパ節摘出術			K626	
	1 長径3センチメートル未満	1,200	→ 1,200	1	
	2 長径3センチメートル以上	2,880	→ 2,880	2	
K626-2	リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	K626-2	
K627	リンパ節群郭清術			K627	
	1 顎下部又は舌下部(浅在性)	9,060	→ 9,060	1	
	2 頸部(深在性)	18,250	→ 18,250	2	
	3 鎖骨上窩及び下窩	12,050	→ 12,050	3	
	4 腋窩	17,750	→ 17,750	4	
	5 胸骨旁	18,250	→ 18,250	5	
	6 鼠径部及び股部	7,370	→ 7,370	6	
	7 後腹膜	37,620	→ 37,620	7	
	8 骨盤	24,360	→ 24,360	8	
K627-2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	28,460	→ 28,460	K627-2	
	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	—	→ 26,460	K627-3	【新設】
	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	—	→ 39,720	K627-4	【新設】
K628	リンパ管吻合術	34,450	→ 34,450	K628	
<b>第9款 腹部</b>					
<b>(腹壁、ヘルニア)</b>					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	

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		
K632	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	→ 8,390	2	
K633	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	
K633	2 形成手術を必要とする場合	11,210	→ 11,210	2	
	ヘルニア手術			K633	
K633-2	1 腹壁癒痕ヘルニア	8,450	→ 8,450	1	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→ 6,200	2	
K633-2	3 臍ヘルニア	4,200	→ 4,200	3	
	4 臍帯ヘルニア	18,810	→ 18,810	4	
K633-2	5 鼠径ヘルニア	6,000	→ 6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,860	→ 8,860	6	
K633-2	7 腰ヘルニア	8,590	→ 8,590	7	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	18,810	→ 18,810	8	
K633-2	9 内ヘルニア	18,810	→ 18,810	9	
	腹腔鏡下ヘルニア手術			K633-2	
K634	1 腹壁癒痕ヘルニア	13,770	→ 13,770	1	
	2 大腿ヘルニア	15,460	→ 15,460	2	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	22,960	→ 22,960	K634	
<b>(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)</b>					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	→ 3,470	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	→ 9,370	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	



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				
K637-2	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	
	4	その他のもの	8,330	→	8,330	4	
K638		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→	10,800	K637-2	
K639		骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→	3,290	K638	
K639-2		急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639	
K639-3		結核性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639-2	
K640		腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	16,460	→	16,460	K639-3	
K641	1	腸間膜損傷手術				K640	
	2	縫合、修復のみのもの	10,390	→	10,390	1	
K642	1	腸管切除を伴うもの	24,440	→	24,440	2	
	2	大網切除術	8,720	→	8,720	K641	
K642-2	1	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術				K642	
	2	腸切除を伴わないもの	11,910	→	11,910	1	
K643	1	腸切除を伴うもの	28,210	→	28,210	2	
	2	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	32,310	→	32,310	K642-2	
		腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	—	→	30,310	K642-3	【新設】
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	→	48,510	K643	
		腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	—	→	50,610	K643-2	【新設】
K644		臍腸管瘻手術				K644	
K645	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	
<b>(胃、十二指腸)</b>							
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	→	22,460	K647-2	

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		
K648	胃切開術	9,970	→ 9,970	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	
	腹腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	—	→ 15,900	K649-2	【新設】
K650	削除			K650	
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590	→ 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	→ 3,200	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	→ 11,530	K654-2	
K654-3	腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	→ —	K654-3	【項目の見直し】
	内視鏡処置を併施するもの	—	→ 26,500	1	
	その他のもの	—	→ 20,400	2	
K655	胃切除術			K655	
	1 単純切除術	28,210	→ 28,210	1	
	2 悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
	1 単純切除術	34,950	→ 34,950	1	
	2 悪性腫瘍手術	64,120	→ 64,120	2	
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		
	1	単純切除術	40,170	→ 40,170	1	
	2	悪性腫瘍切除術	71,630	→ 71,630	2	
		腹腔鏡下噴門側胃切除術			K655-5	【新設】
		単純切除術	—	→ 44,270	1	
		悪性腫瘍切除術	—	→ 75,730	2	
K656		胃縮小術	28,210	→ 28,210	K656	
		腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	—	→ 36,410	K656-2	【新設】
K657		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	
K657-2		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	
K658		削除			K658	
K659		食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K659	
	1	単独のもの	13,600	→ 13,600	1	
	2	ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	2	
	3	胃切除術を併施するもの	37,620	→ 37,620	3	
K659-2		腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	21,780	→ 21,780	K659-2	
K660		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	
K660-2		腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	→ 31,310	K660-2	
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	→ 13,600	K662	
K662-2		腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→ 17,700	K662-2	
K663		十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K663	

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		
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。)	10,070	→ 6,070	K664	【名称の見直し】
K664-2	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	14,610	→ 14,610	K664-2	
K665	胃瘻閉鎖術	12,040	→ 12,040	K665	
	胃瘻抜去術	—	→ 2,000	K665-2	【新設】
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	12,600	→ 15,440	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	→ 15,190	K667-3	
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	28,210	→ 28,210	K668	
<b>(胆嚢、胆道)</b>					
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	→ 28,210	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	24,440	→ 24,440	2	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	
	1 胆嚢摘出を含むもの	35,470	→ 35,470	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	33,610	→ 33,610	2	
K672	胆嚢摘出術	20,960	→ 20,960	K672	
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	36,400	→ 41,320	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	38,910	→ 38,910	1	
	2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	47,370	→ 47,370	2	
	3 肝切除(葉以上)を伴うもの	77,450	→ 77,450	3	
	4 臍頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→ 101,590	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		
K676	5 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの 削除	209,520	→ 209,520	5 K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	72,390	→ 72,390	K677	
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	→ 28,210	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	→ 12,300	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2	
K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800	→ 10,800	K682-3	
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)	21,320	→ 21,320	K682-4	
K683	削除			K683	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→ 60,000	K684	
K685	内視鏡的胆道結石除去術			K685	
	1 胆道碎石術を伴うもの	12,780	→ 11,920	1	
	2 その他のもの	8,320	→ 8,320	2	
K686	内視鏡的胆道拡張術	15,510	→ 13,820	K686	
K687	内視鏡的乳頭切開術			K687	
	1 乳頭括約筋切開のみのもの	12,220	→ 11,270	1	
	2 胆道碎石術を伴うもの	27,550	→ 24,550	2	
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→ 11,540	K688	
K689	経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→ 12,270	K689	
(肝)					

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		
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	→ 12,520	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	
K695	肝切除術			K695	
1	部分切除	36,340	→ 36,340	1	
2	亜区域切除	46,130	→ 46,130	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。)	49,750	→ 49,750	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	
K695-2	腹腔鏡下肝切除術			K695-2	
1	部分切除	50,600	→ 59,680	1	
2	外側区域切除	74,880	→ 74,880	2	
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	→ 28,210	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)	17,410	→ -	K697-2	【項目の見直し】
	腹腔鏡によるもの	-	→ 18,710	1	
	その他のもの	-	→ 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	

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	2センチメートル以内のもの 腹腔鏡によるもの その他のもの	15,000	→ -	1	【項目の見直し】		
		-	→ 16,300			イ	
		-	→ 15,000			ロ	
	2	2センチメートルを超えるもの 腹腔鏡によるもの その他のもの	21,960	→ -	2	【項目の見直し】	
			-	→ 23,260			イ
			-	→ 21,960			ロ
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	72,000	→ 72,000	K697-4			
K697-5	生体部分肝移植術	129,560	→ 145,610	K697-5			
K697-6	移植用肝採取術(死体)	86,700	→ 86,700	K697-6			
K697-7	同種死体肝移植術	193,060	→ 193,060	K697-7			
<b>(膵)</b>							
K698	急性膵炎手術			K698			
	1 感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→ 49,390	1			
	2 その他のもの	28,210	→ 28,210	2			
K699	膵結石手術			K699			
	1 膵切開によるもの	28,210	→ 28,210	1			
	2 経十二指腸乳頭によるもの	28,210	→ 28,210	2			
	体外衝撃波膵石破砕術(一連につき)	-	→ 19,300	K699-2	【新設】		
K700	膵中央切除術	53,560	→ 53,560	K700			
K701	膵破裂縫合術	22,080	→ 22,080	K701			
K702	膵体尾部腫瘍切除術			K702			
	1 膵尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合			1			
	イ 脾同時切除の場合	21,200	→ 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	38,890	→ 46,880	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	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	36,730	→ 47,250	K702-2			

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		
K703	膵頭部腫瘍切除術			K703	
1	膵頭十二指腸切除術の場合	69,840	→ 77,950	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膵頭切除術の場合	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	
K704	膵全摘術	91,990	→ 91,990	K704	
K705	膵嚢胞胃(腸)吻合術	28,210	→ 28,210	K705	
K706	膵管空腸吻合術	37,620	→ 37,620	K706	
K707	膵嚢胞外瘻造設術			K707	
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	膵管外瘻造設術	18,810	→ 18,810	K708	
K708-2	膵管誘導手術	18,810	→ 18,810	K708-2	
K708-3	内視鏡的膵管ステント留置術	22,240	→ 22,240	K708-3	
K709	膵瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K709	
K709-2	移植用膵採取術(死体)	63,310	→ 63,310	K709-2	
K709-3	同種死体膵移植術	112,570	→ 112,570	K709-3	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	84,080	→ 84,080	K709-4	
K709-5	同種死体膵腎移植術	140,420	→ 140,420	K709-5	
<b>(脾)</b>					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	→ 24,410	K710	
K711	脾摘出術	28,210	→ 28,210	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	37,060	→ 37,060	K711-2	
<b>(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)</b>					
K712	破裂腸管縫合術	10,400	→ 10,400	K712	
K713	腸切開術	9,650	→ 9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	12,010	→ 12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剝離術	20,650	→ 20,650	K714-2	



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		
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	
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	
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	→ 6,210	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	→ 18,380	2	
K719	結腸切除術			K719	
1	小範囲切除	22,140	→ 22,140	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	
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	51,750	→ 51,750	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51,750	→ 51,750	K719-3	
K719-4	ピックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4	
K719-5	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	42,510	→ 42,510	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	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721	

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		
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	
		内視鏡的大腸ポリープ切除術			K721-2	
K721-3	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	
		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	→ 18,370	K721-4	
K722		小腸結腸内視鏡的止血術	11,640	→ 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	→ 6,140	K725	
K725-2		腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	→ 12,080	K725-2	
K726		人工肛門造設術	7,980	→ 7,980	K726	
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	
	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	
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	
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	
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	

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		
K733 K734 K734-2 K735 K735-2 K735-3 K735-4 K736	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
		盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
		腸回転異常症手術	18,810	→ 18,810	K734	
		腹腔鏡下腸回転異常症手術	22,910	→ 22,910	K734-2	
		先天性巨大結腸症手術	50,830	→ 50,830	K735	
		小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	11,090	→ 11,090	K735-2	
		腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710	→ 63,710	K735-3	
		下部消化管ステント留置術	9,100	→ 9,100	K735-4	
		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	
<b>(直腸)</b>						
K737		直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→ 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	→ 6,700	1	
	2	開腹によるもの	11,530	→ 11,530	2	
K739		直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	
	1	経肛門	4,010	→ 4,010	1	
	2	経括約筋	9,940	→ 9,940	2	
	3	経腹及び経肛	18,810	→ 18,810	3	
K739-2		経肛門的内視鏡下手術(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	
K740-2		腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	

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		
K740-3	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	
		削除			K740-3	
K741		直腸狭窄形成手術	28,210	→ 28,210	K741	
K742		直腸脱手術			K742	
K742-2	1	経会陰によるもの	8,410	→ 8,410	1	
	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	
		腹腔鏡下直腸脱手術	25,810	→ 25,810	K742-2	
<b>(肛門、その周辺)</b>						
K743		痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
	1	硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
	2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,220	→ 4,010	2	
	3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	3	
	4	根治手術	5,360	→ 5,190	4	
	5	PPH	11,260	→ 11,260	5	
K743-2		肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3		脱肛根治手術	5,360	→ 5,360	K743-3	
K743-4		痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→ 5,360	K743-4	
K743-5		モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	→ 3,750	K743-5	
K743-6		肛門部皮膚剥離切除術	3,750	→ 3,750	K743-6	
K744		裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→ 3,110	K744	
K745		肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→ 2,050	K745	
K746		痔瘻根治手術			K746	
	1	単純なもの	3,750	→ 3,750	1	
	2	複雑なもの	8,120	→ 7,470	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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 癒痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→ 3,990	1	
	2 組織置換によるもの	23,660	→ 23,660	2	
K751	鎖肛手術			K751	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	1	
	2 会陰式	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	42,680	→ 42,680	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	
	1 肛門狭窄形成手術	5,580	→ 5,210	1	
	2 直腸粘膜脱形成手術	8,580	→ 7,710	2	
K753	毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
<b>第10款 尿路系・副腎</b>					
<b>(副腎)</b>					
K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	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	
	1 皮質腫瘍	35,830	→ 35,830	1	
	2 髄質腫瘍(褐色細胞腫)	42,930	→ 42,930	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		
	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	—	→ 47,030	K755-2	【新設】
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	
<b>(腎、腎盂)</b>					
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	
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・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769	腎部分切除術	32,620	→ 32,620	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	→ 17,680	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	

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		
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	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	15,440	→ 13,860	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	25,350	→ 25,350	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K777	
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	
K780-2	生体腎移植術	62,820	→ 62,820	K780-2	
<b>(尿管)</b>					
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	→ 7,770	K781-2	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	—	→ 31,040	K785-2	【新設】
K786	尿管膀胱吻合術	19,370	→ 19,370	K786	
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	
K789	尿管腸膀胱吻合術	40,390	→ 40,390	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	12,910	→ 12,910	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	25,860	→ 25,860	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	36,840	→ 36,840	K792	
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	
<b>(膀胱)</b>					
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	→ 9,260	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
K800-3	膀胱水圧拡張術	6,950	→ 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	48,650	→ 48,650	1	
2	その他のもの	44,790	→ 44,790	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	12,030	→ 10,610	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	



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	1	メッシュを使用するもの	30,880	→ 30,880	1	
	2	その他のもの	16,860	→ 16,860	2	
		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	
		腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	—	→ 12,710	K802-4	【新設】
		腹腔鏡下膀胱部分切除術	—	→ 14,710	K802-5	【新設】
		腹腔鏡下膀胱脱手術	—	→ 34,980	K802-6	【新設】
K803		膀胱悪性腫瘍手術			K803	
	1	切除	29,190	→ 29,190	1	
	2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	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	
K803-2		腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380	→ 89,380	K803-2	
		腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	—	→ 87,380	K803-3	【新設】
K804		尿膜管摘出術	10,950	→ 10,950	K804	
		腹腔鏡下尿膜管摘出術	—	→ 15,050	K804-2	【新設】
K805		膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	→ 7,870	K806	
K807		膀胱腔瘻閉鎖術	25,180	→ 25,180	K807	
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	25,180	→ 25,180	K808	
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	33,800	→ 33,800	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	23,520	→ 23,520	K809-2	
K809-3		腹腔鏡下膀胱内手術	32,000	→ 32,000	K809-3	

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		
K810	ポアリー氏手術	35,150	→ 35,150	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	41,910	→ 41,910	K811	
K812	回腸(結腸)導管造設術	43,100	→ 43,100	K812	
K812-2	排泄腔外反症手術			K812-2	
1	外反膀胱閉鎖術	64,030	→ 64,030	1	
2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
<b>(尿道)</b>					
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
1	前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
2	後部尿道	5,250	→ 5,250	2	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
1	摘出	27,550	→ 27,550	1	
2	内視鏡による場合	20,110	→ 20,110	2	
3	尿路変更を行う場合	54,060	→ 54,060	3	
K818	尿道形成手術			K818	
1	前部尿道	17,030	→ 17,030	1	
2	後部尿道	37,700	→ 37,700	2	
K819	尿道下裂形成手術	33,790	→ 33,790	K819	
K819-2	陰茎形成術	33,790	→ 33,790	K819-2	
K820	尿道上裂形成手術	39,000	→ 39,000	K820	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	17,160	→ 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	

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	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	22,490	→ 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	
<b>第11款 性器</b>						
<b>(陰茎)</b>						
K824		陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	K824	
K825		陰茎全摘術	16,630	→ 16,630	K825	
K826		陰茎切断術	5,850	→ 5,850	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	→ 5,850	K826-3	
K827		陰茎悪性腫瘍手術			K827	
	1	陰茎切除	18,590	→ 18,590	1	
	2	陰茎全摘	36,500	→ 36,500	2	
K828		包茎手術			K828	
	1	背面切開術	740	→ 740	1	
	2	環状切除術	2,040	→ 2,040	2	
K828-2		陰茎持続勃起症手術			K828-2	
	1	亀頭—陰茎海綿体瘻作成術(ウインター法)によるもの	4,060	→ 4,060	1	
	2	その他のシャント術によるもの	18,600	→ 18,600	2	
<b>(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)</b>						
K829		精管切断、切除術(両側)	2,550	→ 2,550	K829	
K830		精巣摘出術	2,770	→ 2,770	K830	
K830-2		精巣外傷手術			K830-2	
	1	陰囊内血腫除去術	3,200	→ 3,200	1	
	2	精巣白膜縫合術	3,400	→ 3,400	2	

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		
K831 及び K831-2 K832	削除 精巣上体摘出術		4,200 → 4,200	K831 及び K831-2 K832	
K833	精巣悪性腫瘍手術	12,300	→ 10,290	K833	
K834	精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,480	K834	
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590	→ 18,590	K834-2	
K835	陰嚢水腫手術			K835	
1	交通性陰嚢水腫手術	3,620	→ 3,620	1	
2	その他	2,290	→ 2,290	2	
K836	停留精巣固定術	8,470	→ 8,470	K836	
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	31,770	→ 31,770	K836-2	
K837	精管形成手術	11,310	→ 11,310	K837	
K838	精索捻転手術			K838	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	8,570	→ 7,810	1	
2	その他のもの	8,230	→ 8,230	2	
<b>(精嚢、前立腺)</b>					
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	K839	
K840	前立腺被膜下摘出術	15,920	→ 15,920	K840	
K841	経尿道的前立腺手術	18,500	→ -	K841	【項目の見直し】
	電解質溶液利用のもの	-	→ 20,400	1	
	その他のもの	-	→ 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度治療(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-4	
K842	削除			K842	

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		
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	
<b>(外陰、会陰)</b>					
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	790	→ 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	54,020	→ 54,020	2	
K850-2	膣絨毛性腫瘍摘出術	23,830	→ 23,830	K850-2	
K851	会陰形成手術			K851	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 5,760	2	
K851-2	外陰・膣血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2	
K851-3	癒合陰唇形成手術			K851-3	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 5,760	2	
<b>(膣)</b>					
K852	膣壁裂創縫合術(分娩時を除く。)			K852	
1	前又は後壁裂創	2,760	→ 2,760	1	
2	前後壁裂創	5,410	→ 5,410	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	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K854	1	中央腔閉鎖術(子宮全脱)	6,370	→ 6,370	1	
	2	その他	2,580	→ 2,580	2	
K854-2		腔式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	→ 2,230	K854	
K855		後腔円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230	→ 2,230	K854-2	
		腔中隔切除術			K855	
K856	1	不全隔のもの	1,260	→ 1,260	1	
	2	全中隔のもの	2,540	→ 2,540	2	
K856-2		腔壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	K856	
K856-3		腔壁囊腫切除術	2,540	→ 2,540	K856-2	
K856-4		腔ポリープ切除術	1,040	→ 1,040	K856-3	
K857		腔壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K856-4	
K858		腔壁悪性腫瘍手術	29,190	→ 29,190	K857	
K859		腔腸瘻閉鎖術	31,940	→ 31,940	K858	
		造腔術、腔閉鎖症術			K859	
K859-2	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	腔断端挙上によるもの	28,210	→ 28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	40,900	→ 40,900	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	55,810	→ 55,810	5	
K860		腹腔鏡下造腔術	38,690	→ 38,690	K859-2	
K860-2		腔壁形成手術	7,160	→ 7,160	K860	
		腔断端挙上術(腔式、腹式)	29,190	→ 29,190	K860-2	
<b>(子宮)</b>						
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	

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		
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	→ 7,540	2	
3	癒着剥離矯正術	14,070	→ 14,070	3	
K865	子宮脱手術			K865	
1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	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	膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	28,210	→ 28,210	4	
K866	子宮頸管ポリープ切除術	990	→ 990	K866	
K866-2	子宮腔部冷凍凝固術	990	→ 990	K866-2	
K867	子宮頸部(膣部)切除術	3,330	→ 3,330	K867	
K867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	→ 470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術(膣部切断術を含む。)	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(膣式)	3,980	→ 3,810	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
1	腹式	24,510	→ 24,510	1	
2	膣式	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	膣式	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	18,810	→ 17,100	K873	

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		
K874 及び K875 K876	削除			K874 及び K875 K876	
K876-2	子宮腔上部切断術	9,500	→ 9,500	K876	
K877	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	14,620	→ 14,620	K876-2	
K877-2	子宮全摘術	28,210	→ 28,210	K877	
K878	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050	→ 42,050	K877-2	
K878-2	広靱帯内腫瘍摘出術	14,290	→ 14,290	K878	
K879	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130	→ 28,130	K878-2	
	子宮悪性腫瘍手術	62,000	→ 62,000	K879	
	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	—	→ 70,200	K879-2	【新設】
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	21,130	→ 21,130	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	22,980	→ 22,980	K882	
K883	子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	K883	
K883-2	子宮頸管閉鎖症手術			K883-2	
1	非観血的	180	→ 180	1	
2	観血的	3,590	→ 3,590	2	
K884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	21,130	→ 21,130	K884	
(子宮附属器)					
K885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
	経皮的卵巣嚢腫内容排除術	—	→ 1,490	K885-2	【新設】
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
1	開腹によるもの	11,580	→ 11,580	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	4,350	→ 5,130	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	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K887-3	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	
		卵管口切開術			K887-3	
K887-4	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	
		腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20,620	→ 20,620	K887-4	
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)			K888	
K888-2	1	開腹によるもの	15,720	→ 15,720	1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,940	→ 25,940	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	
K889	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	
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	42,120	→ 42,120	K890-3	
<b>(産科手術)</b>						
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	2,700	→ 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	→ 3,860	2	
	3	膣円蓋に及ぶもの	4,320	→ 4,320	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		
K897	4	直腸裂創を伴うもの	8,200	→ 8,200	4	
	K898	頸管裂創縫合術(分娩時) 帝王切開術	4,900	→ 4,900	K897 K898	
	1	緊急帝王切開	22,160	→ 20,140	1	
	2	選択帝王切開	22,160	→ 20,140	2	
	3	前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	24,520	→ 21,640	3	
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	
	2	子宮腔上部切断を行うもの	26,700	→ 26,700	2	
	3	その他のもの	14,500	→ 14,500	3	
K904		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	
	1	非観血的	340	→ 340	1	
	2	観血的	13,820	→ 13,820	2	
K906		子宮頸管縫縮術			K906	
	1	マクドナルド法	1,740	→ 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	
K907		胎児外回転術	670	→ 670	K907	
K908		胎児内(双合)回転術	1,190	→ 1,190	K908	
K909		流産手術			K909	
	1	妊娠11週までの場合	1,910	→ 2,000	1	
	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,470	→ 5,110	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		
K909-2	子宮内容除去術(不全流産)	2,000	→ 1,980	K909-2	
K910	削除			K910	
K910-2	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000	→ 40,000	K910-2	
	胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)	—	→ 10,800	K910-3	【新設】
K911	胞状奇胎除去術	4,280	→ 4,120	K911	
K912	子宮外妊娠手術			K912	
	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	
K913	新生児仮死蘇生術			K913	
	1 仮死第1度のもの	840	→ 840	1	
	2 仮死第2度のもの	2,890	→ 2,700	2	
(その他)					
K913-2	性腺摘出術			K913-2	
	1 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	
<b>第12款 削除</b>					
<b>第13款 臓器提供管理料</b>					
K914	脳死臓器提供管理料	20,000	→ 20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000	→ 5,000	K915	
K920	輸血			K920	
	1 自家採血輸血(200mLごとに)			1	
	イ 1回目	750	→ 750	イ	
	ロ 2回目以降	650	→ 650	ロ	
	2 保存血液輸血(200mLごとに)			2	
	イ 1回目	450	→ 450	イ	
	ロ 2回目以降	350	→ 350	ロ	
	3 自己血貯血			3	

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		
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ
	(1)	液状保存の場合	250	→ 250	(1)
	(2)	凍結保存の場合	500	→ 500	(2)
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ
	(1)	液状保存の場合	250	→ 250	(1)
	(2)	凍結保存の場合	500	→ 500	(2)
	4	自己血輸血			4
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ
	(1)	液状保存の場合	750	→ 750	(1)
	(2)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ
	(1)	液状保存の場合	750	→ 750	(1)
	(2)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)
	5	交換輸血(1回につき) 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 輸血に伴って、間接クームス検査を行った場合	5,250 1,400 34	→ → →	5,250 1,400 34
K920-2	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	
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921	
1	骨髓採取			1	
イ	同種移植の場合	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	
ロ	自家移植の場合	17,440	→ 17,440	ロ	
K922	造血幹細胞移植			K922	
1	骨髓移植			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		
K923 K924	イ	同種移植の場合	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	同種移植の場合	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	
		術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	→ 4,500	K923	
		自己生体組織接着剤作成術	1,400	→ 1,400	K924	
K930		脊髄誘発電位測定等加算	3,130	→ -	K930	【項目の見直し】
		脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	-	→ 3,130	1	
		甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	-	→ 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		イオントフォーゼ加算	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	
K936-2		自動吻合器加算	5,500	→ 5,500	K936-2	
K936-3		微小血管自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936-3	
K937		心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	→ 30,000	K937	
K938		体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	→ 3,000	K938	
K939		画像等手術支援加算			K939	
	1	ナビゲーションによるもの	2,000	→ 2,000	1	
	2	実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	→ 2,000	2	
		患者適合型手術支援ガイドによるもの	-	→ 2,000	3	【項目の追加】
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	

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		
K939-4	内視鏡手術用支援機器加算	54,200	→ 54,200	K939-4	
	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	—	→ 2,500	K939-5	【新設】

## 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
K450	唾石摘出術	K450	唾石摘出術(一連につき)
K476-3	乳房再建術(乳房切除後)	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)
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)
K618	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置	K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	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。)

## 別表2

## 第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K142	脊椎固定術	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
K200-2	涙点プラグ挿入術	K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術
K548	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K548	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
K596	体外ペースメーカー	K596	体外ペースメーカー術
K604	埋込型補助人工心臓	K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
K620	下大静脈フィルター留置	K620	下大静脈フィルター留置術
K685	内視鏡的胆道結石除去術(胆道碎石術を伴うもの)	K685	内視鏡的胆道結石除去術
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	K781	経尿道的尿路結石除去術



## 別表2

## 第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K014	皮膚移植術	K014	皮膚移植術(生体・培養)
K043-3	骨髄炎・骨結核手術	K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)
K065	関節内異物(挿入物)除去術	K065	関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K065-2	関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下)	K065-2	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K066-2	関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術
K066-4	滑液膜摘出術(関節鏡下)	K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術
K066-6	膝蓋骨滑液嚢切除(関節鏡下)	K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術
K066-8	掌指関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術
K067-2	関節鼠摘出手術(関節鏡下)	K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術
K068-2	半月板切除術(関節鏡下)	K068-2	関節鏡下半月板切除術
K069-3	半月板縫合術(関節鏡下)	K069-3	関節鏡下半月板縫合術
K074-2	靭帯断裂縫合術(関節鏡下)	K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術
K079-2	靭帯断裂形成手術(関節鏡下)	K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術
K178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術	K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
K254	角膜切除術	K254	治療の角膜切除術
K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	K298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	K320	アブミ骨摘出術・可動化手術
K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	K344	経鼻腔の翼突管神経切除術
K365	翼突管神経切除術(経上顎洞)	K365	経上顎洞の翼突管神経切除術
K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	K383	喉頭切開術・截開術
K653-4	表在性早期胃癌光線力学療法	K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
K667-3	内視鏡下食道噴門部縫縮術	K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第11部 麻酔 第1節 麻酔料 L001-2 静脈麻酔  【項目の見直し】  【注の追加】  【注の追加】	1 短時間のもの 120点 2 十分な体制で行われる長時間のもの 600点  (追加)  (追加)	1 短時間のもの 120点 2 十分な体制で行われる長時間のもの(単純な場合) 600点 3 十分な体制で行われる長時間のもの(複雑な場合) 800点  注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。  注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。

【新設】

L 0 0 9 麻酔管理料(1)

【注の追加】

(新設)

L 0 0 8 - 3 経皮的体温調節療法 (1日につき  
5,000点)

(追加)

注4 区分番号K 0 1 7、K 0 2 0、K 1 3 6 -  
2、K 1 5 1 - 2、K 1 7 5 の 2、K 3 7 9  
- 2 の 2、K 3 9 5、K 5 5 8、K 5 6 0 の  
3 の イ、K 5 6 0 の 3 の ロ、K 5 6 0 の 3 の  
ハ、K 5 6 0 の 5、K 5 7 9 - 2 の 2、K 5  
8 1 の 3、K 5 8 2 の 3、K 5 8 4 の 2、K  
6 0 5 - 2、K 6 0 5 - 4、K 6 4 5、K 6  
7 5 の 5、K 6 7 7 - 2 の 1、K 6 9 7 - 5  
、K 6 9 7 - 7 及び K 8 0 1 の 1 に掲げる手  
術に当たって、区分番号L 0 0 8 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時間を越えた場合は、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>【注の見直し】</p>	<p>注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、5,000点を所定点数に加算する。</p>
<p>M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 定位放射線治療の場合 63,000点 2 1以外の場合 6,720点</p>	<p>→</p>	<p>63,000点 8,000点</p>
<p>M004 密封小線源治療（一連につき）</p> <p>【項目の削除】</p>	<p>2 腔内照射 イ（略） ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 500点 ハ（略）</p>	<p>→</p>	<p>2 腔内照射 イ（略） ロ（略）</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>第1節 病理標本作製料</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法） 病理組織標本作製</p> <p>【項目の追加】</p> <p>N004 細胞診（1部位につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 エストロジェンレセプター 720点</p> <p>2 プロジェステロンレセプター 690点</p> <p>3 HER2タンパク 690点</p> <p>4 EGFRタンパク 690点</p> <p>5 その他（1臓器につき） 400点</p> <p>注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。</p>	<p>1 エストロジェンレセプター 720点</p> <p>2 プロジェステロンレセプター 690点</p> <p>3 HER2タンパク 690点</p> <p>4 EGFRタンパク 690点</p> <p>5 CCR4タンパク 10,000点</p> <p>6 その他（1臓器につき） 400点</p> <p>注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、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。</p> <p>2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体</p>

【新設】		細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。 (新設) → N005-2 ALK融合遺伝子標本作製 6,520点
------	--	---

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。</p> <p>2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成28年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 区分番号D004の12に掲げる肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）（羊水）</li> <li>ロ 区分番号D007の1に掲げるエステル型コレステロール</li> <li>ハ 区分番号D007の3に掲げる遊離脂肪酸</li> <li>ニ 区分番号D007の4に掲げる前立腺酸ホスファターゼ</li> <li>ホ 区分番号D007の12に掲げる不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）</li> <li>ヘ 区分番号D007の22に掲げるカタラーゼ</li> <li>ト 区分番号D007の29に掲げるシスチンアミノペプチダーゼ（CAP）</li> <li>チ 区分番号D012の16に掲げる溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）</li> <li>リ 区分番号D014の2に掲げるリウマトイド因子（RF）半定量</li> <li>ヌ 区分番号D014の5に掲げるLEテスト定性</li> </ul>



2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案						
第1章 基本診療料								
第1部 初・再診料								
通則								
【通則の見直し】	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。</p>						
第1節 初診料								
A000 初診料								
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="654 963 1137 1027">1 歯科初診料</td> <td data-bbox="1137 963 1361 1027">218点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 1027 1137 1091">2 地域歯科診療支援病院歯科初診料</td> <td data-bbox="1137 1027 1361 1091">270点</td> </tr> </table>	1 歯科初診料	218点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1361 963 1599 1027">234点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1361 1027 1599 1091">282点</td> </tr> </table>	234点	282点
1 歯科初診料	218点							
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点							
234点								
282点								
【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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を</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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として26点を所定点</p>						

【注の削除】

加算する。

数に加算する。

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点

ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

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

（削除）

第2節 再診料

【点数の見直し】

1 歯科再診料	42点	45点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	69点	72点

【注の見直し】

注2 地域歯科診療支援病院歯科再診料は、区分番号A000に掲げる地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定した患者に対し、当該保険医療機関において再診を行った場合に、算定することができる。この場合において歯科再診料は算定できない。	注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注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病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。
--	---

【注の見直し】

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。	注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、再診時歯科外来診療環境体制加算として、4点を所定点数に加算する。
--	---

【注の削除】

注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性	(削除)
--	------

歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

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

2 歯科診療報酬点数表

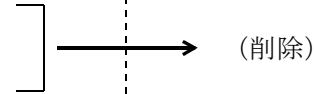
項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>【新設】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定できない。</p> <p>3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>A206-4 看護職員夜間配置加算</p>

第3節 特定入院料

A302 亜急性期入院医療管理料

【削除】

亜急性期入院医療管理料



【新設】

(新設)

A306 地域包括ケア病棟入院料

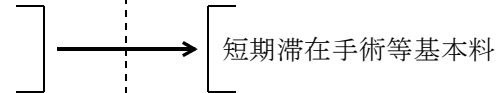


第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

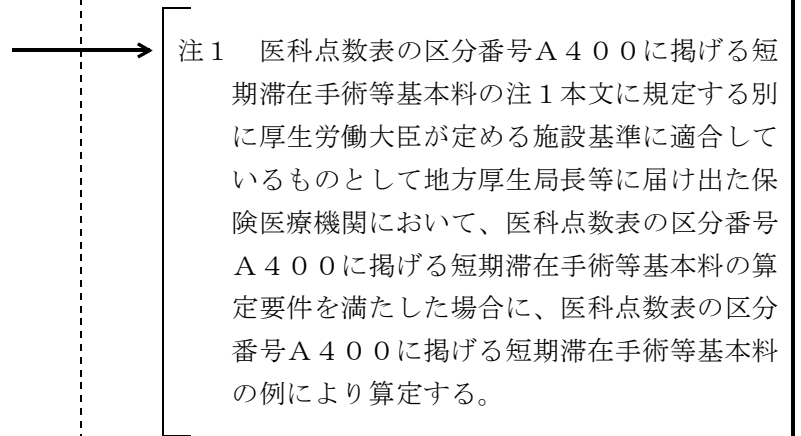
【名称の見直し】

短期滞在手術基本料



【注の見直し】

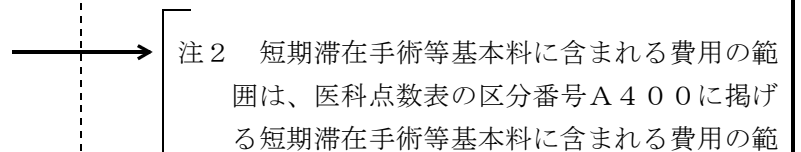
注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。



注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文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、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注2 短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲の



注2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範

例による。

囲の例による。





【注の見直し】

注8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回を限度として40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料

【注の見直し】

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

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

	する。			、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。
B000-6 周術期口腔機能管理料 (I)				
【点数の見直し】	1 手術前	190点	→	280点
【注の見直し】	注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。		→	注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
B000-7 周術期口腔機能管理料 (II)				
【点数の見直し】	1 手術前	300点	→	500点
B000-8 周術期口腔機能管理料				

(Ⅲ)

【注の見直し】

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

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下この区分番号において「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、当該放射線治療等を開始した日の属する月から月1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指  
導管理料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【名称の見直し】

がん患者カウンセリング料

がん患者指導管理料

【項目の見直し】

500点

- 1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同

に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）を限度として算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、保険

		<p>薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 2について、区分番号A221-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号B004-1-5に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方せん料の注5に規定する加算は、別に算定できない。</p>						
<p>B004-1-4 入院栄養食事指導料</p>	<p>入院栄養食事指導料</p>							
<p>【名称の見直し】</p>	<p>入院栄養食事指導料</p>	<p>入院栄養食事指導料 (週1回)</p>						
<p>【項目の見直し】</p>	<p>130点</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>入院栄養食事指導料1</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>入院栄養食事指導料2</td> <td>125点</td> </tr> </table>	1	入院栄養食事指導料1	130点	2	入院栄養食事指導料2	125点
1	入院栄養食事指導料1	130点						
2	入院栄養食事指導料2	125点						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。</p>						

B004-1-5 外来緩和ケア管理料

【注の見直し】

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

）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

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

注3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（2に限る。）は、別に算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

外来放射線照射診療料

280点

292点

B006-3-3 がん治療連携管理料

<p>【注の削除】</p>	<p>注2 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。</p>	<p>(削除)</p>
<p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(3に限る。)は、算定できない。</p>
<p>B009 診療情報提供料(I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注6 保険医療機関が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>	<p>注6 保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定</p>



【注の見直し】	<p>注7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>	点数に加算する。															
B013 義歯管理料（1口腔につき）	義歯管理料（1口腔につき）	新製有床義歯管理料（1口腔につき）															
【名称の見直し】																	
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>新製有床義歯管理料</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>有床義歯管理料</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>有床義歯長期管理料</td> <td>60点</td> </tr> </table>	1	新製有床義歯管理料	150点	2	有床義歯管理料	70点	3	有床義歯長期管理料	60点	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2以外の場合</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>困難な場合</td> <td>230点</td> </tr> </table>	1	2以外の場合	190点	2	困難な場合	230点
1	新製有床義歯管理料	150点															
2	有床義歯管理料	70点															
3	有床義歯長期管理料	60点															
1	2以外の場合	190点															
2	困難な場合	230点															
【点数の見直し】																	

【注の削除】

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。

（削除）

【注の削除】

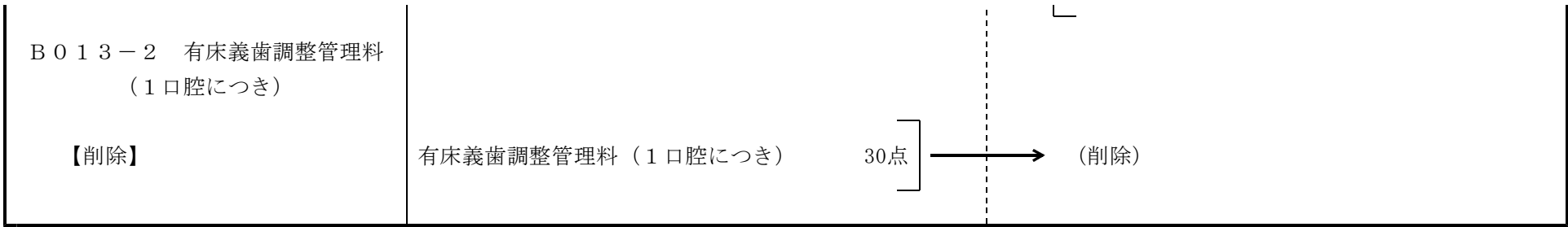
注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。

（削除）

【注の追加】

（追加）

注2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。



項 目	現 行	改 正 案											
第2章 特掲診療料  第2部 在宅医療  C000 歯科訪問診療料（1日につき）	<p>【点数の見直し】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 歯科訪問診療 1</td> <td>850点</td> <td rowspan="2">→</td> <td>866点</td> </tr> <tr> <td>2 歯科訪問診療 2</td> <td>380点</td> <td>283点</td> </tr> </table> <p>【項目の追加】</p> <table border="0"> <tr> <td>(追加)</td> <td>→</td> <td>3 歯科訪問診療 3</td> <td>143点</td> </tr> </table> <p>【注の見直し】</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診</p>	1 歯科訪問診療 1	850点	→	866点	2 歯科訪問診療 2	380点	283点	(追加)	→	3 歯科訪問診療 3	143点	<p>【注の見直し】</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治</p>
1 歯科訪問診療 1	850点	→	866点										
2 歯科訪問診療 2	380点		283点										
(追加)	→	3 歯科訪問診療 3	143点										

料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

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

療を中止した場合においては、この限りでない。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

【注の見直し】

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

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

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。)を同一日に9人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

【注の追加】

(追加)

注3 3については、在宅等において療養を行っ

【注の見直し】

注5 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、415点又は190点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、830点又は380点を、深夜における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、1,660点又は760点を加算する。

ている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合又は在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

注6 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3については、それぞれ1,70

【注の見直し】

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

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

0点、560点又は280点を所定点数に加算する。

注10 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 170点  
 ロ 同一建物居住者の場合 55点

【注の追加】

(追加)

注12 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

1 同一建物居住者以外の場合 550点

650点

【注の見直し】

2 同一建物居住者の場合

385点

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に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、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

300点

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に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、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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は週2回かつ月8回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回を限度として算定する。



項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第1節 調剤料 F000 調剤料 【注の追加】 第2節 処方料 F100 処方料 【注の追加】 第3節 薬剤料 F200 薬剤 【注の追加】 第5節 処方せん料		<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">(追加)</div> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">           注2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。         </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">(追加)</div> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">           注8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。         </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">(追加)</div> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">           注5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。         </div> </div>

F 4 0 0 処方せん料

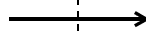
【注の追加】

第 6 節 調剤技術基本料

F 5 0 0 調剤技術基本料

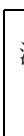
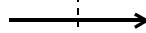
【注の追加】

(追加)



注 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

(追加)



注 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第6部 注射  通則  【通則の見直し】	6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A (-) 15歳未満 780点 (二) 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B (-) 15歳未満 630点	6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 780点 ② 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 630点 ② 15歳以上 430点



G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注4 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5 - 2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。

G 0 0 6 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の新設】

（新設）

注1 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5 - 2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

【注の新設】

（新設）

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は50点を所定点数に加算する。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、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。



ヨンをを行った場合は、1月13単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 221点
  - (2) 廃用症候群の場合 212点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 180点
  - (2) 廃用症候群の場合 171点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 90点
  - (2) 廃用症候群の場合 90点

ヨンをを行った場合は、1月13単位を限度として算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合は、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 221点
  - (2) 廃用症候群の場合 162点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 180点
  - (2) 廃用症候群の場合 131点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 90点
  - (2) 廃用症候群の場合 69点

【注の追加】

(追加)

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

H001 摂食機能療法（1日につき  
）



【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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(2に限る。)を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

【新設】

(新設)

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1  
(1口腔につき)

1 有床義歯の場合	
イ ロ以外の場合	100点
ロ 困難な場合	120点
2 舌接触補助床の場合	190点

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

3 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

<p>【新設】</p>		<p>4 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合にあつては、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。</p>
<p>H002 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(新設) →</p> <p>H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2 (1口腔につき) 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。</p>	
<p>H003 がん患者リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 6歳未満の患者の場合 220点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 150点</p>	<p>225点</p> <p>195点</p> <p>155点</p>
	<p>200点 →</p>	<p>205点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上場合であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)にかかわらず、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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同</p>

【通則の見直し】

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数  
ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算 2

所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 処置料

I 0 0 3 初期う蝕早期充填処置

【名称の見直し】

【点数の見直し】

I 0 0 8 根管充填（1歯につき）

【注の削除】

【新設】

初期う蝕早期充填処置

122点

注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。

（新設）

初期う蝕早期充填処置（1歯につき）

124点

（削除）

I 0 0 8 - 2 加圧根管充填処置（1歯につき）

- 1 単根管 130点
- 2 2根管 156点
- 3 3根管以上 190点

注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。  
2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

【新設】	(新設)	I 0 0 9 - 5 口腔内分泌物吸引 (1日につき) 48点									
I 0 1 0 歯周疾患処置 (1口腔1回につき)											
【点数の見直し】	10点	14点									
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療 (1口腔につき)											
【名称の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	歯周病安定期治療									
【項目の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1196 794 1279 826">300点</td> <td data-bbox="1442 794 1733 826">1 1歯以上10歯未満</td> <td data-bbox="1989 794 2063 826">200点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1442 834 1733 866">2 10歯以上20歯未満</td> <td data-bbox="1989 834 2063 866">250点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1442 874 1621 906">3 20歯以上</td> <td data-bbox="1989 874 2063 906">350点</td> </tr> </table>	300点	1 1歯以上10歯未満	200点		2 10歯以上20歯未満	250点		3 20歯以上	350点
300点	1 1歯以上10歯未満	200点									
	2 10歯以上20歯未満	250点									
	3 20歯以上	350点									
【注の見直し】	注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、1口腔につき月1回に限り算定する。	注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。									

I 0 1 4 暫間固定			
【点数の見直し】	1 簡単なもの	300点	200点
I 0 1 7 床副子			
【項目の見直し】	3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）		3 著しく困難なもの 2,000点 4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床） イ 新たに製作した場合 2,000点 ロ 旧義歯を用いた場合 500点
I 0 1 7-2 床副子調整（1口腔につき）			
【項目の見直し】	1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合		1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合
【注の見直し】	注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回に限り算定する。		注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回を限度として算定する。
I 0 1 8 歯周治療用装置			
【注の見直し】	注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3		注1 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査の2

【新設】

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

(新設)

の歯周精密検査を実施した患者に対して算定する。

I 0 3 1 フッ化物歯面塗布処置（1 口腔につき）

- 1 う蝕多発傾向者の場合 80点
- 2 在宅等療養患者の場合 80点

注1 1については、区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

2 2については、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算



定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) 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であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合</p>

【通則の見直し】

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

所定点数の100分の80に相当する点数  
ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算2

所定点数の100分の80に相当する点数  
(2) 時間外加算2（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。）

所定点数の100分の40に相当する点数  
(3) 深夜加算2

所定点数の100分の80に相当する点数  
(4) 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であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合

所定点数の100分の40に相当する点数

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に限る。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【通則の追加】		(追加)	→	15 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I) (1に限る。)又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II) (1に限る。)を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。
第1節 手術料				
J004 歯根端切除手術 (1歯につき)				
【項目の見直し】		1,350点	→	1 2以外の場合 1,350点 2 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点
【注の追加】		(追加)	→	注1 第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。
J017 舌腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,140点	→	2,940点
J030 口唇腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,370点	→	3,050点
J034 頬粘膜腫瘍摘出術				

【点数の見直し】		4,730点	→	4,460点
J 0 5 3 唾石摘出術				
【名称の見直し】	唾石摘出術		→	唾石摘出術（一連につき）
【点数の見直し】	3 腺体内に存在するもの	7,200点	→	6,550点
【注の追加】		(追加)	→	注 2 及び 3 について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）				
【点数の見直し】	4 歯肉剥離搔爬手術	620点	→	630点
	5 歯周組織再生誘導手術			
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	760点		840点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	320点		380点
J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）				
【点数の見直し】	2 同種骨移植（生体）	16,730点	→	20,770点
	3 同種骨移植（非生体）	14,770点		18,300点
J 0 8 6 上顎洞開窓術				

<p>【点数の見直し】</p>	<p>2,600点</p>	<p>1,300点</p>
<p>【新設】</p> <p>J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管 柄付きのもの）</p>	<p>(新設)</p>	<p>J 0 8 6 - 2 内視鏡下上顎洞開窓術 3,600点</p>
<p>【点数の見直し】</p> <p>J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用植込型 カテーテル設置</p>	<p>74,240点</p>	<p>84,050点</p>
<p>【名称の見直し】</p>	<p>中心静脈栄養用植込型カテーテル設置</p>	<p>中心静脈注射用植込型カテーテル設置</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>J 1 1 0 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点</p> <p>注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回を限度として算定する。</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p>		
<p>J 2 0 0 - 4 上顎洞手術用内視鏡加</p>		

算

【注の見直し】

注 区分番号 J 0 8 6 から J 0 8 7 - 2 までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。



注 区分番号 J 0 8 7 及び J 0 8 7 - 2 に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 放射線治療</p> <p>L000 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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、330点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</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入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</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入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</p>



L001 体外照射

【項目の削除】

- 2 コバルト60遠隔大量照射
- イ 1回目 250点
- ロ 2回目 75点

(削除)

【注の見直し】

注1 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注1 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

注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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

【注の見直し】

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日を限度として、所定点数に5,000点を加算する。

【注の見直し】

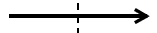
注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

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、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科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回を限度として300点を所定点数に加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【項目の削除】

2 腔内照射  
ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合  
500点



(削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の追加】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>(追加)</p> <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M029に掲げるものに限る。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及</p>

算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

- 1 生活歯歯冠形成  
ロ ジャケット冠
- 2 失活歯歯冠形成  
ロ ジャケット冠

- 1 生活歯歯冠形成  
ロ 非金属冠
- 2 失活歯歯冠形成  
ロ 非金属冠

【注の追加】

(追加)

注2 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 2のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

22点 → 26点

M003 印象採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）  
ニ ワンピースキャストブリッジ → 2 欠損補綴（1装置につき）  
ニ ブリッジ

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【点数の見直し】

30点 → 34点

M005 装着

【項目の見直し】

<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</p> <p>(1) ワンピースキャストブリッジ</p> <p>    (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合                   150点</p> <p>    (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合           300点</p> <p>(2) その他のブリッジ                   70点</p>	→	<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</p> <p>(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合                   150点</p> <p>(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合                   300点</p>
---	---	--

【注の追加】

(追加) → 注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当す

る点数を加算する。

M005-2 仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

【名称の見直し】

仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

仮着（ブリッジ）（1装置につき）

M006 咬合採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）  
イ ブリッジ  
(1) ワンピースキャストブリッジ  
    (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 70点  
    (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 140点  
(2) その他のブリッジ 70点

2 欠損補綴（1装置につき）  
イ ブリッジ  
(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 74点  
(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 148点

M008 ワンピースキャストブリッジの試適

【名称の見直し】

ワンピースキャストブリッジの試適

ブリッジの試適

M009 充填（1歯につき）

【点数の見直し】

1 充填1  
    ロ 複雑なもの 152点

154点

【新設】

(新設)

M015-2 CAD/CAM冠 (1歯につき) 1,200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、小臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

【新設】

(新設)

M016-2 小児保険装置 600点

注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。  
2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M018 有床義歯

【点数の見直し】

1 局部義歯 (1床につき)

イ 1歯から4歯まで 560点

ロ 5歯から8歯まで 690点

ハ 9歯から11歯まで 920点

ニ 12歯から14歯まで 1,340点

2 総義歯 (1顎につき) 2,100点

570点

700点

930点

1,350点

2,110点

M020 鑄造鉤 (1個につき)

<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 双子鉤 2 二腕鉤</p>	<p>230点 212点</p>	<p>234点 216点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>M021-2 コンビネーション鉤 (1個につき 220点 注 二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤 と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定す る。</p>
<p>M026 補綴隙 (1個につき)</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>30点</p>	<p>40点</p>
<p>M029 有床義歯修理 (1床につき)</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>224点</p>	<p>228点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に22点を加算する。</p>		<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき24点を所定点数に加算する。</p>
<p>M032 ブリッジ修理 (1歯につき)</p>			

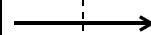


【削除】

ブリッジ修理（1歯につき）

40点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。



（削除）

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 第1節 歯科矯正料 【新設】 N009 撤去（1個につき） 【名称の見直し】 【項目の見直し】 【項目の追加】	撤去（1個につき） 1 帯環 2 ダイレクトボンドブラケット	(新設) → [ N008-2 植立（1本につき） 500点 ] [ 撤去 ] → [ 撤去 ] [ 1 帯環（1個につき） 2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき） ] (追加) → [ 3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき） ) 100点 ]

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号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回を限度として算定する。</p>
	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数表の区分</p>	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数</p>

【注の見直し】

番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点

表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。

注4 口腔病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、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。

イ 口腔病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 口腔病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点



【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

イ 基準調剤加算1	10点
ロ 基準調剤加算2	30点

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

なお、注1のロに該当する場合にあつては、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のみ加算できる。

イ 基準調剤加算1	12点
ロ 基準調剤加算2	36点

【注の見直し】

注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

イ 後発医薬品調剤体制加算1	5点
ロ 後発医薬品調剤体制加算2	15点
ハ 後発医薬品調剤体制加算3	19点

注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

イ 後発医薬品調剤体制加算1	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 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局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495号）に記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（薬事法（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。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算定する。

01 調剤料

【注の見直し】

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））  
イ～二 （略）  
注1、2 （略）  
注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））  
イ～二 （略）  
注1、2 （略）  
注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

	<p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 270点</p>	----- ↓ -----	<p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 290点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。</p>	→	<p>注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。</p>
<p>第2節 薬学管理料</p> <p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ～ホ （略）</p>	→	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、ハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</p> <p>イ～ホ （略）</p>



1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

- |                |      |   |      |
|----------------|------|---|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 500点 | → | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合   | 350点 |   | 300点 |

【注の見直し】

<p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。</p>	→	<p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者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1日に5回に限り算定できる。</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>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <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>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注4まで並びに区分番号02の注2及び注3における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>1 （略）</p> <p>2 訪問看護基本療養費Ⅱ イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。）</p>	<p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注4まで及び注12並びに区分番号02の注1から注3まで及び注10における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>1 （略）</p> <p>2 訪問看護基本療養費Ⅱ イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。）</p>

【注の見直し】

- (1) 週3日目まで 4,300円
- (2) 週4日目以降 5,300円

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 3,800円
- (2) 週4日目以降 4,800円

ハ (略)

3 (略)

注6 1及び2(いずれもハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

- (1) 同一日に2人
  - ① 週3日目まで 5,550円
  - ② 週4日目以降 6,550円
- (2) 同一日に3人以上
  - ① 週3日目まで 2,780円
  - ② 週4日目以降 3,280円

ロ 准看護師による場合

- (1) 同一日に2人
  - ① 週3日目まで 5,050円
  - ② 週4日目以降 6,050円
- (2) 同一日に3人以上
  - ① 週3日目まで 2,530円
  - ② 週4日目以降 3,030円

ハ (略)

3 (略)

注6 1及び2(いずれもハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回(別に厚生労働大臣が定める者については、月2回)に限り、当該指示があった日から

起算して14日を限度として算定する。

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 (略)
- 3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)
  - イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合  
4,300円
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合  
3,300円
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合  
5,300円
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合  
4,060円
  - ロ 准看護師による場合

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)
  - イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
    - (1) 同一日に2人
      - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
5,550円
      - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
4,250円
      - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
6,550円
      - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
5,100円
    - (2) 同一日に3人以上
      - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
2,780円
      - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
2,130円
      - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
3,280円
      - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
2,550円
  - ロ 准看護師による場合

【注の追加】

4 (略)

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合  
3,800円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合  
2,910円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合  
4,800円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合  
3,670円

(追加)

4 (略)

- (1) 同一日に2人
  - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
5,050円
  - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
3,870円
  - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
6,050円
  - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
4,720円
- (2) 同一日に3人以上
  - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
2,530円
  - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
1,940円
  - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
3,030円
  - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
2,360円

注12 1及び3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の保健師、看護師、准看護師及び作業療法士が、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算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、

02 訪問看護管理療養費

【項目の見直し】

1	月の初日の訪問の場合	7,300円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,950円

それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。

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	イ又はロ以外の場合	7,400円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,980円

【注の見直し】

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医（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

【注の追加】

(追加)

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。

03 訪問看護情報提供療養費

【注の見直し】

注 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、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 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。

05 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

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。



別紙 3

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>本文</p> <p>1</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 (略)</p> <p>一 ~ 三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ~ハ (略) ニ A308-2 亜急性期入院医療管理料</p> <p>ホ~ヘ (略) ト A400 短期滞在手術基本料 (短期滞在手術基本料3を除く。)</p> <p>五 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>一 ~ 三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ~ハ (略) ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (1) 地域包括ケア病棟入院料1・2 (2) 地域包括ケア入院医療管理料1・2 (当該区分番号を算定する前に当該病院の一般病棟 (同イからハまで、ニの(1)及びホからトまでを算定していた患者を除く。)に入院していた患者を除く。)</p> <p>ホ~ヘ (略) ト A400 短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料3を除く。)</p> <p>五 (略)</p>

5

【項目の追加】

(追加)



- 5 第1項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、以下の基準を満たす病院とする。
- 一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
    - イ A100 一般病棟入院基本料
    - ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）
    - ハ A105 専門病院入院基本料
  - 二 医科点数表に掲げる区分番号A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
  - 三 厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。
    - イ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
    - ロ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査
  - 四 三のイの調査期間中において、退院した患者（第1項第一号から第五号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の一般病棟（次のイからトまでの医科点数表に掲げる区分番号いずれかを算定する病棟を除く。）の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。
    - イ A106 障害者施設等入院基本料
    - ロ A306 特殊疾患入院医療管理料

ハ A308 回復期リハビリテーション病  
棟入院料

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

ホ A309 特殊疾患病棟入院料

へ A310 緩和ケア病棟入院料

ト A400 短期滞在手術等基本料（短期  
滞在手術等基本料3を除く。）

五 適切な診断群分類区分を決定するために必  
要な体制が整備されていること。

項 目	現 行	改 正 案
別表  2 【項目の見直し】	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ 所定点数に含まれる費用 (1) ～ (2) (略) (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術基本料 (4) ～ (12) (略) ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで、A104の注5並びにA105の注3及び注4に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで及びA236からA243までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術基本料のうち、短期滞在手術基本料1及び短期滞在手術基本料2に掲げる費用 (4) ～ (7) (略) (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027（1	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ 所定点数に含まれる費用 (1) ～ (2) (略) (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術等基本料 (4) ～ (12) (略) ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで及び注12、A104の注5及び注10、A105の注3、注4及び注9に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3及びA236からA243までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1及び短期滞在手術等基本料2に掲げる費用 (4) ～ (7) (略) (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027（1

に限る。)、J038からJ042まで、  
J045-2、J047、J049、J052-2、  
J054-2、J062、J122(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして  
切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで  
(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129  
(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)  
並びにJ129-2(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038(1及び2に限る。)に掲げる人工腎臓に  
当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)  
(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。))別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に  
掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤  
(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053  
までに掲げる材料に限る。)に係る費用

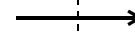
に限る。)、J038からJ042まで、  
J045-2、J047、J047-2、  
J049、J052-2、J054-2、  
J062、J122(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして  
切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで  
(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129  
(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)  
並びにJ129-2(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038(1及び2に限る。)に掲げる人工腎臓に  
当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)  
(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。))別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に  
掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤  
(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053  
までに掲げる材料に限る。)に係る費用

4

A300救命救急入院料

【点数の見直し】

救命救急入院料1



(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,478点	5,579点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,478点	5,579点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,878点	5,986点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

特定集中治療室管理料1  
 （7日以内の期間） 7,188点  
 （8日以上14日以内の期間） 5,688点  
 特定集中治療室管理料2  
 イ 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料1  
 （7日以内の期間） 11,606点  
 （8日以上14日以内の期間） 10,082点  
 特定集中治療室管理料2  
 イ 特定集中治療室管理料  
 （7日以内の期間） 11,606点  
 （8日以上14日以内の期間） 10,082点  
 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料  
 （7日以内の期間） 11,606点  
 （8日以上14日以内の期間） 10,275点  
 （15日以上30日以内の期間） 10,780点  
 （31日以上60日以内の期間） 10,987点  
 特定集中治療室管理料3  
 （7日以内の期間） 7,317点  
 （8日以上14日以内の期間） 5,793点  
 特定集中治療室管理料4  
 イ 特定集中治療室管理料

	(7日以内の期間)	7,188点		(7日以内の期間)	7,317点
	(8日以上14日以内の期間)	5,688点		(8日以上14日以内の期間)	5,793点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(7日以内の期間)	7,188点		(7日以内の期間)	7,317点
	(8日以上14日以内の期間)	5,878点		(8日以上14日以内の期間)	5,986点
	(15日以上30日以内の期間)	6,383点		(15日以上30日以内の期間)	6,491点
	(31日以上60日以内の期間)	6,590点		(31日以上60日以内の期間)	6,698点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料					
【項目の見直し】					
	ハイケアユニット入院医療管理料			ハイケアユニット入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	2,488点		(14日以内の期間)	4,540点
	(15日以上21日以内の期間)	2,993点		(15日以上21日以内の期間)	5,045点
				ハイケアユニット入院医療管理料2	
				(14日以内の期間)	2,040点
				(15日以上21日以内の期間)	2,545点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料					
【点数の見直し】					
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料				
	(14日以内の期間)	3,688点			3,760点
A301-4 小児特定集中治療室管理料					



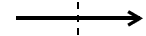
<p>【点数の見直し】</p>	<p>小児特定集中治療室管理料  (7日以内の期間) 13,477点  (8日以上14日以内の期間) 11,477点</p>	<p>→</p>	<p>13,708点  11,676点</p>
<p>A302 新生児特定集中治療室管理料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>新生児特定集中治療室管理料1  (14日以内の期間) 7,988点  (15日以上30日以内の期間) 8,493点  (31日以上90日以内の期間) 8,700点  新生児特定集中治療室管理料2  (14日以内の期間) 3,988点  (15日以上30日以内の期間) 4,493点  (31日以上90日以内の期間) 4,700点</p>	<p>→</p>	<p>8,130点  8,635点  8,842点  6,065点  6,570点  6,777点</p>
<p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>母体・胎児集中治療室管理料  (14日以内の期間) 4,988点  新生児集中治療室管理料  (14日以内の期間) 7,988点  (15日以上30日以内の期間) 8,493点  (31日以上90日以内の期間) 8,700点</p>	<p>→</p>	<p>5,081点  8,130点  8,635点  8,842点</p>
<p>A303-2 新生児治療回復室入</p>			

院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料  
 (14日以内の期間) 3,388点  
 (15日以上30日以内の期間) 3,893点  
 (31日以上120日以内の期間) 4,100点

3,388点  
3,893点  
4,100点



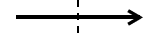
3,455点  
3,960点  
4,167点

A305 一類感染症患者入院医療管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料  
 (7日以内の期間) 6,878点  
 (8日以上14日以内の期間) 5,678点

6,878点  
5,678点



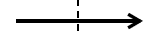
7,002点  
5,782点

A307 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料1  
 (14日以内の期間) 2,488点  
 (15日以上30日以内の期間) 2,993点  
 (31日以上)の期間) 3,200点  
 小児入院医療管理料2  
 (14日以内の期間) 1,988点  
 (15日以上30日以内の期間) 2,493点  
 (31日以上)の期間) 2,700点  
 小児入院医療管理料3  
 (14日以内の期間) 1,588点  
 (15日以上30日以内の期間) 2,093点  
 (31日以上)の期間) 2,300点

2,488点  
2,993点  
3,200点  
1,988点  
2,493点  
2,700点  
1,588点  
2,093点  
2,300点



2,540点  
3,045点  
3,252点  
2,032点  
2,537点  
2,744点  
1,626点  
2,131点  
2,338点

5

A 3 0 0 救命救急入院料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料 4		
(14日以内の期間)	988点	1,016点
(15日以上30日以内の期間)	1,493点	1,521点
(31日以上)	1,700点	1,728点
小児入院医療管理料 5		
(14日以内の期間)	88点	101点
(15日以上30日以内の期間)	593点	606点
(31日以上)	800点	813点
→		
救命救急入院料 1		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点
(8日以上14日以内の期間)	5,678点	5,779点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点
(8日以上14日以内の期間)	5,678点	5,779点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点

(8日以上14日以内の期間)	6,078点	6,186点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）  
5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）  
350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

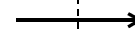
特定集中治療室管理料1  
(7日以内の期間) 11,806点

(8日以上14日以内の期間)	10,282点
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	11,806点
(8日以上14日以内の期間)	10,282点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	11,806点
(8日以上14日以内の期間)	10,475点
(15日以上30日以内の期間)	10,780点
(31日以上60日以内の期間)	10,987点
特定集中治療室管理料 3	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	5,993点
特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	5,993点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	6,186点
(15日以上30日以内の期間)	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,698点

特定集中治療室管理料 1	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	5,888点
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	5,888点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	6,078点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

【項目の見直し】



ハイケアユニット入院医療管理料 1	
(14日以内の期間)	4,740点
(15日以上21日以内の期間)	5,045点

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット 入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間)	2,688点		ハイケアユニット入院医療管理料 2 (14日以内の期間)	2,240点
	(15日以上21日以内の期間)	2,993点		(15日以上21日以内の期間)	2,545点
【点数の見直し】	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間)	3,888点	→	3,960点	
A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室 管理料	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間)	13,677点		13,908点 11,876点	
	(8日以上14日以内の期間)	11,677点			
【点数の見直し】	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間)	13,677点	→	13,908点	
A 3 0 2 新生児特定集中治療室管 理料	新生児特定集中治療室管理料 1 (14日以内の期間)	8,188点		8,330点 8,635点 8,842点	
	(15日以上30日以内の期間)	8,493点			
【点数の見直し】	(31日以上90日以内の期間)	8,700点		6,265点 6,570点	
	新生児特定集中治療室管理料 2 (14日以内の期間)	4,188点			
	(15日以上30日以内の期間)	4,493点			

	(31日以上90日以内の期間)	4,700点		6,777点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料				

【点数の見直し】

母体・胎児集中治療室管理料 (14日以内の期間)	5,188点	→	5,281点
新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間)	8,188点		8,330点
(15日以上30日以内の期間)	8,493点		8,635点
(31日以上90日以内の期間)	8,700点		8,842点

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間)	3,588点	→	3,655点
(15日以上30日以内の期間)	3,893点		3,960点
(31日以上120日以内の期間)	4,100点		4,167点

A305 一類感染症患者入院医療管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料 (7日以内の期間)	7,078点	→	7,202点
(8日以上14日以内の期間)	5,878点		5,982点

A 3 0 7 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料 1		
(14日以内の期間)	2,688点	2,740点
(15日以上30日以内の期間)	2,993点	3,045点
(31日以上)の期間)	3,200点	3,252点
小児入院医療管理料 2		
(14日以内の期間)	2,188点	2,232点
(15日以上30日以内の期間)	2,493点	2,537点
(31日以上)の期間)	2,700点	2,744点
小児入院医療管理料 3		
(14日以内の期間)	1,788点	1,826点
(15日以上30日以内の期間)	2,093点	2,131点
(31日以上)の期間)	2,300点	2,338点
小児入院医療管理料 4		
(14日以内の期間)	1,188点	1,216点
(15日以上30日以内の期間)	1,493点	1,521点
(31日以上)の期間)	1,700点	1,728点
小児入院医療管理料 5		
(14日以内の期間)	288点	301点
(15日以上30日以内の期間)	593点	606点
(31日以上)の期間)	800点	813点

6

A 3 0 0 救命救急入院料

【点数の見直し】

救命救急入院料 1



(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	5,740点	5,841点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	5,740点	5,841点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	6,140点	6,248点
(15日以上30日以内の期間)	6,398点	6,506点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
(15日以上30日以内の期間)	6,398点	6,506点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）  
5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）  
350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

特定集中治療室管理料1  
（7日以内の期間） 7,450点  
（8日以上14日以内の期間） 5,950点  
特定集中治療室管理料2  
イ 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料1  
（7日以内の期間） 11,868点  
（8日以上14日以内の期間） 10,344点  
特定集中治療室管理料2  
イ 特定集中治療室管理料  
（7日以内の期間） 11,868点  
（8日以上14日以内の期間） 10,344点  
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料  
（7日以内の期間） 11,868点  
（8日以上14日以内の期間） 10,537点  
（15日以上30日以内の期間） 10,795点  
（31日以上60日以内の期間） 10,987点  
特定集中治療室管理料3  
（7日以内の期間） 7,579点  
（8日以上14日以内の期間） 6,055点  
特定集中治療室管理料4  
イ 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料		(7日以内の期間)	7,450点		(7日以内の期間)	7,579点
		(8日以上14日以内の期間)	5,950点		(8日以上14日以内の期間)	6,055点
	ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料			ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(7日以内の期間)	7,450点		(7日以内の期間)	7,579点
		(8日以上14日以内の期間)	6,140点		(8日以上14日以内の期間)	6,248点
		(15日以上30日以内の期間)	6,398点		(15日以上30日以内の期間)	6,506点
		(31日以上60日以内の期間)	6,590点		(31日以上60日以内の期間)	6,698点
【項目の見直し】						
	ハイケアユニット入院医療管理料			ハイケアユニット入院医療管理料1		
	(14日以内の期間)	2,750点		(14日以内の期間)	4,802点	
	(15日以上21日以内の期間)	3,008点		(15日以上21日以内の期間)	5,060点	
				ハイケアユニット入院医療管理料2		
				(14日以内の期間)	2,302点	
				(15日以上21日以内の期間)	2,560点	
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料						
【点数の見直し】						
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料					
	(14日以内の期間)	3,950点			4,022点	
A301-4 小児特定集中治療室管理料						

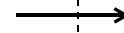
【点数の見直し】	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) (8日以上14日以内の期間)	13,739点 11,739点	→	13,970点 11,938点	
A302 新生児特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間) 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	8,250点 8,508点 8,700点 4,250点 4,508点 4,700点	→	8,392点 8,650点 8,842点 6,327点 6,585点 6,777点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	母体・胎児集中治療室管理料 (14日以内の期間) 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	5,250点 8,250点 8,508点 8,700点	→	5,343点 8,392点 8,650点 8,842点
A303-2 新生児治療回復室入					

院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料  
 (14日以内の期間) 3,650点  
 (15日以上30日以内の期間) 3,908点  
 (31日以上120日以内の期間) 4,100点

3,650点  
3,908点  
4,100点



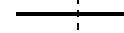
3,717点  
3,975点  
4,167点

A305 一類感染症患者入院医療管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料  
 (7日以内の期間) 7,140点  
 (8日以上14日以内の期間) 5,940点

7,140点  
5,940点



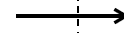
7,264点  
6,044点

A307 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料1  
 (14日以内の期間) 2,750点  
 (15日以上30日以内の期間) 3,008点  
 (31日以上)の期間) 3,200点  
 小児入院医療管理料2  
 (14日以内の期間) 2,250点  
 (15日以上30日以内の期間) 2,508点  
 (31日以上)の期間) 2,700点  
 小児入院医療管理料3  
 (14日以内の期間) 1,850点  
 (15日以上30日以内の期間) 2,108点  
 (31日以上)の期間) 2,300点

2,750点  
3,008点  
3,200点



2,802点  
3,060点  
3,252点

2,250点  
2,508点  
2,700点

2,294点  
2,552点  
2,744点

1,850点  
2,108点  
2,300点

1,888点  
2,146点  
2,338点

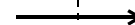
7		小児入院医療管理料 4			
		(14日以内の期間)	1,250点		1,278点
		(15日以上30日以内の期間)	1,508点		1,536点
		(31日以上30日以内の期間)	1,700点		1,728点
		小児入院医療管理料 5			
		(14日以内の期間)	350点		363点
(15日以上30日以内の期間)	608点		621点		
(31日以上30日以内の期間)	800点		813点		
8	【点数の見直し】	区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）		→	
		7対1入院基本料	125点		128点
		10対1入院基本料	105点		107点
		区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料		→	
7対1入院基本料	125点		127点		
10対1入院基本料	105点		107点		
13対1入院基本料	88点		90点		
9	【項目の見直し】	1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものと		→	1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものと

して、基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(9)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

して、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

【項目の見直し】

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
	(追加)
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
	(追加)
13対1入院基本料	88点
	(追加)
15対1入院基本料	76点
	(追加)
特別入院基本料	46点



127点	
(削除)	
7対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)	102点
107点	
(削除)	
10対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)	85点
90点	
13対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)	72点
77点	
15対1入院基本料(月平均夜勤時間超過減算)	61点
47点	

10

【点数の見直し】

区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点

→

128点
107点

11

【点数の見直し】

区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点
13対1入院基本料	88点

→

127点
107点
90点

12

【項目の見直し】

1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(10)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(11)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

→

1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。



【項目の見直し】

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
	(追加)
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
	(追加)
13対1入院基本料	88点
	(追加)
15対1入院基本料	76点
	(追加)
特別入院基本料	46点



127点
(削除)
7対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
102点
107点
(削除)
10対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
85点
90点
13対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
72点
77点
15対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
61点
47点

13～18

13～18 (略)

13～18 (略)

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止)            第二条の四の二 (略)  <u>2 保険医療機関は、事業者又はその従業者に対して、患者を紹介する対価として金品又はその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。</u></p> <p>(診療の具体的方針)            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。            一・二 (略)            三 投薬            イ～ハ (略)            ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九</p>	<p>(新設)</p> <p>(診療の具体的方針)            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。            一・二 (略)            三 投薬            イ～ハ (略)            ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定によ</p>

条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

四～七 （略）

る製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

四～七 （略）

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省告示第二十六号）

【平成28年4月1日施行】

改 正 案	現 行
<p>附 則</p> <p>（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正に伴う経過措置）</p> <p>第二条 <u>保険医療機関（病院を除く。）</u>において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「新療担規則」という。）第五条の二第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとする。</p> <p>2 <u>保険医療機関（病院を除く。）</u>において、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができる。</p>	<p>附 則</p> <p>（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正に伴う経過措置）</p> <p>第二条 <u>病床数が四百床未満の保険医療機関</u>において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「新療担規則」という。）第五条の二第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとする。</p> <p>2 <u>病床数が四百床未満の保険医療機関</u>において、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができる。</p>

別紙 5

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止)            第二条の三の二 (略)  <u>2 保険薬局は、事業者又はその従業者に対して、患者を紹介する対価として金品又はその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。</u></p> <p>(後発医薬品の調剤)            第七条の二 保険薬局は、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分</p>	<p>(新設)</p> <p>(後発医薬品の調剤)            第七条の二 保険薬局は、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくは</p>

以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

その含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

別紙 6

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止)            第二条の四の二 (略)            2 <u>保険医療機関は、事業者又はその従業者に対して、患者を紹介する対価として金品又はその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。</u></p> <p>(診療の具体的方針)            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。            一・二 (略)            三 投薬            イ～ハ (略)            ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬</p>	<p>(新設)</p> <p>(診療の具体的方針)            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。            一・二 (略)            三 投薬            イ～ハ (略)            ニ 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬</p>

品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

四～八 （略）

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第二十五条の三の二 （略）

2 保険薬局は、事業者又はその従業者に  
対して、患者を紹介する対価として金品  
又はその他の健康保険事業の健全な運営  
を損なうおそれのある経済上の利益を提  
供することにより、患者が自己の保険薬  
局において調剤を受けるように誘引して  
はならない。

品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

四～八 （略）

（新設）



高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十四年厚生労働省告示第七十四号）

【平成28年4月1日施行】

改正案	現行
<p>高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項、第七十四条第四項、第七十五条第四項及び第七十六条第三項の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、<u>保険医療機関（病院を除く。）</u>及び保険薬局において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるも</p>	<p>高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項、第七十四条第四項、第七十五条第四項及び第七十六条第三項の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、<u>病床数が四百床未満の保険医療機関</u>及び保険薬局において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるも</p>

のとする。

のとする。

## 正誤表

下記の通り、誤記がありましたので訂正いたします。

正誤箇所	誤	正
医科－初・再診料－4/6 <b>【注の追加】</b>	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、 <u>10</u> 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、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、 <u>20</u> 点を所定点数に加算する。
医科－入院料等－19/71 <b>【注の見直し】</b>	注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。	注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。 <u>この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</u>

医科－入院料等－48/71 <b>【新設】</b>	A 3 0 8－3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 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 2,054点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,040点） 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,054点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,040点）	A 3 0 8－3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 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）
医科－入院料等－49/71	注 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病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、1,760点又は1,760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、1,746点又は1,746点）を算定することができる。（後略）	注 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病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。（後略）
医科－入院料等－63/71 <b>【注の見直し】</b>	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に入院する患者に対し、必要があ	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に入院する患者に対し、必要があ

っ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1,760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。

っ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。