

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>注 3 6 歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点を加算する。ただし、注 4 又は注 5 に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に 3 点を加算する。</p>	<p>注 3 6 歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注 4 又は注 5 に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>(削除)</p>

第2節 再診料

A001 再診料

【項目の見直し】

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

60点
71点

69点

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

A002 外来診療料

【注の見直し】

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

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

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

ニ～ツ (略)

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

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

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

ニ～ツ (略)

【注の見直し】

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

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1節 入院基本料</p> <p>A100 一般病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</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>4 15対1入院基本料 954点</p> <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</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。）、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>934点</p> <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</p>

の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。

の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注1に規定する

別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 イ 14日以内の期間 428点
 （特別入院基本料については、300点）

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 イ 14日以内の期間 450点
 （特別入院基本料等については、300点）

【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するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特

定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

イ 入院時医学管理加算

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

イ 総合入院体制加算

ロ～リ (略)

ヌ～ル (略)

ヲ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ワ 新生児入院医療管理加算

カ 看護配置加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～キ (略)

ノ・オ (略)

ク～フ (略)

コ 退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ロ～リ (略)

ヌ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

ル～ヲ (略)

ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

カ 看護配置加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～キ (略)

ノ 強度行動障害入院医療管理加算

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ク 摂食障害入院医療管理加算

ヤ・マ (略)

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

フ～ア (略)

サ 慢性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。)

キ 急性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- テ 後期高齢者総合評価加算
- ア 後期高齢者退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | 入院基本料A
（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,695点） | 1,709点 |
| 2 | 入院基本料B
（生活療養を受ける場合にあっては、1,306点） | 1,320点 |
| 3 | 入院基本料C
（生活療養を受ける場合にあっては、 | 1,198点 |

く。)

- ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算

シ 総合評価加算

- エ 呼吸ケアチーム加算
- ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | 療養病棟入院基本料1 | |
| イ | 入院基本料A
（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,744点） | 1,758点 |
| ロ | 入院基本料B
（生活療養を受ける場合にあっては、1,691点） | 1,705点 |
| ハ | 入院基本料C
（生活療養を受ける場合にあっては、 | 1,424点 |

	1, 184点)	
4	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、 871点)	885点
5	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、 736点)	750点

	1, 410点)	
ニ	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 355点)	1, 369点
ホ	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 328点)	1, 342点
ヘ	入院基本料F (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 177点)	1, 191点
ト	入院基本料G (生活療養を受ける場合にあつては、 920点)	934点
チ	入院基本料H (生活療養を受ける場合にあつては、 873点)	887点
リ	入院基本料I (生活療養を受ける場合にあつては、 771点)	785点
2	療養病棟入院基本料2	
イ	入院基本料A (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 681点)	1, 695点
ロ	入院基本料B (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 628点)	1, 642点
ハ	入院基本料C (生活療養を受ける場合にあつては、 1, 347点)	1, 361点
ニ	入院基本料D	1, 306点

【注の見直し】

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該患者の疾患、状態、A

	(生活療養を受ける場合にあつては、 1,292点)
ホ 入院基本料E	1,279点
	(生活療養を受ける場合にあつては、 1,265点)
へ 入院基本料F	1,128点
	(生活療養を受ける場合にあつては、 1,114点)
ト 入院基本料G	871点
	(生活療養を受ける場合にあつては、 857点)
チ 入院基本料H	824点
	(生活療養を受ける場合にあつては、 810点)
リ 入院基本料I	722点
	(生活療養を受ける場合にあつては、 708点)

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当

DL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院基本料Iを算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【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

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲

	<p>げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ワ (略)</p> <p>カ 退院調整加算</p> <p>ヨ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>		<p>げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ワ (略)</p> <p>カ 慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【注の追加】</p> <p>A102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同</p>	<p>→</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p> <p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同</p>

じ。)であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,387点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,417点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の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。

じ。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1本文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

【注の見直し】

注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近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。

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

【注の見直し】

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～チ (略)
リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)
ヌ～ナ (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～チ (略)
リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
ヌ～ナ (略)

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【項目の追加】

2	15対1入院基本料	800点
3	18対1入院基本料	712点
4	20対1入院基本料	658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。

ラ 慢性期病棟等退院調整加算

ム 総合評価加算

ウ 後発医薬品使用体制加算

2	13対1入院基本料	920点
3	15対1入院基本料	800点
4	18対1入院基本料	712点
5	20対1入院基本料	658点

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

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 459点
(特別入院基本料については、300点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 242点
(特別入院基本料については、155点)
- ハ 31日以上90日以内の期間 125点
(特別入院基本料については、100点)
- ニ 91日以上180日以内の期間 20点
(特別入院基本料については、15点)
- ホ 181日以上1年以内の期間 5点

【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～リ (略)
- ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)
- ル～ナ (略)
- ラ 精神科身体合併症管理加算

く。)について、適合しなくなった直近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3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 465点
(特別入院基本料等については、300点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 250点
(特別入院基本料等については、155点)
- ハ 31日以上90日以内の期間 125点
(特別入院基本料等については、100点)
- ニ 91日以上180日以内の期間 10点
- ホ 181日以上1年以内の期間 3点

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～リ (略)
- ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- ル～ナ (略)
- ラ 精神科身体合併症管理加算(18対1入院

	ム (略)		基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。)
	ウ～ク (略)		ム (略) ウ 強度行動障害入院医療管理加算 キ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 ノ 摂食障害入院医療管理加算 オ～ケ (略) フ 後発医薬品使用体制加算
A104 特定機能病院入院基本料 (1日につき)			
【項目の追加】	3 精神病棟の場合		3 精神病棟の場合
	ハ 15対1入院基本料	839点	ハ 13対1入院基本料 920点 ニ 15対1入院基本料 839点
【注の追加】		(追加)	注2 注1の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。
【注の見直し】	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。		注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

【注の追加】

ハ 精神病棟の場合	
(1) 14日以内の期間	499点
(2) 15日以上30日以内の期間	242点
(3) 31日以上90日以内の期間	125点
(4) 91日以上180日以内の期間	40点
(5) 181日以上1年以内の期間	20点

(追加)

ハ 精神病棟の場合	
(1) 14日以内の期間	505点
(2) 15日以上30日以内の期間	250点
(3) 31日以上90日以内の期間	125点
(4) 91日以上180日以内の期間	30点
(5) 181日以上1年以内の期間	15点

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

【注の見直し】

注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【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～へ (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～へ (略)
ト 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）

ト・チ (略)

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ヌ 新生児入院医療管理加算(一般病棟に限る。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ク (略)

ヤ・マ (略)

ケ～テ (略)

ア 退院調整加算(結核病棟及び後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

チ・リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

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～ク (略)

ヤ 強度行動障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

マ 重度アルコール依存症入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

ケ 摂食障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

フ・コ (略)

エ 栄養サポートチーム加算(一般病棟に限る。)

テ～ユ (略)

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

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

シ 新生児特定集中治療室退院調整加算(一般病棟に限る。)

エ 救急搬送患者地域連携紹介加算(一般病棟に限る。)

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

- サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（精神病棟を除く。）
- キ 後期高齢者総合評価加算（精神病棟を除く。）
- ユ 後期高齢者退院調整加算（一般病棟（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）

注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

- ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）

- モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- セ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

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～ト (略)

チ・リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

ウ～オ (略)

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

マ 後期高齢者総合評価加算

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 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

キ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

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

ヤ～フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものに限る。)

エ 急性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

テ 新生児特定集中治療室退院調整加算

ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

【注の追加】

(追加)

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者である場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

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。

ケ 後期高齢者退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

キ 呼吸ケアチーム加算
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。)

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- イ～リ (略)
- ヌ 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ル～タ (略)
- レ～ネ (略)
- ナ 退院調整加算
- ラ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

- イ～リ (略)
- ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ル～タ (略)
- レ 強度行動障害入院医療管理加算
- ソ～ナ (略)
- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム 救急搬送患者地域連携受入加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	7日以内の期間	810点
ロ	8日以上14日以内の期間	660点
ハ	15日以上30日以内の期間	490点
ニ	31日以上の期間	450点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	7日以内の期間	640点
ロ	8日以上14日以内の期間	480点
ハ	15日以上30日以内の期間	320点
ニ	31日以上の期間	280点

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	14日以内の期間	760点
ロ	15日以上30日以内の期間	590点
ハ	31日以上の期間	500点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	14日以内の期間	680点
ロ	15日以上30日以内の期間	510点
ハ	31日以上の期間	460点
3	有床診療所入院基本料 3	
イ	14日以内の期間	500点
ロ	15日以上30日以内の期間	370点
ハ	31日以上の期間	340点

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

【注の見直し】

注3 医師配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に60点を加算する。

注4 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

【注の見直し】

注4 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）につい

注5 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定し

【注の見直し】

ては、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	10点
ロ	看護配置加算2	15点
ハ	夜間看護配置加算1	30点
ニ	夜間看護配置加算2	50点

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

イ～ト (略)

チ～ヲ (略)

ワ～タ (略)

- レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- ソ 後期高齢者総合評価加算
- ツ 後期高齢者退院調整加算

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

イ～ト (略)

チ 特殊疾患入院施設管理加算

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヌ～カ (略)

ヨ 無菌治療室管理加算

タ 放射線治療病室管理加算

レ 重症皮膚潰瘍管理加算

ソ～ナ (略)

ム 急性期病棟等退院調整加算

ウ 総合評価加算

キ 後発医薬品使用体制加算

本料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～ル （略）
ヲ 退院調整加算
ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～ル （略）
ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算（1日につき）

【名称の見直し】

入院時医学管理加算（1日につき）

総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

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

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

【項目の見直し】

- 1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点
- 2 協力型臨床研修病院 20点

- 1 基幹型 40点
- 2 協力型 20点

【注の見直し】

注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期

除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

滞手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算(1日につき)

【点数の見直し】

1 救急医療管理加算	600点	→	800点
2 乳幼児救急医療管理加算	150点		200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(特別入院基本料を含む。))のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）

【点数の見直し】

5,000点 → 7,000点

【注の見直し】

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

【項目の追加】

1	25対1 補助体制加算	355点
2	50対1 補助体制加算	185点
3	75対1 補助体制加算	130点
4	100対1 補助体制加算	105点

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

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

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

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

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算
(1日につき)

【注の見直し】

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第14項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の患者及びその疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

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

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算
(1日につき)

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病床に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入

注 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

	<p>院診療加算は算定しない。</p>	<p>ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。</p>
<p>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）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 600点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 300点</p> <p>(追加)</p>	<p>800点</p> <p>400点</p> <p>注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 1 2 - 2 新生児入院医療管理加算（1日につき）</p> <p>【削除】</p>	<p>800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、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している新生児であって、新生児入院医療管理が必要な状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、新生児入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3の</p>	<p>(削除)</p>

2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日）を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【項目の見直し】

300点

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 個室加算 | 300点 |
| 2 | 陰圧室加算 | 200点 |

【注の見直し】

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院した場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

500点

2,500点

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【点数の見直し】

300点 → 400点

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき）

【点数の見直し】

5点 → 10点

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】

- 1 区分番号A 3 1 1に掲げる精神科救急入院料、区分番号A 3 1 1 - 2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号A 3 1 4に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合
300点
- 2 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）及び区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者の場合
200点
- 350点

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

【新設】

650点 → 800点

(新設)

A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算
（1日につき） 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。

(新設)

A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）
1 30日以内 200点
2 31日以上60日以内 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症

【新設】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)

【点数の見直し】

(新設)

入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算 (1日につき)

1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

400点 → 500点

【新設】

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【項目の見直し】

（新設）

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 2 - 3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

50点

1 医療安全対策加算 1 85点
2 医療安全対策加算 2 35点

【注の追加】

(追加)

注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算
(1日につき)

【点数の見直し】

2,000点

3,000点

A 2 3 8 退院調整加算

【名称の見直し】

退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

【項目の見直し】

- 1 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）
100点
- 2 退院加算（退院時 1 回）
 - イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
 - ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

【注の見直し】

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が

- 1 慢性期病棟等退院調整加算 1
 - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）
100点
 - ロ 退院加算（退院時 1 回）
 - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 140点
 - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 340点
- 2 慢性期病棟等退院調整加算 2
 - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）
100点
 - ロ 退院加算（退院時 1 回）
 - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
 - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が

、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

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

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

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

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者（介護保険法施行令（平成10年法律第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳

【新設】

(新設)

以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算(退院時1回) 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 500点

【新設】

(新設)

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）は、別に算定できない。

A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
(入院初日) 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（入院初日）

【削除】

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号B 0 1 6に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

500点

て、入院初日に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（I）は、別に算定できない。

（削除）

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

【名称の変更】

後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

総合評価加算（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が、入院中の後期高齢者である患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算
(退院時 1 回)

【削除】

【新設】

く。)又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

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

100点

(新設)

40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの
(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

(削除)

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算(週1回) 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、

【新設】

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

【項目の見直し】

1 3日以内の期間
イ 救命救急入院料1

9,700点

(新設)

看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）
30点

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

1 救命救急入院料1
イ 3日以内の期間
9,700点

ロ	救命救急入院料 2	11,200点
2	4日以上7日以内の期間	
イ	救命救急入院料 1	8,775点
ロ	救命救急入院料 2	10,140点
3	8日以上14日以内の期間	
イ	救命救急入院料 1	7,490点
ロ	救命救急入院料 2	8,890点

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

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日を限度として算定する。

た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき所定点数に500点を加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき更に所定点数に100点を加算する。

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点

【注の追加】

(追加)

を加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

【注の見直し】

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～チ (略)

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

イ (略)

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

ハ～チ (略)

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

- | | | |
|---|--------------|--------|
| 1 | 7日以内の期間 | 8,760点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,330点 |

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

【注の見直し】

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

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

【注の削除】

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特定集中治療室管理

(削除)

【注の追加】

が行われた場合は、所定点数に所定点数の10
0分の5に相当する点数を加算する。

(追加)

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

- | | | |
|---|--------------|--------|
| イ | 7日以内の期間 | 1,500点 |
| ロ | 8日以上14日以内の期間 | 1,000点 |

【注の見直し】

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診
療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急
搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算
、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点
病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対
策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリ
スク患者ケア加算を除く。）

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

イ (略)

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

A301-2 ハイケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

ハ～チ（略）

3,700点

ハ～チ（略）

4,500点

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

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～チ（略）

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

イ（略）

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

ハ～チ（略）

A301-3 脳卒中ケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。
 イ (略)
 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）
 ハ～チ (略)

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。
 イ (略)
 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）
 ハ～チ (略)

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

8,500点

- 1 新生児特定集中治療室管理料1 10,000点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A303の2に掲げる新

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室
管理料（1日につき）

【注の見直し】

生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。

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

- イ (略)
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～チ (略)

分番号303-2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2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

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

ハ～チ (略)

【点数の見直し】

2 新生児集中治療室管理料 8,600点 → 10,000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日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。

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

【注の見直し】

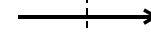
注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。
イ （略）
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及

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

【新設】

び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)
ハ～リ (略)

(新設)



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

A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料
(1日につき) 5,400点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号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。

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

イ 入院基本料

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

A 3 0 4 広範囲熱傷特定集中治療室
管理料（1日につき）

【削除】

7,890点

（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保険医療機関において必要があつて広範囲熱傷特定集中治療室管理が行われた場合に、60日を限度として算定する。

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

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急

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

）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

へ 創傷処置

ト 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 皮膚科軟膏処置

リ 留置カテーテル設置

ヌ 第13部第1節の病理標本作製料

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

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

<p>A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料 (1日につき)</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 3 0 7 小児入院医療管理料 (1日につき)</p>	<p>ハ～チ (略)</p> <p>(追加)</p> <p>注3 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び退院調整加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>患者地域連携紹介加算を除く。)</p> <p>ハ～チ (略)</p> <p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び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>
--	---	---

【項目の追加】

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

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

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料4を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加

算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2及び小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部

注6 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部

麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

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】

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1
1,690点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,676点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
1,595点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,581点)

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

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関

が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

【注の追加】

(追加)

が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料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 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（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

【注の追加】

(追加)

注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満た

【注の見直し】

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

す場合は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき所定点数に40点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

注5 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料1並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【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。

【注の見直し】

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、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

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

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、

注4 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

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

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び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。

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

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1 イ 30日以内の期間	3,431点	→	3,451点
2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間	3,231点	→	3,251点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点
---	---	--

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	1,900点	→	1,920点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間	1,800点	→	1,820点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

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

院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 30日以内の期間 3,431点 → 3,451点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,090点 → 1,050点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定

			点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2種類以下の 場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外の場合) 10点
【注の追加】		(追加)	注 4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、1日につき40点を所定点数に加算する。
A 3 1 4 認知症病棟入院料 (1日につき)			
【名称の見直し】	認知症病棟入院料 (1日につき)	→	認知症治療病棟入院料 (1日につき)
【項目の見直し】	1 認知症病棟入院料 1 イ 90日以内の期間 1,330点 ロ 91日以上の期間 1,180点 2 認知症病棟入院料 2 イ 90日以内の期間 1,070点 ロ 91日以上の期間 1,020点	→	1 認知症治療病棟入院料 1 イ 60日以内の期間 1,450点 ロ 61日以上の期間 1,180点 2 認知症治療病棟入院料 2 イ 60日以内の期間 1,070点 ロ 61日以上の期間 970点
【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病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院

【注の見直し】

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

支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。

注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A316 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 1,080点
（生活療養を受ける場合にあつては、1,066点）
- 2 15日以上期間 645点
（生活療養を受ける場合にあつては、631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入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。

注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【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・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファター

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

イ・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ

ゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスホキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料

区分番号L009に掲げるもの

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料（I）

区分番号L009に掲げるもの

ヲ 麻酔管理料（II）

区分番号L010に掲げるもの

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>イ 測定方法が一般的なもの 220点</p> <p>ロ 測定方法が精密なもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>イ 測定方法が一般的なもの 220点</p> <p>ロ 測定方法が精密なもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>イ 尿中BTAに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>イ 遠隔モニタリングによる場合 460点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、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</p>

【注の追加】

(追加)

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2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる埋込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【注の見直し】

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。
イ～ロ (略)
ハ 糞便検査
潜血反応検査、ヘモグロビン定性
ニ 血液形態・機能検査

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～ロ (略)
ハ 糞便検査
潜血反応検査、糞便中ヘモグロビン定性
ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間測定、凝固時間測定

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、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 D_3 (1, 25(OH) $_2\text{D}_3$)、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)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T_3) 精密測定

赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LD)、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、P及び HPO_4 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、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 D_3 (1, 25(OH) $_2\text{D}_3$)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T_3)、サイロ

、サイロキシン (T₄) 精密測定、甲状腺刺激ホルモン (TSH) 精密測定、副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定、遊離トリヨードサイロニン (FT₃) 精密測定、C-ペプタイド (CPR) 精密測定、遊離サイロキシン (FT₄) 精密測定、カルシトニン精密測定、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP) 精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定

チ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、梅毒脂質抗原使用検査 (定量)

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価

ヌ〜ワ (略)

キシシン (T₄)、甲状腺刺激ホルモン (TSH)、副甲状腺ホルモン (PTH)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、C-ペプタイド (CPR)、遊離サイロキシン (FT₄)、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP)、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、梅毒脂質抗原使用検査

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価 (定性、定量)

ヌ〜ワ (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

23 がん患者カウンセリング料 500点

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

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

【注の見直し】

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

【点数の見直し】

1	地域連携小児夜間・休日診療料1	350点	→	400点
2	地域連携小児夜間・休日診療料2	500点		550点

【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小児科を標榜する保険医療機関において、患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合には、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。

【新設】

(新設)

B 0 0 1 - 2 - 4 地域連携夜間・休日診療料
100点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受けるものを除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合に

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理

B001-4 手術前医学管理料

【注の見直し】

については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキ

料を算定しているときは、算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、

ナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ （略）

クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

【注の見直し】

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

イ （略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査
蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査
赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスホキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレス

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

イ （略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査
尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査
赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロー

	<p>テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ（略）</p>		<p>ル、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ（略）</p>
<p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料</p>			
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設)</p>	<p>B005-1-2 介護支援連携指導料 300点</p> <p>注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者</p>

B005-2 地域連携診療計画管理
料

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

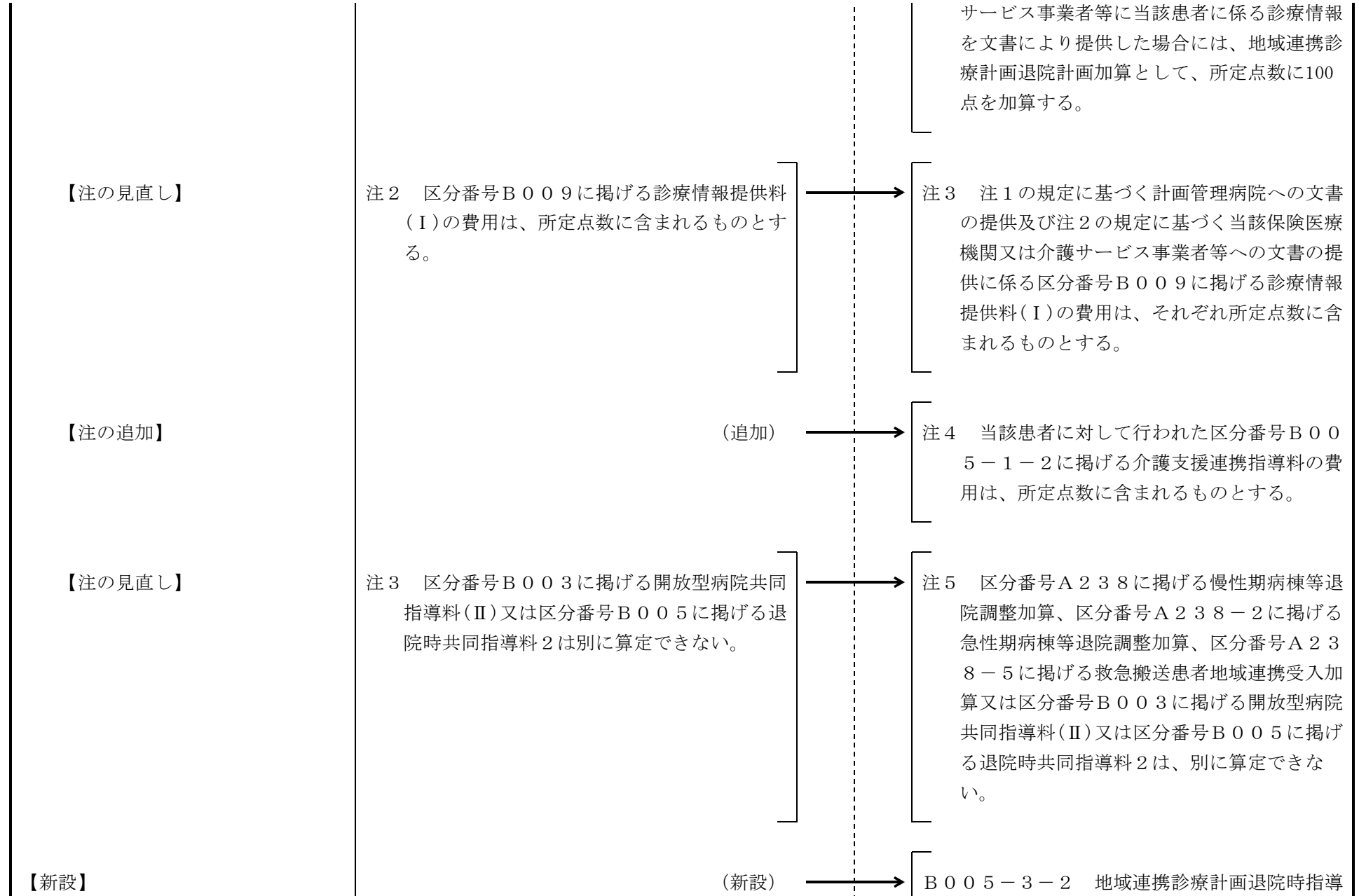
注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

注1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものと

		する。
【注の追加】	(追加)	注3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。	注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算又は区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。
B005-3 地域連携診療計画退院時指導料		
【名称の見直し】	地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)
【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(計画管理病院を除く。)が、患者の同意を得た上で、注1に規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護



料(Ⅱ)

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（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

B005-6 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージ

【新設】

(新設)

を考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

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

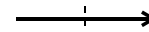
3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同

【新設】

(新設)



B005-7 認知症専門診断管理料 500点

意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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

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

【新設】

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

(新設)

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料
700点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし

(削除)

	<p>、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。</p>		
<p>B009 診療情報提供料(I)</p>			
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況</p>

【注の追加】

B011-3 薬剤情報提供料

【注の見直し】

B011-4 医療機器安全管理料

(追加)

注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。

【点数の見直し】	<p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 50点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,000点</p>	<p>→</p> <p>100点</p> <p>1,100点</p>	
B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料			
【名称の見直し】	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	→	退院時薬剤情報管理指導料
【点数の見直し】	100点	→	90点
【注の見直し】	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>

B 0 1 5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

180点

(削除)

【削除】

注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

B 0 1 6 後期高齢者診療料

600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保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。

注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して

行った第1部医学管理等（区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注3 第2部在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

（削除）

【削除】

注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診

<p>B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。</p> <p>200点</p> <p>注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>(削除)</p>
--	---	-------------

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		
C 0 0 0 往診料		
【点数の見直し】	650点	720点
C 0 0 1 在宅患者訪問診療料（1日につき）		
【項目の見直し】	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 830点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点	1 同一建物居住者以外の場合 830点 2 同一建物居住者の場合 200点
【注の見直し】	注 1 1 については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規	注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患

定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学

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

管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

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

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

(追加)

又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)には、所定点数に10,000点を加算する。

注3 在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

(追加)

注3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

C004 救急搬送診療料

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して当該診療を行っ

→

注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除

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】

た場合は、所定点数に150点を加算する。

注1 保険医療機関が、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。以下注5及び注6において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に

く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。

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

掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。)を限度(1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。)とする。

に行われる場合に限る。)を限度とする。

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

- イ 看護師等(所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者)が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点
- ロ 看護師等(所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者)が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

【注の削除】

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注8 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

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

【注の見直し】

注9 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指

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

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

【名称の見直し】

居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【注の見直し】

注1 保険医療機関が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機

注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日

導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

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

関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。）とする。

（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、居住系施設入居者等連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

- イ 看護師等（所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者）が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点
- ロ 看護師等（所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者）が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

【注の見直し】

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険

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

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

薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の削除】

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注8 死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、居住系施設等ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

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

【注の見直し】

注9 居住系施設入居者等訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

000点を加算する。

注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

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に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1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

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

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 300点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 255点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位（同

づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）まで算定する。

合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注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。

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 530点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 450点

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

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

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

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

【通則の見直し】

- 2 同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、

- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、

【通則の追加】

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

(追加)

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C100 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。

<p>【新設】</p>		(新設)	<p>C 1 0 1 - 2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点</p> <p>注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p>
<p>C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>		(追加)	<p>注 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は J 0 4 2 に規定する腹膜灌流の 1 を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用は、算定しない。</p>
<p>C 1 0 2 - 2 在宅血液透析指導管理料</p> <p>【点数の見直し】</p>		3,800点	8,000点
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降につき 2,000 点を月 2 回に限り算定す</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、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に</p>

る。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、2,000点を月4回に限り算定する。

算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

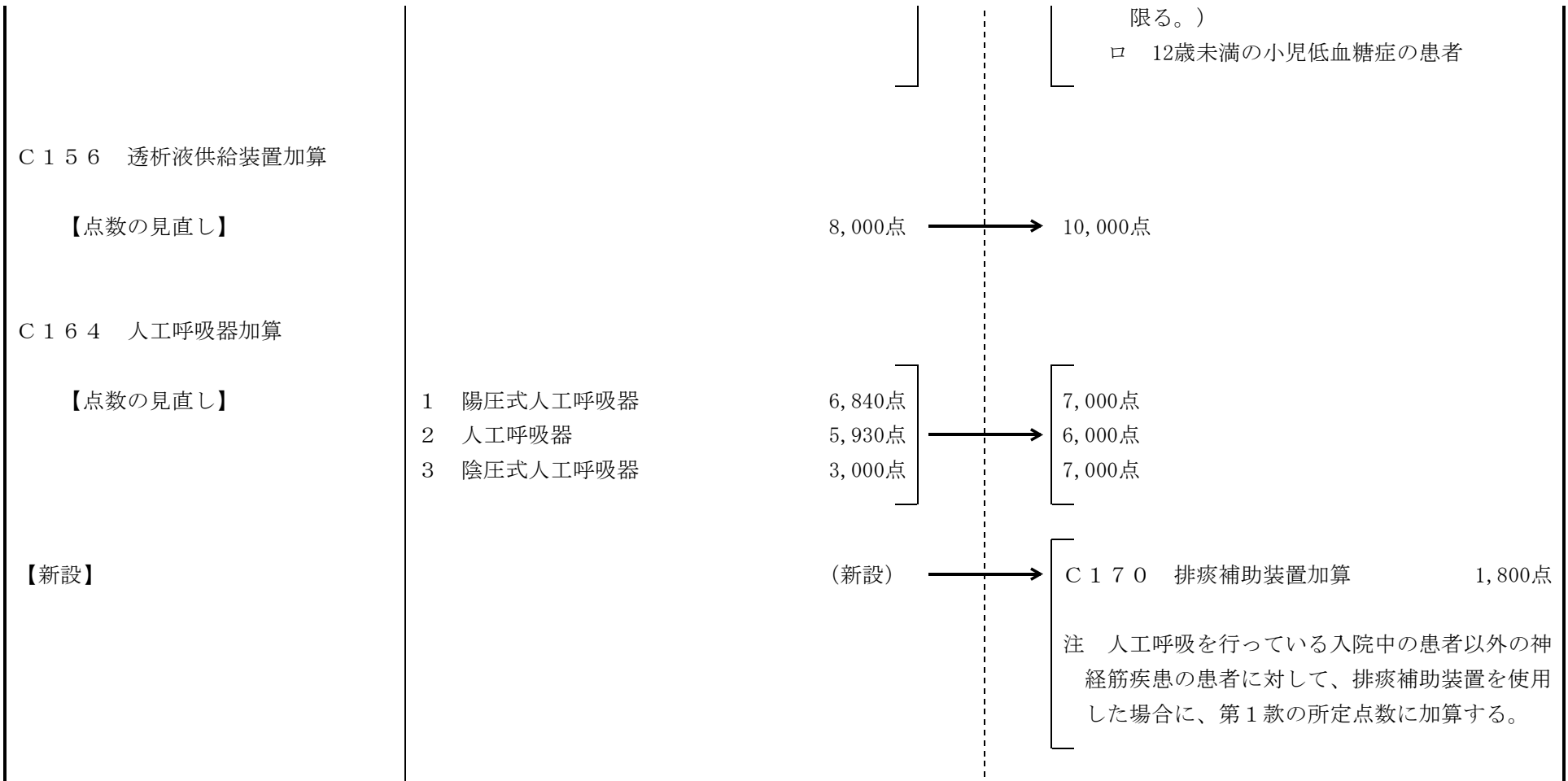
C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
500点

注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

<p>【通則の見直し】</p>	<p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き月1回に限り算定する。</p>	<p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。</p>
<p>C150 血糖自己測定器加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1から3までについては、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者を除く。）又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。） ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。） ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に</p>



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ5点を加算する。</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。</p>
<p>D006 出血・凝固検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から23までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から24までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>

D007 血液化学検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 100点
- ロ 8項目又は9項目 109点
- ハ 10項目以上 129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 95点
- ロ 8項目又は9項目 104点
- ハ 10項目以上 123点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

D008 内分泌学的検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

D009 腫瘍マーカー

【注の見直し】

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

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から14までに掲げる検査を2項目以

	<p>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>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>
D014 自己抗体検査			
【注の見直し】	<p>注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>	→	<p>注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			
	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 32点</p>	→	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 42点</p> <p>注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。</p>
D018 細菌培養同定検査			
【注の見直し】	<p>注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。</p>	→	<p>注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。</p>
D022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）			
【注の新設】	(新設)	→	<p>注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。</p>

D023 微生物核酸同定・定量検査

【項目の見直し】

6 HCV核酸同定検査

360点

6 HCV核酸同定検査、HPV核酸同定検査

360点

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

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査（定量）、TPHA試験（定量）、TPHA試験（定性）及びHIV-1抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HBs抗原精密測定、HBs抗体価精密測定、HCV抗体価精密測定及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）定量、血清補体価（CH₅₀

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、TPHA試験、TPHA試験（定性）及びHIV-1抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）、HBs抗体価（半定量）、HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価（定性、定量）及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH₅₀）及

）及び免疫グロブリン
ヨ （略）

び免疫グロブリン
ヨ （略）

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅱ)及び検体検査管理加算(Ⅲ)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点
- ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点

注3 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)及び検体検査管理加算(Ⅳ)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点
- ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点
- ニ 検体検査管理加算(Ⅳ) 500点

D027 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点

点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第3節 生体検査料

【通則の追加】

(追加)

- 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査(次に掲げるものを除く。)を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。
- イ 呼吸機能検査等判断料
 - ロ 心臓カテーテル法による諸検査
 - ハ 心電図検査の注に掲げるもの
 - ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
 - ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ
 - ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
 - ト 深部体温計による深部体温測定
 - チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
 - リ 脳波検査の注2に掲げるもの
 - ヌ 脳波検査判断料
 - ル 神経・筋検査判断料

D206 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

【注の見直し】	注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠動脈造影又は心筋採取を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、1,400点又は200点を加算する。	→	注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験又は冠動脈造影を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点又は1,400点を加算する。
【注の見直し】	注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。	→	注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。
【注の見直し】	注5 同一月中に血管内超音波検査と血管内視鏡検査の両方を実施した場合は主たる検査の点数を算定する。	→	注5 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
D210 ホルター型心電図検査（解析料を含む。）			
【注の新設】	(新設)	→	注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】	(新設)	→	D210-3 埋込型心電図検査 90点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D 2 1 1 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

【注の追加】

(追加)

- 2 30分又はその端数を増すごとに算定する。
- 3 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、所定点数に100点を加算する。

D 2 1 1 - 2 喘息運動負荷試験 800点
注 喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

【注の見直し】

注1 数種目を行った場合でも同時記録を行った最高誘導数により算定する。

注1 数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。

【注の見直し】

注2 脈波図、心機図、ポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、誘導数に数えない。

注2 脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）			
【名称の見直し】 【項目の追加】	3 UCG イ～ハ（略）	→	3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【注の見直し】	注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。	→	注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注2 断層撮影法について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。	→	注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
【注の見直し】	注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。
D 2 1 7 骨塩定量検査			
【項目の見直し】	1 DEXA法による腰椎撮影 360点	→	1 DEXA法による腰椎撮影 360点 注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、所定点数に90点を加算する。

【注の新設】

(新設)

注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定 (一連につき) 700点

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

D 2 3 9 筋電図検査

【注の追加】

(追加)

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

D 2 8 6 肝及び腎のクリアランステスト

【注の見直し】

注1 検査に当たって尿管カテーテル法又は膀胱尿道ファイバースコープを行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法又はD 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープの所定点数を併せて算定する。

注1 検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法、D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又はD 3 1 7 - 2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。

D 2 8 7 内分泌負荷試験

【項目の見直し】

1 下垂体前葉負荷試験
イ 成長ホルモン（GH）（一連として月1回
1,200点）
ロ～ホ （略）

1 下垂体前葉負荷試験
イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
1,200点
注 患者1人につき月2回に限り算定する。
ロ～ホ （略）

【新設】

（新設）

D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験 1,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、年2回に限り算定する。

D 3 0 6 食道ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

D 3 0 8 胃・十二指腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注4 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

D 3 1 3 大腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察

D 3 1 8 尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの（膀胱尿道ファイバースコープを含む。））（両側）

【注の新設】

第 4 節 診断穿刺・検体採取料

【新設】

【新設】

を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

(新設)

注 膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

D 4 0 4 - 2 骨髓生検 730点

注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。

(新設)

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検
1 併用法 5,000点
2 単独法 3,000点

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

別表1

第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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	(名称の変更)
D001 2	VMA定性	9	9	D001 2	
D001 2	B-J蛋白定性	9	9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	9	D001 2	(名称の変更)
D001 3	ポルフィリン定性	10	10	D001 3	
D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)	10	10	D001 3	(名称の変更)
D001 4	ビリルビン	12	12	D001 4	(名称の変更)
D001 6	ウロビリノゲン	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	尿中ウロビリノゲン	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	16	D001 5	
D001 6	尿浸透圧	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 7	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	17	D001 6	(名称の変更)
D001 8	尿中N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	41	41	D001 7	(名称の変更)
D001 9	尿中アルブミン定性	49	49	D001 8	(名称の変更)
D001 10	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性	72	72	D001 9	(名称の変更)
D001 10	尿中フィブリン分解産物(FDP)	72	72	D001 9	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロトランスフェリン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中ウロポルフィリン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロアルブミン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中デルタアミノレブリン酸	115	115	D001 10	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 11	尿中ポリアミン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 12	尿中ミオイノシトール	120	120	D001 11	(名称の変更)
D001 13	尿中コプロポルフィリン	150	150	D001 12	(名称の変更)
D001 14	尿中ポルフォビリノゲン	200	200	D001 13	(名称の変更)
D001 15	尿中 型コラーゲン	210	210	D001 14	(名称の変更)
D002	尿沈渣顕微鏡検査	25	25	D002	
D002 注	染色標本加算	9	9	D002 注	
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定	30	30	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	9	D003 1	
D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)	15	15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリリン	15	15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	15	D003 2	(名称の変更)
D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	20	D003 3	(名称の変更)
D003 4	糞便中虫体検出	23	23	D003 4	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	25	D003 5	(名称の変更)
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	37	D003 6	(名称の変更)
D003 7	糞便中虫卵培養検査	40	40	D003 7	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	42	D003 8	(名称の変更)
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	60	57	D003 9	(名称の変更)
D003 10	糞便中キモトリプシン	80	80	D003 10	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D001 5	胃酸度測定	15	15	D004 1	
D004 1	ヒューナー検査	20	20	D004 2	
D004 2	胃液又は十二指腸液一般検査	55	55	D004 3	
D004 3	髄液一般検査	65	62	D004 4	
D004 4	精液一般検査	70	70	D004 5	
D004 5	頸管粘液検査	75	75	D004 6	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	100	100	D004 7	(名称の変更)
- -	涙液中総IgE定性	-	100	D004 7	(新設)
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	135	135	D004 8	(名称の変更)
D004 8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量	170	170	D004 9	(名称の変更)
D004 9	マイクロバブルテスト	200	200	D004 10	
D004 10	関節液中コンドロカルシン	300	300	D004 11	
D004 11	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	380	380	D004 12	
D004 12	IgGインデックス	460	460	D004 13	
D004 13	髄液オリゴクローナルバンド	560	560	D004 14	(名称の変更)
D004 14	髄液MBP	620	620	D004 15	
- -	悪性腫瘍組織検査			D004-2	(新設)
D004 15	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	2,000	D004-2 1	
D004 16	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD-DST法)	2,000	2,000	D004-2 2	
(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度	9	9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12	12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15	15	D005 3	(名称の変更)
D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査	15	15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17	17	D005 4	
D005 5	末梢血液像	18	18	D005 5	
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	27	D005 5	
D005 6	末梢血液一般検査	22	21	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	40	40	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	45	D005 8	
D005 9	自己溶血試験	50	50	D005 9	
D005 9	血液粘稠度	50	50	D005 9	(名称の変更)
D005 9	ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})	50	50	D005 9	

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 10	ヘモグロビンF (HbF)	60	60	D005 10	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130	130	D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	240	240	D005 12	(名称の変更)
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	250	D005 13	(名称の変更)
D005 14	骨髓像	500	880	D005 14	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	40	D005 14	
D005 15	モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)	1,000	1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	15	D006 1	(名称の変更)
D006 1	プロトロンビン時間	15	18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	凝固時間	18	18	D006 2	(名称の変更)
D006 7	トロンボテスト	29	18	D006 2	(項目の分割)
D006 3	血餅収縮能	19	19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン	23	23	D006 4	(名称の変更)
D006 4	クリオフィブリノゲン検査	23	23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25	25	D006 5	(名称の変更)
D006 6	蛇毒試験	28	28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	28	D006 6	
D006 7	ヘパリン抵抗試験	29	28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間	29	29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	29	D006 7	(項目の分割)
D006 8	血小板凝集能	50	50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	65	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン	70	70	D006 10	
D006 11	フィブリン分解産物(FDP)	80	80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	プラスミン	80	80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)	80	80	D006 11	

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 11	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)	80	80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性値	80	80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	1 - アンチトリプシン	80	80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	100	95	D006 12	
D006 12	プラスミノゲン	100	100	D006 13	(名称の変更)
D007 20	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100	100	D006 13	
D006 13	フィブリノゲン分解産物	120	120	D006 14	(名称の変更)
D006 14	D - Dダイマー定性	140	140	D006 15	
D006 14	2 - マクログロブリン	140	140	D006 15	
D006 14	アンチプラスミン	140	140	D006 15	
D006 14	フォン・ウィルブランド因子活性	140	140	D006 15	(名称の変更)
D006 15	PIVKA	150	150	D006 16	
D006 15	D - Dダイマー	150	150	D006 16	(名称の変更)
D006 16	凝固因子インヒビター	160	160	D006 17	
D006 16	フォン・ウィルブランド因子抗原	160	160	D006 17	(名称の変更)
D006 17	プロテインS	170	170	D006 18	(名称の変更)
D006 17	2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	170	170	D006 18	
D006 18	血小板第4因子(PF ₄)	180	180	D006 19	(名称の変更)
D006 18	- トロンボグロブリン	180	180	D006 19	(名称の変更)
D006 19	トロンピン・アンチトロンピン 複合体(TAT)	200	200	D006 20	(名称の変更)
D006 19	プロトロンピンフラグメントF1+2	200	200	D006 20	(名称の変更)
D006 20	トロンボモジュリン	215	215	D006 21	(名称の変更)
D006 21	フィブリンモノマー複合体	240	240	D006 22	(名称の変更)
D006 21	凝固因子(, , , , , XI, XII, XIII)	240	240	D006 22	
D006 22	プロテインC	260	260	D006 23	
D006 22	tPA・PAI - 1複合体	260	260	D006 23	
D006 23	フィブリノペプチド	300	300	D006 24	(名称の変更)
D006 注	包括項目: 3項目又は4項目	530	530	D006 注	

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 注	包括項目:5項目以上	750	750	D006 注	
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)	2,000	2,000	D006-2	
D006-3	Major bcr - abl mRNA核酸増幅検査	1,200	1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	2,000	4,000	D006-4	(名称の変更)
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,000	2,600	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400	2,400	D006-6	
D006-7	WT1 mRNA核酸増幅検査	2,000	2,000	D006-7	(名称の変更)
- -	サイトケラチン(CK)19mRNA	-	2,000	D006-7	(新設)
- -	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	-	2,000	D006-7	(新設)
(生化学的検査())					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン	11	11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11	11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	11	D007 1	
D007 1	尿素窒素(BUN)	11	11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	11	D007 1	
D007 1	-グルタミールトランスペプチダーゼ(-GT)	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	中性脂肪	11	11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カリウム	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カルシウム	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	マグネシウム	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	膠質反応	11	11	D007 1	

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	クレアチン	11	11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	11	D007 1	
D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	エステル型コレステロール	11	11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	11	D007 1	
D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)	11	11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	アルドラーゼ	11	11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	11	D007 1	
D007 1	鉄	11	11	D007 1	
D007 17	不飽和鉄結合能(UIBC)	80	11	D007 1	
D007 18	総鉄結合能(TIBC)	85	11	D007 1	
D007 1	試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	11	11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15	15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	16	D007 3	
D007 4	HDL - コレステロール	17	17	D007 4	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	P及びHPO ₄	17	17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	17	17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	17	D007 4	(名称の変更)
D007 5	LDL - コレステロール	18	18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	18	D007 5	(名称の変更)
D007 6	銅	24	23	D007 6	(名称の変更)
D007 6	リパーゼ	24	24	D007 7	
D007 7	イオン化カルシウム	27	26	D007 8	
D007 7	マンガン	27	27	D007 9	

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 8	ムコ蛋白	30	29	D007 10	
D007 9	ケトン体	32	31	D007 11	
D007 9	アデノシンデアミナーゼ	32	32	D007 12	(名称の変更)
D007 10	グアナーゼ	35	35	D007 13	(名称の変更)
D007 11	リボプロテイン	45	45	D007 14	
D007 12	有機モノカルボン酸	48	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	胆汁酸	48	48	D007 15	
D007 12	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	48	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	アミラーゼ・アイソザイム	48	48	D007 15	
D007 12	-GT・アイソザイム	48	48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	48	48	D007 15	
D007 12	重炭酸塩	48	48	D007 15	
D007 13	AST・アイソザイム	50	49	D007 16	(名称の変更)
D007 13	アンモニア	50	50	D007 17	
D007 13	リボ蛋白分画(アガロース法)	50	50	D007 17	(名称の変更)
D007 14	CK・アイソザイム	55	55	D007 18	(名称の変更)
D007 14	グリコアルブミン	55	55	D007 18	
D007 15	コレステロール分画	60	57	D007 19	
D007 15	カタラーゼ	60	60	D007 20	
D007 15	ケトン体分画	60	60	D007 20	
D007 16	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	70	D007 21	
D007 17	G-6-PDH	80	80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	リボ蛋白分画(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	80	80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	1,5-アンヒドロ-D-グルシト-ル(1,5AG)	80	80	D007 22	
D007 17	グリココール酸	80	80	D007 22	
D007 19	CK-MB	90	90	D007 23	(名称の変更)
D007 20	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	100	95	D007 24	
D007 20	乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型	100	95	D007 24	

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 20	アポリポ蛋白	100	95	D007 24	
D007 20	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100	100	D007 25	
D007 21	ヘパリン	110	110	D007 26	
D007 22	リポ蛋白(a)	120	110	D007 26	(名称の変更)
D007 22	心筋トロポニンI	120	120	D007 27	(名称の変更)
D007 22	シアル化糖鎖抗原KL-6	120	120	D007 27	
D007 22	フェリチン	120	120	D007 27	
D007 22	アルコール	120	120	D007 27	
D007 22	ペントシジン	120	120	D007 27	
D007 22	イヌリン	120	120	D007 27	
D007 23	サーファクタントプロテインA(SP-A)	130	130	D007 28	
D007 23	心筋トロポニンT(定性、定量)	130	130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	ガラクトース	130	130	D007 28	
D007 23	アルミニウム	130	130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	シスタチンC	130	130	D007 28	(名称の変更)
D007 24	サーファクタントプロテインD(SP-D)	140	140	D007 29	
D007 25	血液ガス分析	150	150	D007 30	
D007 25	亜鉛	150	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	ミオグロビン	150	150	D007 30	
D007 25	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)	150	150	D007 30	
D007 25	P - - P	150	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	型コラーゲン	150	150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	アルブミン非結合型ビリルビン	150	150	D007 30	
D007 25	ビルビン酸キナーゼ(PK)	150	150	D007 30	
D007 26	アンギオテンシン 転換酵素(ACE)	160	160	D007 31	
D007 26	型コラーゲン・7S	160	160	D007 31	(名称の変更)
D007 26	ビタミンB ₁₂	160	160	D007 31	(名称の変更)
D007 27	葉酸	170	170	D007 32	(名称の変更)

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 28	アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	190	180	D007 33	(名称の変更)
D007 28	アセトアミノフェン	190	190	D007 34	(名称の変更)
D007 28	膵分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP - 1)	190	190	D007 34	
D007 28	ヒアルロン酸	190	190	D007 34	
D007 28	心室筋ミオシン軽鎖	190	190	D007 34	(名称の変更)
D007 29	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	200	200	D007 35	
D007 29	トリプシン	200	200	D007 35	
- -	MDA - LDL	-	200	D007 35	(新設)
D007 30	赤血球コプロポルフィリン	210	210	D007 36	(名称の変更)
D007 30	膵ホスホリパーゼA ₂ (膵PLA ₂)	210	210	D007 36	(名称の変更)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ	230	230	D007 37	(名称の変更)
D007 31	肝細胞増殖因子(HGF)	230	230	D007 37	
D007 31	CKアイソフォーム	230	230	D007 37	
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	230	D007 37	(名称の変更)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	250	D007 38	(名称の変更)
D007 32	膵分泌液中 -フェト蛋白	250	250	D007 38	
D007 34	ビタミンB ₁	290	270	D007 39	(名称の変更)
D007 33	赤血球プロトポルフィリン	280	280	D007 40	(名称の変更)
D007 33	ビタミンB ₂	280	280	D007 40	
D007 35	プロカルシトニン(PCT)	320	320	D007 41	
D007 36	ビタミンC	330	330	D007 42	(名称の変更)
D007 37	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1,25(OH) ₂ D ₃)	400	400	D007 43	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	100	95	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	109	104	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	129	123	D007 注	
(生化学的検査())					
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	

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 2	11 - ハイドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	60	D008 2	
D008 2	17 - ハイドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)	60	60	D008 2	
D008 3	17 - ケトステロイド(17-KS)	70	70	D008 3	(名称の変更)
D008 3	ホモバニール酸(HVA)	70	70	D008 3	(名称の変更)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	90	D008 4	(名称の変更)
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	95	D008 5	(名称の変更)
D008 6	プロラクチン(PRL)	100	100	D008 6	
D008 7	レニン活性	115	110	D008 7	(名称の変更)
D008 7	トリヨードサイロニン(T ₃)	115	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	ガストリン	115	115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	レニン定量	115	115	D008 8	(名称の変更)
D008 8	サイロキシシン(T ₄)	120	120	D008 9	(名称の変更)
D008 8	インスリン(IRI)	120	120	D008 9	(名称の変更)
D008 9	成長ホルモン(GH)	125	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	卵胞刺激ホルモン(FSH)	125	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	C - ペプタイド(CPR)	125	125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	黄体形成ホルモン(LH)	125	125	D008 10	
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイロキシシン結合能(TBC)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離サイロキシシン(FT ₄)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	コルチゾール	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	アルドステロン	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイロキシシン結合蛋白(TBG)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	テストステロン	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイログロブリン	140	140	D008 11	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT - proBNP)	140	140	D008 11	(名称の変更)
D008 11	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)	150	150	D008 12	
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	150	150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)分画	150	150	D008 12	
D008 11	グルカゴン	150	150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	カルシトニン	150	150	D008 12	(名称の変更)
D008 12	型コラーゲン架橋N - テロペプチド(NTx)	160	160	D008 13	(名称の変更)
- -	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP - 5b)	-	160	D008 13	(新設)
D008 13	オステオカルシン	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	尿中 クロスラプス	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	セクレチン	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	プロジェステロン	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	遊離テストステロン	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	クロスラプス(尿を除く。)	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	170	170	D008 14	(名称の変更)
D008 14	サイクリックAMP(C - AMP)	180	180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストリオール(E ₃)	180	180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストロジェン	180	180	D008 15	
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C - PTHrP)	190	180	D008 15	(名称の変更)
D008 15	副甲状腺ホルモン(PTH)	190	190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	カテコールアミン分画	190	190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	DHEA - S	190	190	D008 16	(名称の変更)
D008 16	尿中デオキシビリジノリン	200	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	エストラジオール(E ₂)	200	200	D008 17	(名称の変更)

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 17	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	カテコールアミン	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	エリスロポエチン	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17 - ヒドロキシプロジェステロン	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	抗IA-2抗体	220	220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	プレグナンジオール	220	220	D008 18	
D008 18	メタネフリン	240	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ソマトメジンC	240	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)	240	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	アルギニンバゾプレッシン	240	240	D008 19	(名称の変更)
D008 19	プレグナントリオール	250	250	D008 20	(名称の変更)
D008 19	ノルメタネフリン	250	250	D008 20	(名称の変更)
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	280	D008 21	(名称の変更)
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	630	630	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80	80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115	115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	- フェトプロテイン(AFP)	115	115	D009 2	
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)	115	115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	115	115	D009 2	(名称の変更)
D009 3	DUPAN-2	130	130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	NCC-ST-439	130	130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	CA15-3	130	130	D009 3	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 5	前立腺酸ホスファターゼ抗原	140	130	D009 3	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135	135	D009 4	(名称の変更)
D009 5	PSA	140	140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	CA19-9	150	140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA72-4	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA-50	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	SPan-1抗原	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	シアルルTn抗原	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	PIVKA	150	150	D009 6	(名称の変更)
D009 7	尿中NMP22	160	160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	シアルルLe ^x -i(SLX)抗原	160	160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	CA125	160	160	D009 7	(名称の変更)
-	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	-	160	D009 7	(新設)
D009 8	シアルルLe ^x (CSLEX)抗原	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	型プロコラーゲン-C-プロペプチド	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	型コラーゲンCテロペプチド	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	SP1	170	170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	血清中抗p53抗体	170	170	D009 8	
D009 9	サイトケラチン19フラグメント	180	180	D009 9	(名称の変更)
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180	180	D009 9	(名称の変更)
D009 10	尿中遊離型フコース	190	190	D009 10	
D009 10	CA602	190	190	D009 10	(名称の変更)
D009 10	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L ₃ %)	190	190	D009 10	
D009 10	CA54/61	190	190	D009 10	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190	190	D009 10	(名称の変更)
D009 11	- セミノプロテイン	200	200	D009 11	(名称の変更)
D009 11	CA130	200	200	D009 11	(名称の変更)
D009 12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コア(HCG - CF)	210	200	D009 11	(名称の変更)
D009 13	膵癌胎児性抗原(POA)	220	220	D009 12	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中CEA	320	320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中HER2タンパク	320	320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	血清中HER2タンパク	320	320	D009 13	(名称の変更)
D009 15	インターロイキン2受容体(IL-2R)	460	460	D009 14	(名称の変更)
D009 注	包括項目:2項目	230	230	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	290	290	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	420	420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	40	38	D010 1	
D010 2	結石分析	120	120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	300	300	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	(名称の変更)
D010 5	イ 1種類につき	320	320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	1,300	D010 5	
D010 6	アミノ酸分析(定性)	350	350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	450	450	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	1,200	D010 8	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	21	D011 1	
D011 2	クームス試験			D011 2	

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 2	イ 直接	30	30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	160	D011 3	
D011 4	赤血球不規則抗体検査	170	170	D011 4	
D011 5	-D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	200	200	D011 5	
D011 6	PAIgG(血小板関連IgG)	210	210	D011 6	
D011 7	A B O血液型亜型	260	260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体検査	270	270	D011 8	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	15	15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジンO価(ASO価)	15	15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体価(半定量)	27	27	D012 2	(名称の変更)
D012 3	抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)	29	29	D012 3	
D012 4	TPHA試験(定性)	32	32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体価	32	32	D012 4	
D012 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	34	D012 5	
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査	34	34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	TPHA試験	55	53	D012 6	(名称の変更)
D012 7	アデノウイルス抗原(定性)	60	60	D012 7	(名称の変更)
D012 7	迅速ウレアーゼ試験	60	60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原	65	65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)	70	70	D012 9	(名称の変更)
D012 9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価	70	70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価	75	75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	80	80	D012 11	
D012 11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)	80	80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	百日咳菌抗体価(半定量)	80	80	D012 11	(名称の変更)

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 12	HTLV - 抗体価(半定量)	85	85	D012 12	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマ抗体価	95	95	D012 13	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価	95	95	D012 13	(名称の変更)
D012 14	赤痢アメーバ抗体価	100	-	- -	(削除)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	100	100	D012 14	
D012 14	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	100	D012 14	
D012 15	抗抗酸菌抗体価	120	120	D012 15	(名称の変更)
D012 15	HIV - 1抗体価	120	120	D012 15	
D012 16	HIV-1,2抗体価	130	130	D012 16	
D012 17	A群 溶連菌迅速試験	140	140	D012 17	
D012 17	ノイラミニダーゼ	140	140	D012 17	
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	150	150	D012 18	
D012 18	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原	150	150	D012 18	
D012 18	インフルエンザウイルス抗原	150	150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	カンジダ抗原	150	150	D012 18	
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	150	150	D012 18	
D012 18	RSウイルス抗原	150	150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	FTA - ABS試験	150	150	D012 18	
D012 19	D - アラビニトール	160	160	D012 19	
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価	160	160	D012 19	(名称の変更)
D012 20	大腸菌O157LPS抗原	170	170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原	170	170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170	170	D012 20	
D012 21	マイコプラズマ抗原(咽頭内)	180	170	D012 20	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原同定検査	180	180	D012 21	(名称の変更)
D012 21	大腸菌O157LPS抗体	180	180	D012 21	
D012 21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	180	180	D012 21	
D012 22	大腸菌抗原同定検査	190	180	D012 21	

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 22	クリプトコックス・ネオフォルマンس抗原	190	190	D012 22	
D012 22	HTLV - I抗体価	190	190	D012 22	(名称の変更)
D012 23	ブルセラ凝集反応	210	210	D012 23	
D012 23	アデノウイルス抗原	210	210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	210	210	D012 23	
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価	210	210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	レプトスピラ抗体価	210	210	D012 23	
D012 24	ツツガムシ抗体価	220	220	D012 24	
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価	220	220	D012 24	(名称の変更)
D012 24	(1 3) - - D - グルカン	220	220	D012 24	
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価	230	220	D012 24	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体価	230	230	D012 25	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	230	230	D012 25	(名称の変更)
D012 26	尿中レジオネラ抗原	240	240	D012 26	
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	240	240	D012 26	(名称の変更)
D012 27	エンドトキシン検査	270	270	D012 27	(名称の変更)
D012 27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	270	270	D012 27	(名称の変更)
D012 28	HIV - 1抗体価(ウエスタンプロット法)	280	280	D012 28	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体価	300	300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原	300	300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異IgG抗体価	300	300	D012 29	
D012 29	ワイルフェリックス反応	300	300	D012 29	
D012 30	HIV - 2抗体価(ウエスタンプロット法)	380	380	D012 30	(名称の変更)
D012 31	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	410	410	D012 31	
D012 32	HTLV - 抗体価(ウエスタンプロット法)	450	450	D012 32	(名称の変更)
D012 33	HIV抗原	600	600	D012 33	(名称の変更)
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原(定性、半定量)	29	29	D013 1	(名称の変更)

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	H B s抗体価(半定量)	32	32	D013 2	(名称の変更)
D013 3	H B s抗原	95	90	D013 3	(名称の変更)
D013 3	H B s抗体価	95	90	D013 3	(名称の変更)
D013 4	H B e抗原	110	110	D013 4	(名称の変更)
D013 4	H B e抗体価	110	110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	H C V抗体価(定性、定量)	120	120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	H C Vコア蛋白質	120	120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	H B c抗体価	150	150	D013 6	
D013 6	I g M - H A抗体価	150	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	H A抗体価	150	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	I g M - H B c抗体価	150	150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	H C Vコア抗体価	150	150	D013 6	(名称の変更)
D013 7	H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	170	160	D013 7	
D013 8	H C V特異抗体価測定による群別判定	240	240	D013 8	
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(H B c r A g)	290	290	D013 9	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	330	330	D013 10	(名称の変更)
D013 11	H C V特異抗体価	340	340	D013 11	(名称の変更)
D013 注	包括項目:3項目	290	290	D013 注	
D013 注	包括項目:4項目	360	360	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	520	494	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子	30	30	D014 2	
D014 3	サイロイドテスト	37	37	D014 3	(項目の分割)
D014 3	マイクロゾームテスト	37	37	D014 3	(項目の分割)
D014 4	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	55	55	D014 4	
D014 5	L Eテスト	70	68	D014 5	
D014 6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	110	110	D014 6	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 6	インスリン抗体	110	110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体価(蛍光抗体法)	120	115	D014 7	
D014 7	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	120	120	D014 8	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ - 3 (MMP - 3)	120	120	D014 8	(名称の変更)
D014 8	抗Jo - 1抗体	150	150	D014 9	
D014 8	抗サイログロブリン抗体	150	150	D014 9	(名称の変更)
D014 8	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	150	D014 9	
D014 8	抗RNP抗体	150	150	D014 9	
D014 9	抗Sm抗体	170	170	D014 10	
D014 9	抗SS - A / Ro抗体	170	170	D014 10	
D014 9	抗SS - B / La抗体	170	170	D014 10	
D014 9	抗Scl - 70抗体	170	170	D014 10	
D014 9	C ₁ q結合免疫複合体	170	170	D014 10	(名称の変更)
D014 10	抗DNA抗体価	180	180	D014 11	
D014 11	抗セントロメア抗体	190	190	D014 12	(名称の変更)
D014 12	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	200	D014 13	(名称の変更)
D014 13	C ₃ d結合免疫複合体	210	210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	IgG型リウマチ因子	210	210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	抗シトルリン化ペプチド抗体	210	210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体	230	210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗カルジオリピン ₂ グリコプロテイン (抗CL ₂ GP ₂)複合体抗体	230	230	D014 15	
D014 14	抗LKM - 1抗体	230	230	D014 15	(名称の変更)
D014 15	抗カルジオリピン抗体	250	250	D014 16	(名称の変更)
D014 15	TSHレセプター抗体	250	250	D014 16	(名称の変更)
D014 16	血清中抗デスモグレイン3抗体	270	270	D014 17	
D014 16	血清中抗BP180NC16a抗体	270	270	D014 17	
D014 17	ルーブスアンチコアグラント	290	290	D014 18	
D014 17	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	290	290	D014 18	

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 17	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO - ANCA)	290	290	D014 18	(名称の変更) (名称の変更) (新設)
D014 17	抗糸球体基底膜抗体	290	290	D014 18	
D014 18	血清中抗デスモグレイン1抗体	300	300	D014 19	
D014 19	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)	350	350	D014 20	
- -	IgG4	-	400	D014 21	
D014 20	抗GM1IgG抗体	460	460	D014 22	
D014 20	抗GQ1bIgG抗体	460	460	D014 22	
D014 21	抗アセチルコリンレセプター抗体価	900	900	D014 23	
D014 22	グルタミン受容体自己抗体	1,000	1,000	D014 24	
D014 注	包括項目:2項目	320	320	D014 注	
D014 注	包括項目:3項目以上	490	490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査			D015	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16	16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)	16	16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	30	D015 2	
D015 2	G - 6 - Pase	30	30	D015 2	
D015 3	G - 6 - PDH定性	34	34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	34	D015 3	
D015 4	血清補体価(CH ₅₀)	38	38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン	42	42	D015 5	
D015 6	血清アミロイドA(SAA)蛋白	48	48	D015 6	
D015 7	トランスフェリン	60	60	D015 7	
D015 8	補体蛋白(C ₃)	70	70	D015 8	
D015 8	補体蛋白(C ₄)	70	70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90	90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE	100	100	D015 10	
D015 11	特異的IgE	110	110	D015 11	

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 12	γ - マイクログロブリン(γ - m)	115	115	D015 12	(名称の変更)	
D015 12	プレアルブミン	115	115	D015 12		
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	140	D015 13		
D015 14	α ₁ - マイクログロブリン	150	150	D015 14		
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	150	D015 14		
D015 15	C ₃ プロアクチベータ	160	160	D015 15		
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	170	170	D015 16		
D015 17	ヘモペキシン	180	180	D015 17		
D015 18	血中APRスコア	200	200	D015 18		
D015 18	アトピー鑑別試験	200	200	D015 18		
- -	ヒトTRAC	-	200	D015 18		(新設)
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210	210	D015 19		
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	220	220	D015 20		
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	240	240	D015 21		
D015 22	C ₁ インアクチベータ	290	290	D015 22		
D015 23	免疫グロブリンL鎖 / 比	340	340	D015 23		
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン -	420	600	D015 24		(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016		(名称の変更)
D016 1	表面免疫グロブリン(一連につき)	170	170	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	フローサイトメトリー法によるT細胞・B細胞百分率検査	210	210	D016 3		
D016 4	モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査(一連につき)	220	210	D016 3		
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	220	D016 4		
D016 5	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査	290	270	D016 5		
D016 5	リンパ球幼若化検査(一連につき)	290	350	D016 6		
(微生物学的検査)						
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017		
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	32	42	D017 1		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	注 集菌塗抹法加算	-	32	D017 1	(新設)
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	45	D017 2	
D017 3	その他のもの	25	40	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	130	140	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	130	140	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	130	150	D018 3	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	120	130	D018 4	
D018 4	その他の部位からの検体	110	120	D018 5	
D018 5	簡易培養検査	55	60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	70	80	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	130	140	D019 1	
D019 2	2菌種	170	180	D019 2	
D019 3	3菌種以上	220	230	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	120	130	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	150	200	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	140	180	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	280	290	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	-	300	D022	
D022 1	3薬剤以下	200	-	- -	(削除)
D022 2	4薬剤以上	230	-	- -	(削除)
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査(1菌種当たり)	130	130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定検査	210	210	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	210	210	D023 2	
D023 3	H B V核酸定量検査	290	290	D023 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		
D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査	300	300	D023 4	(名称の変更)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	310	D023 5	
D023 6	HCV核酸同定検査	360	360	D023 6	
- -	HPV核酸同定検査	-	360	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	410	410	D023 7	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸同定検査	410	410	D023 7	(名称の変更)
D023 8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査	430	430	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HCV核酸定量検査	450	450	D023 9	
D023 9	血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査	450	450	D023 9	
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	450	450	D023 9	
D023 9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	450	450	D023 9	(名称の変更)
D023 10	HIV - 核酸定量検査	520	520	D023 10	
D023 10	注 濃縮前処理加算	130	130	D023 10	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550	550	D023 11	
D023 12	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000	6,000	D023 12	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')	55	55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験	70	70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	150	150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査	200	200	D023-2 4	(名称の変更)
D024	動物使用検査	170	170	D024	
(基本的検体検査実施料)					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	140	140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	110	110	D025 2	
第2款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	34	D026 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		
D026 2	血液学的検査判断料	125	125	D026 2	
D026 3	生化学的検査()判断料	144	144	D026 3	
D026 4	生化学的検査()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()	40	40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算()	100	100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算()	300	300	D026 注	
- -	検体検査管理加算()	-	500	D026 注	(新設)
D027	基本的検体検査判断料	604	604	D027	
第3節 生体検査料 (呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	80	80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	130	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	70	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査□	135	135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	135	135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	85	D204	

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		
D205	呼吸機能検査等判断料	140	140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	4,000	D206 2	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定	100	100	D207 2	
D207 2	血管伸展性検査	100	100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの)	150	150	D207 3	
D207 3	脳循環測定(色素希釈法によるもの)	150	150	D207 3	
D207 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	1,350	D207 4	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	150	D208 3	
D208 4	パリストカルジオグラフ	90	90	D208 4	
D208 5	その他(6誘導以上)	90	90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	320	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D210 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	
- -	埋込型心電図検査	-	90	D210-3	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	800	D211	
- -	喘息運動負荷試験	-	800	D211-2	(新設)
D212	リアルタイム解析型心電図	500	500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	500	D212-2	
D213	心音図検査	150	150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	2検査	80	80	D214 1	(名称の変更)
D214 2	3又は4検査	130	130	D214 2	(名称の変更)
D214 3	5又は6検査	180	180	D214 3	(名称の変更)
D214 4	7検査以上	220	220	D214 4	(名称の変更)
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	(名称の変更)
D215 2	イ 胸腹部	530	530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	(名称の変更)
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	880	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ロ Mモード法	500	500	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	1,500	D215 3	(名称の変更)
- -	ニ 胎児心エコー法	-	1,000	D215 3	(新設)
D215 4	ドブラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	20	D215 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D215 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	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	50	-	D216-2	
- -	超音波検査によるもの	-	55	D216-2 1	(新設)
- -	導尿によるもの	-	45	D216-2 2	(新設)
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	360	D217 1	
- -	大腿骨同時撮影加算	-	90	D217 注	(新設)
D217 2	MD法	140	140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	80	D217 3	
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	700	D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200	200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50	50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150	150	D220 2	
D220 2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130	130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50	50	D220 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D221	削除			D221	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	600	D222 2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	200	D225-3	
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	100	100	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	400	400	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表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	人工臍臓(一連につき)	5,000	5,000	D231	
-	-				
-	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	-	700	D231-2	(新設)
D232	食道内圧測定検査	650	650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	800	D233 1	

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		
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	1,000	D234	
(脳波検査等)					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	500	600	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250	250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	400	400	D235-2	
- -	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	-	700	D235-3	(新設)
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	670	D236 3	
- -	聴性定常反応	-	800	D236 4	(新設)
D236-2	光トポグラフィー	670	670	D236-2	
D236-3	神経磁気診断	5,000	5,000	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	720	D237 1	
D237 2	1以外の場合	3,300	3,300	D237 2	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	140	140	D238	
(神経・筋検査)					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあっては1筋につき))	200	200	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	250	150	D239 2	(名称の変更)
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	300	300	D239-3	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130	130	D240 1	

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		
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200	200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	140	140	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	310	D242 4	
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	400	350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	400	350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	400	350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	400	350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	110	D244 3	
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	

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 1	鼓膜音響インピーダンス検査	300	300	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350	350	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	450	D248	
D249	蝸電図	750	750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	150	150	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250	250	D250 5	
D250 5	下肢加重検査	250	250	D250 5	
D250 5	フォースプレート分析	250	250	D250 5	
D250 5	動作分析検査	250	250	D250 5	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコーピー	450	450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	40	45	D253 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	300	D254	
(眼科学的検査)					
D255	精密眼底検査(片側)	56	56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	56	56	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	400	D256 2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	230	D258	
-	-	-	500	D258-2	(新設)
D259	精密視野検査(片側)	38	38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	300	300	D260 2	
D261	屈折検査	74	69	D261	
D262	調節検査	74	74	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	74	69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	74	69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	85	82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	89	84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	110	D265-2	
D266	光覚検査	42	42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコプ又は色相配列検査を行った場合	60	60	D267 1	
D267 2	1以外の場合	38	38	D267 2	

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		
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	38	D268	
D269	眼球突出度測定	38	38	D269	
-	-	-	150	D269-2	(新設)
D270	削除				
D271	角膜知覚計検査	38	38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	38	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	38	38	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	38	38	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	48	D273	
D274	前房隅角検査	38	38	D274	
D275	圧迫隅角検査	76	76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	38	D277	
D278	眼球電位図(EOG)	260	260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	38	D282	
D282-2	PL(Preferential Looking)法	100	100	D282-2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	56	56	D282-3 2	
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72	72	D282-4	
(臨床心理・神経心理検査)					

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		
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	280	D283 2	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	450	D285 3	
(負荷試験等)					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	150	D286	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	(名称の変更)
D287 1	イ 成長ホルモン(GH)(一連として)	1,200	1,200	D287 1	
D287 1	ロ ゴナドトロピン(LH及びFSH)(一連として月1回)	1,600	1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL)(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鉱質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	

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		
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膵機能テスト(PFDテスト)	100	100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2回法)	100	100	D289 2	
D289 2	ビリルビン負荷試験	100	100	D289 2	
D289 2	馬尿酸合成試験	100	100	D289 2	
D289 2	フィッシュバーグ	100	100	D289 2	
D289 2	水利尿試験	100	100	D289 2	
D289 2	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)	100	100	D289 2	
D289 2	モーゼンタール法	100	100	D289 2	
D289 2	キシローゼ試験	100	100	D289 2	
D289 2	ヨードカリ試験	100	100	D289 2	
D289 3	胆道機能テスト	700	700	D289 3	
D289 3	胃液分泌刺激テスト	700	700	D289 3	
D289 4	セクレチン試験	3,000	3,000	D289 4	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100	100	D290	
D290	ルビンテスト	100	100	D290	
D290-2	尿失禁定量テスト(パッドテスト)	100	100	D290-2	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定			D291	
D291 1	21箇所以内の場合(1箇所につき)	16	16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合(一連につき)	350	350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	1,000	D291-2	
-	内服・点滴誘発試験	-	1,000	D291-3	(新設)
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	480	D292 1	

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		
D292 2	血球量測定	800	800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	575	D293 2	
D293 3	心機能検査(心拍出量測定を含む。)	990	990	D293 3	
D293 4	肺局所機能検査	1,820	1,820	D293 4	
D293 4	脳局所血流検査	1,820	1,820	D293 4	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	110	D294	
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査(片側)	600	600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(部位を問わず一連につき)	620	600	D298	
-	-	-	600	D298-2	(新設)
D299	喉頭ファイバースコープ	620	600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査(片側)	1,000	1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500	500	D301	
D301	気管支カメラ	500	500	D301	
D302	気管支ファイバースコープ	1,500	2,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	6,000	6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	7,000	D304	

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		
D305	食道鏡検査	400	400	D305	
D305	食道カメラ	400	400	D305	
D306	食道ファイバースコープ	800	800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	60	D306 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	200	D306 注	(新設)
D307	胃鏡検査	500	500	D307	
D307	ガストロカメラ	500	500	D307	
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	1,140	D308	
D308 注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	600	D308 注	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	600	D308 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	200	D308 注	(新設)
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	1,400	D309	
D310	小腸ファイバースコープ			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	2,000	3,000	D310 1	
D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	1,700	D310 2	
D310 3	その他のもの	1,700	1,700	D310 3	
D310 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	60	D310 注	
D311	直腸鏡検査	300	300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコープ	550	550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	60	D312 注	
D313	大腸ファイバースコープ			D313	
D313 1	S状結腸	900	900	D313 1	
D313 2	下行結腸及び横行結腸	1,350	1,350	D313 2	
D313 3	上行結腸及び盲腸	1,550	1,550	D313 3	
D313 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	60	D313 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	200	D313 注	(新設)

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		
D314	腹腔鏡検査	1,800	1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	900	950	D317	
-	-	-	890	D317-2	(新設)
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	1,000	D318	(名称の変更)
D319	腎盂尿管ファイバースコープ(片側)	1,500	1,500	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	220	D320	
D321	コルポスコープ	150	150	D321	
D322	子宮ファイバースコープ	800	800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	3,600	D325	
第4節 診断穿刺・検体採取料					
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	11	13	D400 1	
D400 2	その他	6	6	D400 2	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	14	D400 注	
D401	脳室穿刺	500	500	D401	
D401 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	300	D402	
D402 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	150	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	150	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	150	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	130	260	D404 1	

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		
D404 2	その他	150	280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D404 注	
- -	骨髄生検	-	730	D404-2	(新設)
- -	6歳未満の乳幼児加算	-	100	D404-2 注	(新設)
D405	関節穿刺(片側)	100	100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	100	100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	60	60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	180	180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	240	D407	
D407 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	200	D409	
- -	センチネルリンパ節生検			D409-2	(新設)
- -	併用法	-	5,000	D409-2 1	(新設)
- -	単独法	-	3,000	D409-2 2	(新設)
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	200	200	D410	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	310	D414	
- -	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	-	4,000	D414-2	(新設)
D415	経気管肺生検法	3,300	4,000	D415	
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	5,550	D416 2	
D416 注	6歳未満の乳幼児加算	2,000	2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)	500	500	D417 1	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650	650	D417 3	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	350	D417 3	
D417 4	耳	400	400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	400	D417 5	
D417 6	口腔	400	400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	650	D417 8	
D417 9	乳腺	650	650	D417 9	
D417 10	直腸	650	650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	620	D417 12	
- -	心筋	-	5,000	D417 13	(新設)
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D417 注	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	50	D419 3	
- -	前房水採取	-	350	D419 4	(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
D001 1	蛋白定量	D001 1	尿蛋白
D001 2	糖定量	D001 2	尿グルコース
D001 3	アミラーゼ定性半定量	D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)
D001 4	ビリルビン定量	D001 4	ビリルビン
D001 6	ウロビリニン定量	D001 5	ウロビリニン
D001 6	ウロビリノーゲン定量	D001 5	尿中ウロビリノーゲン
D001 6	浸透圧測定	D001 5	尿浸透圧
D001 7	ボルフィリン症スクリーニングテスト	D001 6	尿中ボルフィリン症スクリーニングテスト
D001 8	N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	D001 7	尿中N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)
D001 9	アルブミン定性	D001 8	尿中アルブミン定性
D001 10	黄体形成ホルモン(LH)定性	D001 9	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性
D001 10	線維素分解産物(FDP)測定	D001 9	尿中フィブリン分解産物(FDP)
D001 11	マイクロトランスフェリン精密測定(尿中)	D001 10	尿中マイクロトランスフェリン
D001 11	ウロボルフィリン定量	D001 10	尿中ウロボルフィリン
D001 11	アルブミン定量精密測定	D001 10	尿中マイクロアルブミン
D001 11	デルタアミノレブリン酸定量	D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸
D001 11	ポリアミン	D001 10	尿中ポリアミン
D001 12	ミオイノシトール定量	D001 11	尿中ミオイノシトール
D001 13	コプロボルフィリン定量	D001 12	尿中コプロボルフィリン
D001 14	ポルフォビリノーゲン定量	D001 13	尿中ポルフォビリノーゲン
D001 15	型コラーゲン定量精密測定	D001 14	尿中 型コラーゲン
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定
D003 2	虫卵検査(集卵法)	D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)
D003 2	ウロビリニン定量	D003 2	糞便中ウロビリニン

D003	2	ウロビリノーゲン定量	D003	2	糞便中ウロビリノゲン
D003	3	塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	D003	3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)
D003	4	虫体検出	D003	4	糞便中虫体検出
D003	5	脂質定量	D003	5	糞便中脂質
D003	6	ヘモグロビン定性	D003	6	糞便中ヘモグロビン定性
D003	7	虫卵培養検査	D003	7	糞便中虫卵培養検査
D003	8	ヘモグロビン定量	D003	8	糞便中ヘモグロビン
D003	9	ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003	9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン
D003	10	キモトリプシン	D003	10	糞便中キモトリプシン
D004	6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性
D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	D004	8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ
D004	8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LDH)半定量	D004	9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量
D004	13	髄液オリゴクローナルバンド測定	D004	14	髄液オリゴクローナルバンド
D005	1	赤血球沈降速度測定	D005	1	赤血球沈降速度
D005	3	血液浸透圧測定	D005	3	血液浸透圧
D005	9	血液粘稠度測定	D005	9	血液粘稠度
D005	12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定	D005	12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性
D005	13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定	D005	13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)
D006	1	出血時間測定	D006	1	出血時間
D006	1	プロトロンビン時間測定	D006	2	プロトロンビン時間
D006	2	凝固時間測定	D006	2	凝固時間
D006	4	フィブリノーゲン定量	D006	4	フィブリノゲン
D006	4	クリオフィブリノーゲン検査	D006	4	クリオフィブリノゲン検査
D006	5	トロンビン時間測定	D006	5	トロンビン時間
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間
D006	11	線維素分解産物(FDP)測定	D006	11	フィブリン分解産物(FDP)
D006	11	プラスミン活性値測定検査	D006	11	プラスミン活性値

D006 12	プラスミノーゲン	D006 13	プラスミノゲン
D006 13	フィブリノーゲン分解産物精密測定	D006 14	フィブリノゲン分解産物
D006 14	フォン・ウィルブランド因子	D006 15	フォン・ウィルブランド因子活性
D006 15	D - Dダイマー定量	D006 16	D - Dダイマー
D006 16	第 因子様抗原	D006 17	フォン・ウィルブランド因子抗原
D006 17	プロテインS精密測定	D006 18	プロテインS
D006 18	血小板第4因子(PF ₄)精密測定	D006 19	血小板第4因子(PF ₄)
D006 18	- トロンボグロブリン精密測定	D006 19	- トロンボグロブリン
D006 19	トロンピン・アンチトロンピン 複合体(TAT)精密測定	D006 20	トロンピン・アンチトロンピン 複合体(TAT)
D006 19	プロトロンビンフラグメントF1 + 2精密測定	D006 20	プロトロンビンフラグメントF1 + 2
D006 20	トロンボモジュリン精密測定	D006 21	トロンボモジュリン
D006 21	フィブリンモノマー複合体定量	D006 22	フィブリンモノマー複合体
D006 23	フィブリノペプチド精密測定	D006 24	フィブリノペプチド
D006-3	Major bcr - abl mRNA核酸増幅精密測定	D006-3	Major bcr - abl mRNA核酸増幅検査
D006-4	遺伝病的検査	D006-4	遺伝学的検査
D006-7	WT1mRNA定量	D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査
D007 1	アルカリフォスファターゼ	D007 1	アルカリホスファターゼ
D007 1	-グルタミールトランスペプチダーゼ(-GTP)	D007 1	-グルタミールトランスペプチダーゼ(-GT)
D007 1	Na及びCl	D007 1	ナトリウム及びクロール
D007 1	K	D007 1	カリウム
D007 1	Ca	D007 1	カルシウム
D007 1	Mg	D007 1	マグネシウム
D007 1	乳酸脱水素酵素(LDH)	D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)
D007 1	酸性フォスファターゼ	D007 1	酸ホスファターゼ
D007 1	クレアチン・フォスホキナーゼ(CPK)	D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)
D007 4	前立腺酸性フォスファターゼ	D007 4	前立腺酸ホスファターゼ
D007 4	グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)	D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)

D007	4	グルタミン・ピルピク・トランスアミナーゼ(GPT)	D007	4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)
D007	5	蛋白分画測定	D007	5	蛋白分画
D007	6	Cu	D007	6	銅
D007	9	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	D007	12	アデノシンデアミナーゼ
D007	10	グアナーゼ(GU)	D007	13	グアナーゼ
D007	12	有機モノカルボン酸定量	D007	15	有機モノカルボン酸
D007	12	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム	D007	15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム
D007	12	-GTP・アイソザイム	D007	15	-GT・アイソザイム
D007	13	GOT・アイソザイム	D007	16	AST・アイソザイム
D007	13	リポ蛋白分画	D007	17	リポ蛋白分画(アガロース法)
D007	14	CPK・アイソザイム	D007	18	CK・アイソザイム
D007	17	G-6-PDH定量	D007	22	G-6-PDH
D007	17	リポ蛋白分画精密測定	D007	22	リポ蛋白分画(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007	19	CPK・アイソザイム精密測定	D007	23	CK-MB
D007	22	リポ蛋白(a)精密測定	D007	26	リポ蛋白(a)
D007	22	心筋トロポニンI精密測定	D007	27	心筋トロポニンI
D007	23	心筋トロポニンT	D007	28	心筋トロポニンT(定性、定量)
D007	23	Al	D007	28	アルミニウム
D007	23	シスタチンC精密測定	D007	28	シスタチンC
D007	25	Zn	D007	30	亜鉛
D007	25	P--P精密測定	D007	30	P--P
D007	25	型コラーゲン精密測定	D007	30	型コラーゲン
D007	26	型コラーゲン・7S精密測定	D007	31	型コラーゲン・7S
D007	26	ビタミンB ₁₂ 定量精密測定	D007	31	ビタミンB ₁₂
D007	27	葉酸精密測定	D007	32	葉酸
D007	28	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定	D007	33	アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007	28	アセトアミノフェン精密測定	D007	34	アセトアミノフェン

D007 28	心室筋ミオシン軽鎖 精密測定	D007 34	心室筋ミオシン軽鎖
D007 30	赤血球コプロポルフィリン定量	D007 36	赤血球コプロポルフィリン
D007 30	腓ホスホリパーゼA ₂ (腓PLA ₂)精密測定	D007 36	腓ホスホリパーゼA ₂ (腓PLA ₂)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ精密測定	D007 37	リポ蛋白リパーゼ
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定	D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定	D007 38	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性
D007 34	ビタミンB ₁ 定量	D007 39	ビタミンB ₁
D007 33	赤血球プロトポルフィリン定量	D007 40	赤血球プロトポルフィリン
D007 36	ビタミンC定量精密測定	D007 42	ビタミンC
D008 3	17-ケトステロイド(17-KS)精密測定	D008 3	17-ケトステロイド(17-KS)
D008 3	ホモバニール酸(HVA)精密測定	D008 3	ホモバニール酸(HVA)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)精密測定	D008 4	バニールマンデル酸(VMA)
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)精密測定	D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)
D008 7	レニン活性精密測定	D008 7	レニン活性
D008 7	トリヨードサイロニン(T ₃)精密測定	D008 8	トリヨードサイロニン(T ₃)
D008 7	甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定	D008 8	甲状腺刺激ホルモン(TSH)
D008 7	ガストリン精密測定	D008 8	ガストリン
D008 7	レニン定量精密測定	D008 8	レニン定量
D008 8	サイロキシシン(T ₄)精密測定	D008 9	サイロキシシン(T ₄)
D008 8	インスリン(IRI)精密測定	D008 9	インスリン(IRI)
D008 9	成長ホルモン(GH)精密測定	D008 10	成長ホルモン(GH)
D008 9	卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定	D008 10	卵胞刺激ホルモン(FSH)
D008 9	C-ペプチド(CPR)精密測定	D008 10	C-ペプチド(CPR)
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)
D008 10	サイロキシシン結合能(TBC)精密測定	D008 11	サイロキシシン結合能(TBC)
D008 10	遊離サイロキシシン(FT ₄)精密測定	D008 11	遊離サイロキシシン(FT ₄)
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定	D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価

D008 10	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定	D008 11	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)
D008 10	コルチゾール精密測定	D008 11	コルチゾール
D008 10	アルドステロン精密測定	D008 11	アルドステロン
D008 10	サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定	D008 11	サイロキシン結合蛋白(TBG)
D008 10	テストステロン精密測定	D008 11	テストステロン
D008 10	サイログロブリン精密測定	D008 11	サイログロブリン
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定	D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)
D008 11	グルカゴン精密測定	D008 12	グルカゴン
D008 11	カルシトニン精密測定	D008 12	カルシトニン
D008 12	型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定	D008 13	型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)
D008 13	オステオカルシン精密測定	D008 14	オステオカルシン
D008 13	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	D008 14	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)
D008 13	尿中 クロスラプス精密測定	D008 14	尿中 クロスラプス
D008 13	セクレチン精密測定	D008 14	セクレチン
D008 13	プロジェステロン精密測定	D008 14	プロジェステロン
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)
D008 13	遊離テストステロン精密測定	D008 14	遊離テストステロン
D008 13	クロスラプス精密測定	D008 14	クロスラプス(尿を除く。)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定	D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)
D008 14	サイクリックAMP(C-AMP)精密測定	D008 15	サイクリックAMP(C-AMP)
D008 14	エストリオール(E ₃)精密測定	D008 15	エストリオール(E ₃)
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)精密測定	D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)
D008 15	副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定	D008 16	副甲状腺ホルモン(PTH)
D008 15	カテコールアミン分画精密測定	D008 16	カテコールアミン分画
D008 15	DHEA-S精密測定	D008 16	DHEA-S
D008 16	尿中デオキシビリジノリン精密測定	D008 17	尿中デオキシビリジノリン

D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(P T H r P)精密測定	D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白(P T H r P)
D008 16	17-ケトジェニックスステロイド(17- K G S)精密測定	D008 17	17-ケトジェニックスステロイド(17- K G S)
D008 16	エストラジオール(E ₂)精密測定	D008 17	エストラジオール(E ₂)
D008 17	副腎皮質刺激ホルモン(A C T H)精密測定	D008 18	副腎皮質刺激ホルモン(A C T H)
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド分画(17- K G S分画)精密測定	D008 18	17-ケトジェニックスステロイド分画(17- K G S分画)
D008 17	カテコールアミン精密測定	D008 18	カテコールアミン
D008 17	17-ケトステロイド分画(17- K S分画)精密測定	D008 18	17-ケトステロイド分画(17- K S分画)
D008 17	エリスロポエチン精密測定	D008 18	エリスロポエチン
D008 17	17 - ヒドロキシプロジェステロン精密測定	D008 18	17 - ヒドロキシプロジェステロン
D008 17	抗I A - 2抗体精密測定	D008 18	抗I A - 2抗体
D008 18	メタネフリン精密測定	D008 19	メタネフリン
D008 18	ソマトメジンC精密測定	D008 19	ソマトメジンC
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(H A N P)精密測定	D008 19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(H A N P)
D008 18	メタネフリン分画精密測定	D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画
D008 18	アルギニンバゾプレッシン精密測定	D008 19	アルギニンバゾプレッシン
D008 19	プレグナントリオール精密測定	D008 20	プレグナントリオール
D008 19	ノルメタネフリン精密測定	D008 20	ノルメタネフリン
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(I G F B P - 3)精密測定	D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(I G F B P - 3)
D009 2	癌胎児性抗原(C E A)精密測定	D009 2	癌胎児性抗原(C E A)
D009 2	組織ポリペプチド抗原(T P A)精密測定	D009 2	組織ポリペプチド抗原(T P A)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(S C C抗原)精密測定	D009 2	扁平上皮癌関連抗原(S C C抗原)
D009 3	D U P A N - 2精密測定	D009 3	D U P A N - 2
D009 3	N C C - S T - 439精密測定	D009 3	N C C - S T - 439
D009 3	C A 15-3精密測定	D009 3	C A 15-3
D009 5	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原
D009 4	エラスターゼ1精密測定	D009 4	エラスターゼ1
D009 5	P S A精密測定	D009 5	P S A

D009	6	CA19-9精密測定	D009	5	CA19-9
D009	6	塩基性フェトプロテイン(BFP)精密測定	D009	6	塩基性フェトプロテイン(BFP)
D009	6	CA72-4精密測定	D009	6	CA72-4
D009	6	CA-50精密測定	D009	6	CA-50
D009	6	SPan-1抗原精密測定	D009	6	SPan-1抗原
D009	6	シアリルTn抗原精密測定	D009	6	シアリルTn抗原
D009	6	神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定	D009	6	神経特異エノラーゼ(NSE)
D009	6	PIVKA 精密測定	D009	6	PIVKA
D009	7	尿中NMP22精密測定	D009	7	尿中NMP22
D009	7	シアリルLe ^x -i(SLX)抗原精密測定	D009	7	シアリルLe ^x -i(SLX)抗原
D009	7	CA125精密測定	D009	7	CA125
D009	8	シアリルLe ^x (CSLEX)抗原精密測定	D009	8	シアリルLe ^x (CSLEX)抗原
D009	8	フリーPSA/トータルPSA比精密測定	D009	8	フリーPSA/トータルPSA比
D009	8	BCA225精密測定	D009	8	BCA225
D009	8	型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定	D009	8	型プロコラーゲン-C-プロペプチド
D009	8	型コラーゲンCテロペプチド精密測定	D009	8	型コラーゲンCテロペプチド
D009	8	SP1精密測定	D009	8	SP1
D009	9	サイトケラチン19フラグメント精密測定	D009	9	サイトケラチン19フラグメント
D009	9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定	D009	9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)
D009	10	CA602精密測定	D009	10	CA602
D009	10	CA54/61精密測定	D009	10	CA54/61
D009	10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定	D009	10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)
D009	11	-セミノプロテイン精密測定	D009	11	-セミノプロテイン
D009	11	CA130精密測定	D009	11	CA130
D009	12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コア定量(HCG コア定量)精密測定	D009	11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コア(HCG -CF)
D009	13	膵癌胎児性抗原(POA)精密測定	D009	12	膵癌胎児性抗原(POA)
D009	14	乳頭分泌液中CEA精密測定	D009	13	乳頭分泌液中CEA

D009	14	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	D009	13	乳頭分泌液中HER2タンパク
D009	14	血清中HER2タンパク測定	D009	13	血清中HER2タンパク
D009	15	インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定	D009	14	インターロイキン2受容体(IL-2R)
D010	5	アミノ酸定量	D010	5	アミノ酸
D012	2	トキソプラズマ抗体価測定	D012	2	トキソプラズマ抗体価(半定量)
D012	5	梅毒脂質抗原使用検査(定量)	D012	5	梅毒脂質抗原使用検査
D012	6	TPHA試験(定量)	D012	6	TPHA試験
D012	7	アデノウイルス抗原	D012	7	アデノウイルス抗原(定性)
D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体	D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)
D012	9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定	D012	9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価
D012	10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定	D012	10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価
D012	11	ウイルス抗体価(1項目あたり)	D012	11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目あたり)
D012	11	百日咳菌抗体価	D012	11	百日咳菌抗体価(半定量)
D012	12	HTLV - 抗体価	D012	12	HTLV - 抗体価(半定量)
D012	13	トキソプラズマ抗体価精密測定	D012	13	トキソプラズマ抗体価
D012	13	トキソプラズマIgM抗体価精密測定	D012	13	トキソプラズマIgM抗体価
D012	15	抗抗酸菌抗体価精密測定	D012	15	抗抗酸菌抗体価
D012	18	インフルエンザウイルス抗原精密測定	D012	18	インフルエンザウイルス抗原
D012	18	RSウイルス抗原精密測定	D012	18	RSウイルス抗原
D012	19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定	D012	19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価
D012	11	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	D012	11	ヘリコバクター・ピロリ抗体
D012	20	大腸菌O157LPS抗原精密測定	D012	21	大腸菌O157LPS抗原
D012	20	クラミジアトラコマチス抗原精密測定	D012	21	クラミジアトラコマチス抗原
D012	21	マイコプラズマ抗原精密測定(咽頭内)	D012	21	マイコプラズマ抗原(咽頭内)
D012	21	淋菌同定精密検査	D012	22	淋菌抗原同定検査
D012	22	HTLV - I抗体価精密測定	D012	23	HTLV - I抗体価
D012	23	アデノウイルス抗原精密測定	D012	24	アデノウイルス抗原

D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定	D012 24	抗アニサキスIgG・A抗体価
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定	D012 25	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価精密測定	D012 25	サイトメガロウイルス抗体価
D012 25	赤痢アメーバ抗体価精密測定	D012 26	赤痢アメーバ抗体価
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定(1項目あたり)	D012 26	グロブリンクラス別ウイルス抗体価
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定	D012 27	上皮細胞中水痘ウイルス抗原
D012 27	エンドトキシン定量検査	D012 28	エンドトキシン検査
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定	D012 28	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価
D012 28	HIV - 1抗体価精密測定	D012 29	HIV - 1抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 29	百日咳菌抗体価精密測定	D012 30	百日咳菌抗体価
D012 29	結核菌群抗原精密測定	D012 30	結核菌群抗原
D012 30	HIV - 2抗体価精密測定	D012 31	HIV - 2抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 32	HTLV - 抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)	D012 33	HTLV - 抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 33	HIV抗原精密測定	D012 34	HIV抗原
D013 1	HBs抗原	D013 1	HBs抗原(定性、半定量)
D013 2	HBs抗体価	D013 2	HBs抗体価(半定量)
D013 3	HBs抗原精密測定	D013 3	HBs抗原
D013 3	HBs抗体価精密測定	D013 3	HBs抗体価
D013 4	HBe抗原精密測定	D013 4	HBe抗原
D013 4	HBe抗体価精密測定	D013 4	HBe抗体価
D013 5	HCV抗体価精密測定	D013 5	HCV抗体価(定性、定量)
D013 5	HCVコア蛋白質測定	D013 5	HCVコア蛋白質
D013 6	IgM - HA抗体価精密測定	D013 6	IgM - HA抗体価
D013 6	HA抗体価精密測定	D013 6	HA抗体価
D013 6	IgM - HBc抗体価精密測定	D013 6	IgM - HBc抗体価
D013 6	HCVコア抗体価精密測定	D013 6	HCVコア抗体価
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)定量	D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)

D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価
D013	11	HCV特異抗体価精密測定	D013	11	HCV特異抗体価
D014	6	インスリン抗体精密測定	D014	6	インスリン抗体
D014	7	マトリックスメタロプロテイナーゼ - 3 (MMP - 3) 精密測定	D014	8	マトリックスメタロプロテイナーゼ - 3 (MMP - 3)
D014	8	甲状腺自己抗体精密測定	D014	9	抗サイログロブリン抗体
D014	9	C _{1q} 結合免疫複合体精密測定	D014	10	C _{1q} 結合免疫複合体
D014	11	抗セントロメア抗体精密測定	D014	12	抗セントロメア抗体
D014	12	モノクローナルRF結合免疫複合体精密測定	D014	13	モノクローナルRF結合免疫複合体
D014	13	C _{3d} 結合免疫複合体精密測定	D014	14	C _{3d} 結合免疫複合体
D014	13	IgG型リウマチ因子精密測定	D014	14	IgG型リウマチ因子
D014	13	抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定	D014	14	抗シトルリン化ペプチド抗体
D014	14	抗ミトコンドリア抗体精密測定	D014	14	抗ミトコンドリア抗体
D014	14	抗LKM - 1抗体精密測定	D014	15	抗LKM - 1抗体
D014	15	抗カルジオリピン抗体精密測定	D014	16	抗カルジオリピン抗体
D014	15	TSHレセプター抗体精密測定	D014	16	TSHレセプター抗体
D014	17	抗糸球体基底膜抗体精密測定	D014	18	抗糸球体基底膜抗体
D014	19	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定	D014	20	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)
D015	1	C反応性蛋白(CRP)定量	D015	1	C反応性蛋白(CRP)
D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定	D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白
D015	16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)測定	D015	16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)
D015	24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン - 測定	D015	25	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン -
D016	1	表面免疫グロブリン測定検査(一連につき)	D016	1	表面免疫グロブリン(一連につき)
D023	4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査	D023	4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査
D023	7	抗酸菌群核酸同定精密検査	D023	7	抗酸菌群核酸同定検査
D023	7	結核菌群核酸増幅同定検査	D023	7	結核菌群核酸同定検査
D023	8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査	D023	8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査
D023	9	SARSコロナウイルス核酸増幅検査	D023	9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査

D023-2	4	大腸菌ペロトキシン検出検査	D023-2	4	大腸菌ペロトキシン検査
D210		ホルター型心電図検査(解析料を含む。)	D210		ホルター型心電図検査
D214	1	2誘導	D214	1	2検査
D214	2	3から4誘導	D214	2	3又は4検査
D214	3	5から6誘導	D214	3	5又は6検査
D214	4	7誘導以上	D214	4	7検査以上
D215	2	断層撮影法	D215	2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)
D215	3	UCG	D215	3	心臓超音波検査
D215	3	イ 断層撮影法及びMモード法による検査	D215	3	イ 経胸壁心エコー法
D215	3	ロ Mモード法のみによる検査	D215	3	ロ Mモード法
D215	3	ハ 経食道的超音波法	D215	3	ハ 経食道心エコー法
D239	2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(一連につき)	D239	2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)
D287	1	イ 成長ホルモン(GH)(一連として月1回)	D287	1	イ 成長ホルモン(GH)(一連として)
D318		尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの(膀胱尿道ファイバースコープを含む。))(両側)	D318		尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)
D417	1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。)	D417	1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)

別表3

第3部 検査（1つの検査を2つに分ける項目）

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

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第4部 画像診断 第1節 エックス線診断料 【通則の削除】 【通則の見直し】 E001 写真診断	4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について15点を加算する。 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は算定しない。 イ 単純撮影の場合 60点 ロ 特殊撮影の場合 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点	(削除) 4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。 イ 単純撮影の場合 57点 ロ 特殊撮影の場合 58点 ハ 造影剤使用撮影の場合 66点 ニ 乳房撮影の場合 54点

【点数の見直し】	4 乳房撮影（一連につき）	256点	→	306点	
E 0 0 2 撮影					
【項目の見直し】	1 単純撮影	65点	→	1 単純撮影	
				イ アナログ撮影	60点
				ロ デジタル撮影	68点
	2 特殊撮影（一連につき）	264点		2 特殊撮影（一連につき）	
				イ アナログ撮影	260点
				ロ デジタル撮影	270点
	3 造影剤使用撮影	148点		3 造影剤使用撮影	
				イ アナログ撮影	144点
				ロ デジタル撮影	154点
	4 乳房撮影（一連につき）	196点		4 乳房撮影（一連につき）	
				イ アナログ撮影	192点
				ロ デジタル撮影	202点
E 0 0 3 造影剤注入手技					
【項目の追加】		(追加)	→	7 嚥下造影	240点
第3節 コンピューター断層撮影診断料					
【通則の見直し】	2 区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I		→	2 区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I	

E 2 0 0 コンピューター断層撮影
(CT撮影) (一連につき)

【項目の見直し】

撮影)を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

撮影)を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

- 1 CT撮影
 - イ マルチスライス型の機器による場合 850点
 - ロ イ以外の場合 660点

- 1 CT撮影
 - イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点
 - ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点
 - ハ イ、ロ以外の場合 600点

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

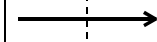
注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。

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】

- 1 1.5テスラ以上の機器による場合
- 2 1以外の場合

1,300点
1,080点



1,330点
1,000点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【注の追加】 第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【注の追加】	(追加)	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の

病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002、G003、G003—3 又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</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、G0 02に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪 性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、 G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる 中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテ ーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

【新設】

700点)

(新設)

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G016 硝子体内注射 580点

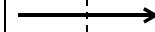
第2款 無菌製剤処理料

700点)

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる
薬剤が注射される一部の患者) 50点



1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる
薬剤が注射される一部の患者)
イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
ロ イ以外の場合 50点

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>H000 心大血管疾患リハビリテー</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及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</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>

ション料

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき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に対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

【項目の見直し】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 100点

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

【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

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

H002 運動器リハビリテーション料

【項目の見直し】

- 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 170点
- 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 80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患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

- 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 175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1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（1については、病院又は有床診療所に限る。）において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

【注の追加】

(追加)

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。

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

H003 呼吸器リハビリテーション料

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき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に対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

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

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。

H006 難病患者リハビリテーション料(1日につき)

【点数の見直し】

600点 → 640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、入院中の患者以外

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外

の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して行われる場合に算定する。

の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。

【注の削除】

注2 当該保険医療機関において、難病患者リハビリテーションを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に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 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合	280点
ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合	140点

【新設】

(新設)

H007-2 がん患者リハビリテーション料
(1単位) 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、別に厚生労働大臣が定め

る患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療料</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【新規】</p>	<p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p> <p>（新規）</p>	<p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p> <p>I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 420点</p> <p>注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>2 入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の</p>

I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）

【点数の見直し】

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）

【注の追加】

I 0 0 9 精神科デイ・ケア（1日につき）

1 入院中の患者

70点 → 150点

(追加)

治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に20点を加算する。

【点数の見直し】	1 小規模なもの 2 大規模なもの	550点 660点	→	590点 700点
【注の削除】	注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	→	(削除)	
【注の追加】	(追加)	→	注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	
I O 1 0 精神科ナイト・ケア（1日につき）				
【点数の見直し】		500点	→	540点
【注の削除】	注3 当該保険医療機関において、精神科ナイト・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	→	(削除)	
【注の追加】		(追加)	→	注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

る。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

【注の削除】

注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。 → (削除)

【注の追加】

(追加) → 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。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【注の見直し】

注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、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C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。 → 注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、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C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。

<p>I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>1,000点</p> <p>（追加）</p> <p>注3 当該保険医療機関において、重度認知症患者デイ・ケア料を算定すべき重度認知症患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。</p>	<p>1,040点</p> <p>注2 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>（削除）</p>
---	--	---

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第9部 処置		
第1節 処置料		
J001-5 後期高齢者処置（1日につき）		
【名称の見直し】	後期高齢者処置（1日につき）	長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）
【点数の見直し】	12点	24点
【注の見直し】	注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。	注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。
J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）		
【名称の見直し】	後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）

【点数の見直し】

15点 → 30点

【注の見直し】

注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

【新設】

(新設)

J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

1 被覆材を貼付した場合

イ 100平方センチメートル未満 1,600点

ロ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,680点

ハ 200平方センチメートル以上 1,900点

注 初回の貼付に限り、イにあつては1,690点を、ロにあつては2,650点を、ハにあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。

2 その他の場合 900点

J011 骨髄穿刺

【点数の見直し】

1 胸骨

130点 → 260点

J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）

【項目の見直し】

2	その他	150点
1	入院中の患者以外の患者に対して行った場合 （別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	
イ	4時間未満の場合	2,117点
ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,267点
ハ	5時間以上の場合	2,397点
2	その他の場合	1,590点

		300点
1	慢性維持透析を行った場合	
イ	4時間未満の場合	2,075点
ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ	5時間以上の場合	2,370点
2	その他の場合	1,580点

【注の見直し】

注5 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。

注5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあつては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）を限度として算定する。

【注の追加】

（追加）

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。

J 0 4 2 腹膜灌流（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期14日に限り1日につき100点を加算する。
- 2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携帯式腹膜灌流の費用は算定しない。

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期の14日の間に限り、1日につき500点を加算する。
- 2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として、算定する。

【新設】

(新設)

- J 0 4 5 - 2 一酸化窒素吸入療法 920点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限って算定する。
- 2 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、所定点数に920点を加算する。

J 0 5 5 いぼ焼灼法

【点数の見直し】

- 1 3箇所以下 220点
- 2 4箇所以上 270点

- 210点
- 260点

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法

<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 3箇所以下 2 4箇所以上</p>	
<p>J 0 7 0 - 2 干涉低周波による膀胱 等刺激法</p>		
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>J 2 0 0 腰部固定帯加算（初回のみ ）</p>		
<p>【名称の変更】</p>	<p>腰部固定帯加算（初回のみ）</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K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254（1を算定する場合に限る。）、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K800-3、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

【通則の見直し】

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K592-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK

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

7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の3

890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

【通則の見直し】

00に相当する点数を加算する。

8 3歳未満の乳幼児に対して手術（区分番号K 6 1 8に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK 9 1 4に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【通則の見直し】

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

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K 6 1 8に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK 9 1 4に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

K002 デブリードマン

【注の追加】

(追加)

注3 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

【注の新設】

(新設)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

K013 分層植皮術

【注の見直し】

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

K013-2 全層植皮術

【注の見直し】

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

	<p>頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。</p>		<p>頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。</p>
<p>K 0 1 4 皮膚移植術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 1 同種皮膚移植を行った場合に算定する。</p>	→	<p>注 1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。</p>
<p>第 2 款 筋骨格系・四肢・体幹</p>			
<p>K 0 2 6 - 2 股関節周囲筋腱解離術 (変形性股関節症)</p> <p>【注の新設】</p>	<p>(新設)</p>	→	<p>注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。</p>
<p>K 0 5 1 - 2 中手骨又は中足骨摘除術 (2 本以上)</p> <p>【注の新設】</p>	<p>(新設)</p>	→	<p>注 2 本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。</p>
<p>K 1 3 2 椎弓形成手術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎</p>	→	<p>注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎</p>

K 1 3 4 椎間板摘出術

【注の新設】

弓を増すごとに所定点数に9,550点を加算する。ただし、加算点数は38,200点を限度とする。

弓を増すごとに所定点数に10,850点を加算する。ただし、加算点数は43,400点を限度とする。

(新設)

注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。

K 1 4 2 脊椎固定術

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては17,400点、2にあつては12,550点、3にあつては17,400点、4にあつては25,000点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては69,600点、2にあつては50,200点、3にあつては69,600点、4にあつては100,000点を限度とする。

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては18,620点、2にあつては14,950点、3にあつては18,710点、4にあつては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては74,480点、2にあつては59,800点、3にあつては74,840点、4にあつては150,000点を限度とする。

K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に17,400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする。

注 1及び2のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。

K 1 4 2 - 3 内視鏡下脊椎固定術
(胸椎又は腰椎前方固定)

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に22,600点を加算する。ただし、加算点数は90,400点を限度とする。

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に33,970点を加算する。ただし、加算点数は135,880点を限度とする。

第3款 神経系・頭蓋

K 1 4 5 穿頭脳室ドレナージ

【注の削除】

注 3歳以上6歳未満の幼児の場合は、60点を加算する。

(削除)

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

【注の新設】

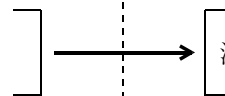
(新設)

注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。
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。

K 1 9 0 - 5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填

【注の見直し】

注 3月に1回に限り算定する。



注 1月に1回に限り算定する。

第4款 眼

K 2 5 4 角膜切除術

【項目の見直し】

【注の新設】

2,650点

- 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
10,000点
- 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
- 2 その他のもの
2,650点

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の新設】

(新設)

- 注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
- 2 色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管
再建手術を併施するもの）

【注の見直し】

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000
点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500
点を加算する。

第8款 心・脈管

K 5 5 0 - 2 経皮的冠動脈血栓吸引
術

【注の新設】

（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。

【新設】

（新設）

K 5 6 7 - 2 経皮的大動脈形成術 34,200点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算
定しない。

【新設】

（新設）

K 5 7 0 - 3 経皮的肺動脈形成術 24,550点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算
定しない。

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

【注の追加】

(追加)

注1 三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。

K 6 0 1 人工心肺（1日につき）

【注の見直し】

注1 初日に補助循環又は選択的冠灌流を併せて行った場合は、所定点数に4,800点を加算する（いずれか一方のみを算定する。）。

注1 初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、所定点数に4,800点を加算する（主たるもののみを算定する。）。

K 6 1 3 腎血管性高血圧症手（経皮的腎血管拡張術）

【注の新設】

(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。

【新設】

(新設)

K 6 1 5 - 2 経皮的動脈遮断術 1,390点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

K 6 1 6 - 3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心

第9款 腹部

【新設】

第10款 尿路系・副腎

【新設】

K 8 2 1 - 3 尿道ステント前立腺部
尿道拡張術

疾患術後に限る。) 24,550点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 10,800点

注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 8 0 0 - 3 膀胱水圧拡張術 5,500点

注1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。

2 灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。</p>
<p>第11款 男性性器</p>	<p>第11款 男性性器</p>	<p>→ 第11款 性器 ※ 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。</p>
<p>第12款 女性性器</p>	<p>第12款 女性性器</p>	<p>→ 第12款 削除 ※ 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。</p>
<p>第13款 臓器提供管理料</p>		
<p>K 9 2 1 移植骨髄穿刺（一連につき）</p>	<p>注 骨髄提供者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用並びに骨髄提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>→ 注 1 同種移植における造血幹細胞提供者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【注の見直し】</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→ 2 造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。</p>
<p>K 9 2 2 骨髄移植</p>		

【注の見直し】

注1 骨髄移植において同種移植を行った場合は、骨髄採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

注1 同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

【注の見直し】

注2 骨髄移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。

注2 造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。

【注の見直し】

注4 骨髄移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

注4 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 骨髄移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。

注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。

【注の削除】

注6 同種末梢血幹細胞移植に用いられた末梢血幹細胞に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれる。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれるものとする。

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

【注の見直し】

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

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

K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

【注の見直し】

注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術又は悪性腫瘍に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

K 9 3 2 創外固定器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 0 4 6及びK 0 5 8に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 8又はK 1 2 5に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、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 1-2、K 7 1 6、

注 区分番号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 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、

K936-2 自動吻合器加算

【注の見直し】

K719、K719-2、K719-3、K735、K735-3、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K657、K657-2、K702、K703、K719-2の2、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K711-2、K716、K719、K719-2、K719-3、K732の2、K735、K735-3、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K739からK740-2まで、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

別表1

第10部 手術

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 手術料					
第1款 皮膚・皮下組織					
(皮膚、皮下組織)					
K000	創傷処理			K000	
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250	1,250	1	
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680	1,680	2	
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,000	2,000	3	
	4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	470	4	
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	850	5	
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	1,320	6	
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2	
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	1,250	1	
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	1,400	2	
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	1,850	3	
	4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,200	2,200	4	
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	450	5	
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	500	6	
	7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	950	7	
	8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	1,450	8	
K001	皮膚切開術			K001	
	1 長径10センチメートル未満	470	470	1	
	2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	820	2	
	3 長径20センチメートル以上	1,470	1,470	3	
K002	デブリードマン			K002	
	1 100平方センチメートル未満	1,020	1,020	1	
	2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,300	2,300	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K003	3	3,000平方センチメートル以上	3,700	4,810	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
	1	長径3センチメートル未満	3,480	3,480	1	
K004	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	7,060	9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	9,450	14,170	3	
		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	
K005	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	4,360	2	
	3	長径6センチメートル以上	5,610	7,290	3	
		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
K006	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	
K006-2		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	
K006-3	3	長径6センチメートル以上	4,160	4,160	3	
		鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	1,660	1	
K006-4	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	
		鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
K006-4	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	
		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	4	
		皮膚悪性腫瘍切除術			K007	
	1	広汎切除	18,000	21,700	1	
K008	2	単純切除	11,000	11,000	2	
		腋臭症手術			K008	
	1	皮弁法	5,730	5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	1,660	3	
(形成)						
K009		皮膚剥削術			K009	
	1	25平方センチメートル未満	1,490	1,490	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	3,360	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	5,360	6,970	3	
K010	4	200平方センチメートル以上	8,070	10,490	4	
		瘢痕拘縮形成手術			K010	
	1	顔面	9,740	9,740	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	14,700	14,700	1	
	2	動的なもの	26,000	39,000	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	5,000	3,330	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	6,000	4,590	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	6,660	3	
	4	200平方センチメートル以上	13,000	20,150	4	
K013-2		全層植皮術			K013-2	

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			
K014	1	25平方センチメートル未満	10,000	10,000	1	【名称の見直し】 【新設】
	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	20,000	21,700	3	
	4	200平方センチメートル以上	30,000	31,350	4	
		皮膚移植術(生体・培養)	4,700	4,700	K014	
		皮膚移植術(死体)			K014-2	
		200平方センチメートル未満	-	5,190	1	
		200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	-	6,920	2	
		500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	-	10,380	3	
		1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	-	25,320	4	
		3,000平方センチメートル以上	-	28,930	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	6,830	8,800	2	
	3	100平方センチメートル以上	10,400	15,600	3	
K016		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	32,850	K016	
K017		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	43,000	64,500	K017	
K018		削除			K018	
K019		複合組織移植術	11,700	11,700	K019	
K020		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	49,200	73,800	K020	
K021		粘膜移植術			K021	
	1	4平方センチメートル未満	5,010	5,010	1	
	2	4平方センチメートル以上	5,500	5,500	2	
K021-2		粘膜弁手術			K021-2	
	1	4平方センチメートル未満	6,860	8,920	1	
	2	4平方センチメートル以上	7,250	9,430	2	
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)	10,400	13,520	K022	
K022-2		象皮病根治手術			K022-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	1	大腿	16,200	21,060	1	
	2	下腿	11,300	14,690	2	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹						
(筋膜、筋、腱、腱鞘)						
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840	840	K023	
K024		筋切離術	2,370	2,370	K024	
K025		股関節内転筋切離術	3,390	3,390	K025	
K026		股関節筋群解離術	9,340	9,340	K026	
K026-2		股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	16,700	K026-2	
K027		筋炎手術			K027	
	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	2,060		1
	2	その他の筋	1,210	1,210		2
K028		腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	2,050	K028	
K029		筋肉内異物摘出術	2,840	2,840	K029	
K030		四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	6,060		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	12,200	15,860		1
	2	手、足	10,200	10,200		2
K032		削除			K032	
K033		筋膜移植術			K033	
	1	指(手、足)	6,070	6,070		1
	2	その他のもの	8,180	8,180		2
K034		腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	3,300	K034	
K035		腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	6,760	8,790	K035	
K035-2		腱滑膜切除術	6,760	6,760	K035-2	
K036		削除			K036	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K037	腱縫合術	6,700	8,710	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	6,700	8,710	K037-2	
K038	腱延長術	6,910	8,980	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1 指(手、足)	8,050	10,470	1	
	2 その他のもの	10,700	13,910	2	
K040	腱移行術			K040	
	1 指(手、足)	8,050	10,470	1	
	2 その他のもの	10,700	13,910	2	
K041	指伸筋腱脱臼観血的整復術 削除	-	10,470	K040-2 K041	【新設】
(四肢骨)					
K042	骨穿孔術	1,730	1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	3,590	3	
K043-3	骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	【名称の見直し】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	3,590	3	
K044	骨折非観血的整復術			K044	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600	1,600	1	
	2 前腕、下腿	1,780	1,780	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K045	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	1,440	3	
		骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	4,400	5,430	1	
K046	2	前腕、下腿	3,600	3,600	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	1,660	3	
		骨折観血の手術			K046	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	12,800	14,470	1	
K047	2	前腕、下腿、手舟状骨	8,760	11,390	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	5,610	7,290	3	
		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	12,500	K047	
K047-2		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	12,500	K047-2	
K047-3		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	5,000	K047-3	
K048		骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K048	
	1	頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	4,650	6,050	1	
	2	前腕、下腿	4,180	4,180	2	
K049	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	2,900	3	
		骨部分切除術			K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	4,540	5,900	1	
	2	前腕、下腿	4,410	4,410	2	
K050	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	3,280	3	
		腐骨摘出術			K050	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	8,850	11,510	1	
K051	2	前腕、下腿	6,170	8,020	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	3,420	3	
		骨全摘術			K051	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	16,500	21,450	1	
	2	前腕、下腿	7,720	10,040	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,970	5,160	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	3,970	5,160	K051-2	
K052	骨腫瘍切除術			K052	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	10,300	13,390	1	
	2 前腕、下腿	7,210	7,210	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	3,340	3	
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	10,300	13,390	1	
	2 前腕、下腿	7,210	7,210	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	3,340	3	
K052-3	多発性骨腫摘出術			K052-3	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	10,300	13,390	1	
	2 前腕、下腿	7,210	7,210	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	3,340	3	
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	19,200	21,700	1	
	2 前腕、下腿	17,700	20,200	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	11,600	14,470	3	
K054	骨切り術			K054	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,800	21,700	1	
	2 前腕、下腿	12,200	15,860	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	6,100	3	
K055	削除			K055	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	30,000	33,900	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	25,000	28,900	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	16,900	21,700	1	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	15,400	20,020	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	8,580	11,150	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,500	24,050	1	
	2 前腕、下腿	16,300	21,190	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	9,330	12,130	3	
K058	骨長調整手術			K058	
	1 骨端軟骨発育抑制術	9,670	12,570	1	
	2 骨短縮術	8,850	11,510	2	
	3 骨延長術(指(手、足))	12,000	12,610	3	
	4 骨延長術(指(手、足)以外)	15,800	20,540	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
	1 自家骨移植	8,300	10,790	1	
	2 同種骨移植(生体)	9,100	12,870	2	
	3 同種骨移植(非生体)	9,900	11,830	3	
(四肢関節、靭帯)					
K060	関節切開術			K060	
	1 肩、股、膝	2,770	2,770	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,280	1,280	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	680	680	3	
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	2,770	K060-2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1 肩、股、膝	15,400	15,400	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,100	10,100	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,330	3,330	3	
K061	関節脱臼非観血的整復術			K061	
	1 肩、股、膝	1,580	1,580	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,000	1,000	2	
	3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	800	3	
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)			K062	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
			改正前	改正後			
K063	1	リーマンビューゲル法	1,580	2,050	1		
	2	その他	2,270	2,950	2		
		関節脱臼靱帯的整復術			K063		
	1	肩、股、膝	18,500	21,700	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	12,800	14,470	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	8,920	11,600	3		
K064		先天性股関節脱臼靱帯的整復術	12,500	16,250	K064		
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065		【名称の見直し】
	1	肩、股、膝	7,350	9,560	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	4,600	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	2,950	3		
K065-2		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	【名称の見直し】	
	1	肩、股、膝	11,700	11,700	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	7,900	9,460	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,100	6,100	3		
K066		関節滑膜切除術			K066		
	1	肩、股、膝	10,500	13,650	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	9,800	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	6,500	3		
K066-2		関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	【名称の見直し】	
	1	肩、股、膝	13,800	13,800	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	13,100	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	9,500	12,350	3		
K066-3		滑液膜摘出術			K066-3		
	1	肩、股、膝	10,500	13,650	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	9,800	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	6,500	3		
K066-4		関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	【名称の見直し】	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	1 肩、股、膝	13,800	13,800	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	13,100	13,100	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	9,500	12,350	3	
K066-5	膝蓋骨滑液嚢切除術	9,800	9,800	K066-5	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	13,100	13,100	K066-6	【名称の見直し】
K066-7	掌指関節滑膜切除術	6,500	6,500	K066-7	
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	9,500	12,350	K066-8	【名称の見直し】
K067	関節鼠摘出手術			K067	
	1 肩、股、膝	10,000	10,000	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	8,680	8,680	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,970	3,970	3	
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術			K067-2	【名称の見直し】
	1 肩、股、膝	14,100	14,100	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	11,300	14,690	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,100	9,230	3	
K068	半月板切除術	8,800	8,800	K068	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	11,100	12,610	K068-2	【名称の見直し】
K069	半月板縫合術	9,800	9,800	K069	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	9,000	11,700	K069-2	
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	12,700	14,470	K069-3	【名称の見直し】
K070	ガングリオン摘出術			K070	
	1 手、足、指(手、足)	3,050	3,050	1	
	2 その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	3,190	2	
K071	削除			K071	
K072	関節切除術			K072	
	1 肩、股、膝	11,400	14,820	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	9,510	12,360	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	4,360	4,360	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K073	関節内骨折観血の手術			K073	
1	肩、股、膝	16,800	16,800	1	
2	胸鎖、肘、手、足	10,100	13,130	2	
3	肩鎖、指(手、足)	6,140	7,980	3	
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
1	十字靭帯	10,100	13,130	1	
2	膝側副靭帯	9,800	12,740	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	6,450	6,450	3	
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	【名称の見直し】
1	十字靭帯	13,000	16,900	1	
2	膝側副靭帯	12,700	12,700	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	9,300	12,090	3	
K075	非観血的関節授動術			K075	
1	肩、股、膝	1,320	1,320	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,260	1,260	2	
3	肩鎖、指(手、足)	490	490	3	
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	26,500	38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	16,900	21,700	2	
3	肩鎖、指(手、足)	6,510	8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	16,200	21,060	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,210	11,970	2	
3	肩鎖、指(手、足)	4,270	5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	18,400	18,400	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,000	14,300	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,540	5,540	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K079	靱帯断裂形成手術			K079	
	1 十字靱帯	18,700	21,700	1	
	2 膝側副靱帯	11,500	14,470	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	9,680	12,580	3	
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術			K079-2	【名称の見直し】
	1 十字靱帯	20,800	31,200	1	
	2 膝側副靱帯	13,500	13,500	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	11,900	12,610	3	
K080	関節形成手術			K080	
	1 肩、股、膝	26,500	39,750	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,600	21,700	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,130	10,570	3	
K080-2	内反足手術	17,600	25,930	K080-2	
	肩腱板断裂手術	-	18,700	K080-3	【新設】
	関節鏡下肩腱板断裂手術	-	27,040	K080-4	【新設】
K081	人工骨頭挿入術			K081	
	1 肩、股	15,000	15,000	1	
	2 肘、手、足	11,600	14,470	2	
	3 指(手、足)	5,370	6,980	3	
K082	人工関節置換術			K082	
	1 肩、股、膝	22,300	28,990	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,500	21,700	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,880	10,240	3	
K082-2	人工関節抜去術			K082-2	
	1 肩、股、膝	15,500	23,250	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	12,200	15,860	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,250	10,730	3	
K082-3	人工関節再置換術			K082-3	

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		
K083 K083-2	1	肩、股、膝	33,900	50,850	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	26,300	26,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,800	15,340	3	
		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	2,030	K083	
		内反足足板挺子固定	2,030	2,030	K083-2	
(四肢切断、離断、再接合)						
K084		四肢切断術			K084	
K084-2	1	肩甲帯	21,600	28,080	1	
	2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	14,400	18,710	2	
	3	指(手、足)	3,330	3,330	3	
K085		肩甲帯離断術	21,600	28,080	K084-2	
K085		四肢関節離断術			K085	
K086	1	肩、股、膝	15,400	20,020	1	
	2	肘、手、足	10,100	10,100	2	
	3	指(手、足)	3,330	3,330	3	
K086		断端形成術(軟部形成のもの)			K086	
K087	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	
K088	1	指(手、足)	6,100	6,100	1	
	2	その他	8,760	8,760	2	
K088		切断四肢再接合術			K088	
	1	四肢	64,400	96,600	1	
	2	指(手、足)	36,400	54,600	2	
(手、足)						
K089		爪甲除去術	640	640	K089	
K090		ひょう疽手術			K090	
	1	軟部組織のもの	990	990	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K090-2	2	骨、関節のもの	1,280	1,280	2	
	K091	風棘手術	990	990		
K092	1	陥入爪手術	1,400	1,400	1	
	2	簡単なもの				
K093	2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	2,490	2	
	K093-2	削除			K092	
K094		手根管開放手術	4,110	4,110	K093	
	K094	関節鏡下手根管開放手術	7,100	9,230	K093-2	
K095		足三関節固定(ランブリヌディ)手術	15,000	19,500	K094	
	K095	削除			K095	
K096		手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	2,750	K096	
	K096	手掌、足底異物摘出術	3,190	3,190	K097	
K097		手掌屈筋腱縫合術	6,560	8,530	K098	
	K097	指癒痕拘縮手術	5,290	5,290	K099	
K098		デュプイトレン拘縮手術			K099-2	
	K098	1指	6,170	8,020	1	
K099	2	2指から3指	13,300	17,290	2	
	K100	3	4指以上	17,600	22,880	3
K101		多指症手術			K100	
	K101	1	軟部形成のもの	2,640	2,640	1
K101-2	2	骨関節、腱の形成を要するもの	7,840	10,190	2	
	K101-2	合指症手術			K101	
K102	1	軟部形成のもの	5,630	5,630	1	
	K102	2	骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	10,700	2
K102		指癒着症手術			K101-2	
	K102	1	軟部形成のもの	5,630	5,630	1
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	10,700	2	
		巨指症手術			K102	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K103	1	軟部形成のみのもの	6,410	6,410	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	11,840	2	
		屈指症手術、斜指症手術			K103	
K104	1	軟部形成のみのもの	6,810	8,850	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	11,840	2	
		削除			K104	
K105		裂手、裂足手術	15,000	19,500	K105	
K106		母指化手術	16,600	24,900	K106	
K107		指移植手術	42,500	63,750	K107	
K108		母指対立再建術	9,850	12,810	K108	
K109		神経血管柄付植皮術(手、足)	21,100	31,650	K109	
K110		第四足指短縮症手術	9,060	9,060	K110	
K110-2		第一足指外反症矯正手術	9,060	9,060	K110-2	
K111		削除			K111	
(脊柱、骨盤)						
K112		腸骨窩膿瘍切開術	3,590	4,670	K112	
K113		腸骨窩膿瘍搔爬術	6,860	8,920	K113	
K114		削除			K114	
及び					及び	
K115					K115	
K116		脊椎、骨盤骨搔爬術	10,400	13,520	K116	
K117		脊椎脱臼非観血的整復術	1,980	2,570	K117	
K117-2		頸椎非観血的整復術	1,980	2,570	K117-2	
K117-3		椎間板ヘルニア徒手整復術	1,980	2,570	K117-3	
K118		脊椎、骨盤脱臼観血的手術	18,900	21,700	K118	
K119		仙腸関節脱臼観血的手術	17,400	18,710	K119	
K120		恥骨結合離開観血的手術	6,430	6,430	K120	
K120-2		恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	1,580	K120-2	
K121		骨盤骨折非観血的整復術	1,980	2,570	K121	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K122 及び K123 K124	削除			K122 及び K123 K124	
K125	腸骨翼骨折観血的手術	9,320	12,120	K124	
K126	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	18,800	22,450	K125	
	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
	1 棘突起、腸骨翼	3,150	3,150		1
	2 その他のもの	3,470	4,510		2
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	7,550	9,820	K128	
K129 及び K130	削除			K129 及び K130	
K131	椎弓切除術	12,100	12,100	K131	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100	12,100	K131-2	
K132	椎弓形成手術	19,100	21,700	K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	17,000	22,100	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
	1 前方摘出術	20,600	26,780		1
	2 後方摘出術	17,200	18,090		2
	3 側方摘出術	17,100	21,700		3
	4 経皮的髓核摘出術	10,100	12,930		4
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1 前方摘出術	33,600	50,400		1
	2 後方摘出術	17,200	25,800		2
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	19,700	25,610	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	31,100	46,650	K136	
K137	骨盤切断術	32,900	37,420	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
	1 神経処置を伴うもの	15,800	20,540		1

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	2	その他のもの	9,770	12,700	2	
K139		脊椎骨切り術	26,900	40,350	K139	
K140		骨盤骨切り術	19,900	25,870	K140	
K141		臼蓋形成手術	16,700	21,710	K141	
K141-2		寛骨臼移動術	28,000	28,000	K141-2	
K142		脊椎固定術			K142	
	1	前方椎体固定	34,800	37,240	1	
	2	後方又は後側方固定	25,100	29,900	2	
	3	後方椎体固定	34,800	37,420	3	
	4	前方後方同時固定	50,000	75,000	4	
K142-2		脊椎側彎症手術	34,800	-	K142-2	【項目の見直し】
		固定術	-	37,420	K142-2 1	
		矯正術			2	
		初回挿入	-	112,260	イ	
		交換術	-	37,420	ロ	
		伸展術	-	20,540	ハ	
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	45,300	67,940	K142-3	
K143		仙腸関節固定術	21,900	22,450	K143	
K144		体外式脊椎固定術	22,000	22,000	K144	
第3款 神経系・頭蓋						
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。						
(頭蓋、脳)						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	1,940	K145	
K146		頭蓋開溝術	8,540	11,100	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	1,840	K147	
K148		試験開頭術	9,380	12,190	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髓空洞症の場合	21,300	21,700	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	2	その他の場合	14,200	18,460	2	
K150		脳膿瘍排膿術	15,700	18,090	K150	
K151		削除			K151	
K151-2		広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	102,000	142,380	K151-2	
K152		耳性頭蓋内合併症手術	29,300	38,090	K152	
K152-2		耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	29,300	38,090	K152-2	
K153		鼻性頭蓋内合併症手術	27,200	35,360	K153	
K154		機能的定位脳手術			K154	
	1	片側の場合	26,300	39,450	1	
	2	両側の場合	35,000	52,500	2	
K154-2		顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	58,500	87,750	K154-2	
K155		脳切截術(開頭して行うもの)	8,060	10,480	K155	
K156		延髄における脊髄視床路切截術	21,000	31,500	K156	
K157		三叉神経節後線維切截術	19,100	24,830	K157	
K158		視神経管開放術	20,800	27,040	K158	
K159		顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	26,000	39,000	K159	
K159-2		顔面神経管開放術	26,000	39,000	K159-2	
K160		脳神経手術(開頭して行うもの)	23,000	28,940	K160	
K160-2		頭蓋内微小血管減圧術	25,300	37,950	K160-2	
K161		頭蓋骨腫瘍摘出術	13,900	18,070	K161	
K162		頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	18,500	24,050	K162	
K163		頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	8,450	K163	
K164		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)			K164	
	1	硬膜外のもの	24,400	28,440	1	
	2	硬膜下のもの	24,900	28,940	2	
	3	脳内のもの	33,200	36,170	3	
K164-2		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	10,900	K164-2	
K164-3		脳血管塞栓(血栓)摘出術	24,400	28,890	K164-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K164-4	定位的脳内血腫除去術	12,200	15,860	K164-4	
K165	脳内異物摘出術	27,000	35,100	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	21,600	28,080	K166	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	32,900	49,350	K167	
K168	脳切除術	20,800	27,040	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
1	松果体部腫瘍	83,500	116,670	1	
2	その他のもの	82,000	92,860	2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	50,700	76,050	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800	83,700	K171	
K172	脳動静脈奇形摘出術	85,200	127,800	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	18,500	24,050	K173	
K174	水頭症手術			K174	
1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	21,800	32,700	1	
2	シャント手術	18,700	18,700	2	
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680	1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
1	1箇所	42,200	54,860	1	
2	2箇所以上	55,800	72,340	2	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)			K176	
1	1箇所	44,400	66,600	1	
2	2箇所以上	61,300	91,950	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
1	1箇所	72,000	103,710	1	
2	2箇所以上	85,600	128,400	2	
K178	脳血管内手術	40,900	-	K178	【項目の見直し】
	1箇所	-	61,350	1	
	2箇所以上	-	81,800	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K178-2	経皮的脳血管形成術	22,100	33,150	K178-2	【名称の見直し】
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	15,500	23,250	1	
	2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	11,100	14,430	2	
K179	髄液漏閉鎖術	23,300	30,290	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
	1 頭蓋骨のみのも	9,730	12,650	1	
	2 硬膜形成を伴うもの	14,000	18,200	2	
	3 骨移動を伴うもの	21,000	31,500	3	
K181	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181	
	1 片側の場合	26,300	39,450	1	
	2 両側の場合	35,000	52,500	2	
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050	12,070	K181-2	
K181-3	頭蓋内電極除去術	9,380	12,880	K181-3	
(脊髄、末梢神経、交感神経)					
K182	神経縫合術			K182	
	1 指(手、足)	9,720	12,640	1	
	2 その他のもの	14,500	18,850	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
	1 指(手、足)	20,600	27,940	1	
	2 その他のもの	25,400	38,100	2	
K183	脊髄硬膜切開術	13,900	18,070	K183	
K184	減圧脊髄切開術	14,500	18,850	K184	
K185	脊髄切截術	20,800	27,040	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	20,800	27,040	K186	
K187	脊髄視床路切截術	21,800	28,340	K187	
K188	神経剥離術	10,900	10,900	K188	
K189	脊髄ドレナージ術	340	340	K189	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K190	脊髄刺激装置植込術	17,900	26,850	K190	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050	10,470	K190-2	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置術	15,000	22,500	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術	3,000	3,900	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填	320	500	K190-5	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
1	髄外のもの	36,700	55,050	1	
2	髄内のもの	54,500	78,820	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	56,700	78,820	K192	
K193	神経腫切除術			K193	
1	指(手、足)	5,770	5,770	1	
2	その他のもの	9,020	9,020	2	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			K193-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	4,360	3	
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外)			K193-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280	1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	4,160	3	
K194	神経捻除術			K194	
1	後頭神経	4,410	4,410	1	
2	上眼窩神経	4,410	4,410	2	
3	眼窩下神経	4,410	4,410	3	
4	おとがい神経	4,410	4,410	4	
5	下顎神経	6,170	6,170	5	
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410	4,410	K194-2	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410	4,410	K194-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410	4,410	K194-4	
K195	交感神経切除術			K195	
1	頸動脈周囲	6,500	6,500	1	
2	股動脈周囲	6,170	6,170	2	
K195-2	尾動脈腺摘出術	6,170	6,170	K195-2	
K196	交感神経節切除術			K196	
1	頸部	14,000	18,200	1	
2	胸部	14,000	14,000	2	
3	腰部	9,610	12,490	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	18,500	K196-2	
K196-3	ストッフエル手術	9,610	9,610	K196-3	
K196-4	閉鎖神経切除術	9,610	9,610	K196-4	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	9,610	9,610	K196-5	
K197	神経移行術	18,200	18,200	K197	
K198	神経移植術	17,800	18,090	K198	
第4款 眼					
(涙道)					
K199	涙点、涙小管形成術	550	550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術	630	630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術	1,810	1,810	K202	
K203	涙嚢摘出術	4,590	4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	14,500	21,750	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	8,580	12,870	K206	
(眼瞼)					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	1,580	K207	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K208	麦粒腫切開術	410	410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	470	K209	
K209-2	外眦切開術	470	470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	560	K211	
K212	兔眼矯正術	5,150	5,150	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580	580	K214	
K215	瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,580	1,580	K215	
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	5,140	K215-2	
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	9,150	K216	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	1,660	K217	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	2,820	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200	7,200	1	
	2 筋膜移植法	9,500	14,250	2	
	3 その他のもの	6,070	6,070	3	
(結膜)					
K220	結膜縫合術	1,260	1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
	1 少数のもの(1眼瞼ごと)	260	260	1	
	2 多数のもの	390	390	2	
K222	結膜下異物除去術	390	390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
	1 部分形成	2,460	2,460	1	
	2 皮膚及び結膜の形成	6,980	10,470	2	
	3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	8,580	12,870	3	
K223-2	内眦形成術	8,580	12,870	K223-2	

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		
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130	4,130	K224	
K225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	800	K225	
K225-2	結膜腫瘍摘出術	6,890	6,890	K225-2	
K225-3	結膜肉芽腫摘除術	800	800	K225-3	
(眼窩、涙腺)					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390	1,390	K226	
K227	眼窩骨折靱血の手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	8,840	11,490	K227	
K228	眼窩骨折整復術	13,600	20,400	K228	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	5,670	7,370	K229	
K230	眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1 視神経周囲、眼窩尖端	12,800	19,200	1	
	2 その他	7,880	10,240	2	
K231 及び K232	削除			K231 及び K232	
K233	眼窩内容除去術	8,710	13,060	K233	
K234	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	4,520	5,880	K234	
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	20,100	30,150	K235	
K236	眼窩悪性腫瘍手術	24,800	37,200	K236	
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	11,800	17,700	K237	
(眼球、眼筋)					
K238	削除			K238	
K239	眼球内容除去術	3,020	3,930	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	2,820	3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
	1 前転法	4,280	4,280	1	
	2 後転法	4,200	4,200	2	
	3 前転法及び後転法の併施	8,440	8,440	3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	4	斜筋手術	6,610	8,590	4	
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,430	9,460	5	
K243		義眼台包埋術	3,950	5,140	K243	
K244		眼筋移動術	12,400	18,600	K244	
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	4,340	5,640	K245	
(角膜、強膜)						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	2,980	K246	
K247		削除			K247	
K248		角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	980	K248	
K248-2		顕微鏡下角膜剥離術	980	980	K248-2	
K249		角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	990	K249	
K250		角膜切開術	990	990	K250	
K251		削除			K251	
K252		角膜・強膜異物除去術	650	650	K252	
K253		削除			K253	
K254		治療的角膜切除術	2,650	-	K254	【名称の見直し】
		エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	-	10,000	1	【項目の見直し】
		その他のもの	-	2,650	2	
K255		強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	7,700	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	4,090	5,320	K257	
K258		削除			K258	
K259		角膜移植術	39,800	54,800	K259	
K260		強膜移植術	12,700	14,470	K260	
K261		角膜形成手術	2,350	3,060	K261	
K262		削除			K262	
(ぶどう膜)						

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K263 及び K264 K265 K266 K267 K268	削除 虹彩腫瘍切除術 毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 削除 緑内障手術			K263 及び K264 K265 K266 K267 K268	
1	虹彩切除術	4,740	4,740	1	
2	流出路再建術	14,200	21,300	2	
3	濾過手術	21,000	25,930	3	
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,700	4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	7,710	K270	
K271	毛様体光凝固術	2,760	3,590	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	1,660	2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	8,970	K273	
(眼房、網膜)					
K274	前房、虹彩内異物除去術	6,050	7,870	K274	
K275	網膜復位術	21,400	32,100	K275	
K276	網膜光凝固術			K276	
1	通常のもの(一連につき)	11,200	11,200	1	
2	その他特殊なもの(一連につき)	18,100	18,100	2	
K277	網膜冷凍凝固術	10,500	15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	39,600	39,600	K277-2	
(水晶体、硝子体)					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	1,900	K278	
K279	硝子体切除術	11,000	16,500	K279	
K280	硝子体茎頭微鏡下離断術			K280	
1	網膜付着組織を含むもの	24,500	36,750	1	
2	その他のもの	20,500	30,750	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K281	増殖性硝子体網膜症手術	38,600	51,850	K281	
K282	水晶体再建術			K282	
	1 眼内レンズを挿入する場合	12,100	12,100	1	
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430	7,430	2	
K282-2	後発白内障手術	1,520	1,520	K282-2	
K283	削除			K283	
K284	硝子体置換術	4,080	5,300	K284	
第5款 耳鼻咽喉					
(外耳)					
K285	耳介血腫開窓術	380	380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
	1 単純なもの	220	220	1	
	2 複雑なもの	790	790	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,000	3,000	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240	2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	5,900	5,900	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	5,900	5,900	K290-2	
K291	耳介腫瘍摘出術	4,090	5,320	K291	
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	5,020	5,020	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,000	12,610	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	23,400	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	2,570	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
	1 耳介軟骨形成を要するもの	8,620	11,210	1	
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	5,270	6,850	2	
K297	外耳道形成手術	9,200	11,960	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	17,400	22,620	K298	【名称の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K299		小耳症手術			K299	
	1	軟骨移植による耳介形成手術	31,900	47,850	1	
	2	耳介挙上	7,270	9,450	2	
(中耳)						
K300		鼓膜切開術	690	690	K300	
K301		鼓室開放術	3,590	4,670	K301	
K302		上鼓室開放術	5,100	6,630	K302	
K303		上鼓室乳突洞開放術	10,600	13,780	K303	
K304		乳突洞開放術(アントロトミー)	5,240	6,810	K304	
K305		乳突削開術	10,500	13,650	K305	
K306		錐体部手術	19,600	25,480	K306	
K307		削除			K307	
K308		耳管内チューブ挿入術	1,090	1,420	K308	
K308-2		耳管狭窄ビニール管挿入術	1,090	1,420	K308-2	
K309		鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	2,670	K309	
K310		乳突充填術	4,790	4,790	K310	
K311		鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	1,580	K311	
K312		鼓膜鼓室肉芽切除術	2,320	3,020	K312	
K313		中耳、側頭骨腫瘍摘出術	20,100	26,130	K313	
K314		中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1	切除	27,300	27,300	1	
	2	側頭骨摘出術	52,800	52,800	2	
K315		鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	8,490	K315	
K316		S状洞血栓(静脈炎)手術	13,300	17,290	K316	
K317		中耳根本手術	18,200	23,660	K317	
K318		鼓膜形成手術	17,200	17,200	K318	
K319		鼓室形成手術	32,900	32,900	K319	
K320		アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	27,000	K320	【名称の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(内耳)					
K321	内耳開窓術	17,800	26,700	K321	
K322	経迷路的内耳道開放術	36,800	55,200	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	21,500	21,700	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
	1 部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	14,500	18,850	1	
	2 全摘出	26,900	38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	17,300	18,920	K327	
K328	人工内耳埋込術	30,400	32,290	K328	
(鼻)					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	900	K331-2	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	1,640	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,380	5,380	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	11,300	14,690	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,110	2,110	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,110	2,110	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,110	2,110	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	3,190	K337	
K338	鼻甲介切除術	1,520	-	K338	【項目の見直し】
	高周波電気凝固法によるもの	-	900	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
	その他のもの	-	1,520	2		
K338-2	鼻甲介切除術(高周波電気凝固法によるもの)	1,520	削除	K338-2		
K339	粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,590	2,590	K339		
K340	鼻茸摘出術	1,680	1,680	K340		
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	5,280	K340-2		
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	3,020	K341		
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	10,850	K342		
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343		
	1 切除	17,000	17,000	1		
	2 全摘	34,700	34,700	2		
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	15,700	20,410	K344	【名称の見直し】	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	10,800	14,040	K345		
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346		
	1 単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	2,800	1		
	2 複雑なもの(骨性閉鎖)	16,000	20,800	2		
K347	鼻中隔矯正術	5,280	5,280	K347		
K347-2	変形外鼻手術	10,200	12,610	K347-2		
(副鼻腔)						
K348	削除			K348		
K349	上顎洞開窓術	2,000	2,000	K349		
K350	前頭洞充填術	6,510	8,460	K350		
K351	上顎洞血瘤腫手術	8,000	10,400	K351		
K352	上顎洞根治手術	5,120	5,120	K352		
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	5,120	K352-2		
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120	5,120	K352-3		
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	7,230	K353		
K354	篩骨洞根治手術	9,210	11,970	K354		
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	7,430	K355		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K356	前頭洞根治手術	9,640	12,530	K356	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	4,910	4,910	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	14,500	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	13,800	14,470	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	13,900	14,470	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	16,200	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	16,200	18,090	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	15,400	20,020	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	15,900	20,670	K363	
K364	汎副鼻腔根本手術	22,300	22,300	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	17,100	21,700	K365	【名称の見直し】
K366	削除			K366	
(咽頭、扁桃)					
K367	咽後膿瘍切開術	1,460	1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	1,410	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
	1 簡単なもの	420	420	1	
	2 複雑なもの	2,100	2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600	1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
	1 経口腔によるもの	3,430	3,430	1	
	2 経鼻腔によるもの	3,890	3,890	2	
	3 経副鼻腔によるもの	6,360	6,360	3	
	4 外切開によるもの	11,600	11,600	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1 経口腔によるもの	3,430	3,430	1	
	2 経鼻腔によるもの	3,890	3,890	2	
	3 経副鼻腔によるもの	6,360	6,360	3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K372	4	外切開によるもの	11,600	11,600	4	
		中咽頭腫瘍摘出術			K372	
K373	1	経口腔によるもの	2,710	2,710	1	
	2	外切開によるもの	11,100	11,100	2	
K374		下咽頭腫瘍摘出術			K373	
	1	経口腔によるもの	5,610	5,610	1	
K375	2	外切開によるもの	11,400	11,400	2	
		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	23,800	K374	
K375-2		鼻咽腔線維腫手術			K375	
	1	切除	4,750	6,180	1	
K376	2	摘出	18,600	24,180	2	
		鼻咽腔閉鎖術	12,800	16,640	K375-2	
K377		上咽頭悪性腫瘍手術	21,400	21,700	K376	
		口蓋扁桃手術			K377	
K378	1	切除	1,430	1,430	1	
	2	摘出	3,600	3,600	2	
K379		舌扁桃切除術	1,230	1,230	K378	
		副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	【新設】
K380		経頸部によるもの	-	20,000	1	
		経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	-	32,000	2	
K381		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	【新設】
		経頸部によるもの	-	30,000	1	
K382		経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	-	50,000	2	
		過長茎状突起切除術	4,520	4,520	K380	
K382-2		上咽頭形成手術	7,810	7,810	K381	
		咽頭瘻閉鎖術	7,550	9,820	K382	
		咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	7,550	9,820	K382-2	
(喉頭、気管)						
K383		喉頭切開・截開術	7,940	10,320	K383	【名称の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	3,890	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	11,410	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリープ切除術			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	4,040	5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
	1 直達鏡によるもの	4,090	5,320	1	
	2 開胸手術によるもの	22,300	28,990	2	
K392	喉頭蓋切除術	2,450	2,450	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	2,450	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420	3,420	1	
	2 直達鏡によるもの	4,310	4,310	2	
K394	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
	1 切除	33,100	33,100	1	
	2 全摘	30,900	40,170	2	
K395	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	63,300	94,950	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	1,040	K396-2	
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	7,920	10,300	K397	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
1	前方開大術	12,600	16,380	1	
2	前壁形成手術	12,100	15,730	2	
3	Tチューブ挿入術	6,920	9,000	3	
K399	気管狭窄症手術	19,300	25,090	K399	
K400	喉頭形成手術			K400	
1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	12,500	16,250	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	18,300	21,930	2	
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	48,100	58,490	K402	
K403	気管形成手術(管状気管、気管移植等)			K403	
1	頸部よりのもの	25,700	33,410	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	46,000	58,490	2	
	嚥下機能手術			K403-2	【新設】
	輪状咽頭筋切断術	-	14,470	1	
	喉頭挙上術	-	14,130	2	
	喉頭気管分離術	-	21,700	3	
	喉頭全摘術	-	21,700	4	
第6款 顔面・口腔・頸部					
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)					
K404	抜歯手術(1歯につき)			K404	
1	乳歯	130	130	1	
2	前歯	150	150	2	
3	臼歯	260	260	3	
4	難抜歯	470	470	4	
5	埋伏歯	1,050	1,050	5	
K405	削除			K405	
K406	口蓋腫瘍摘出術			K406	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K407	1	口蓋粘膜に限局するもの	400	400	1	【項目の見直し】
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	6,720	2	
	顎・口蓋裂形成手術				K407	
	1	軟口蓋のみのももの	8,590	11,170	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	14,300	18,590	2	
K407-2	3	顎裂を伴うもの	14,900	-	3	
		片側	-	19,360	イ	
		両側	-	29,040	ロ	
	軟口蓋形成手術	7,800	7,800	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	5,230	5,230	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	18,500	18,500	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	4,730	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	17,300	K412	
K413		舌腫瘍摘出術			K413	
	1	粘液嚢胞摘出術	940	1,220	1	
	2	その他のもの	3,140	3,140	2	
K414		舌根甲状腺腫摘出術	6,550	6,550	K414	
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	6,550	K414-2	
K415		舌悪性腫瘍手術			K415	
	1	切除	11,700	14,470	1	
	2	亜全摘	32,900	49,350	2	
K416 及び K417		削除			K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	4,490	5,840	K418	
K418-2		舌繫痕性短縮矯正術	2,650	2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	450	560	K419	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K420	削除			K420	
(顔面)					
K421	口唇腫瘍摘出術			K421	
1	粘液嚢胞摘出術	910	910	1	
2	その他のもの	3,370	3,370	2	
K422	口唇悪性腫瘍手術	18,700	21,700	K422	
K423	頬腫瘍摘出術			K423	
1	粘液嚢胞摘出術	910	910	1	
2	その他のもの	3,370	3,370	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	39,600	59,400	K425	
K426	口唇裂形成手術(片側)			K426	
1	口唇のみの場合	7,800	10,140	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	14,470	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	13,100	17,030	3	
K426-2	口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
1	口唇のみの場合	11,700	14,470	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	18,300	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	19,700	25,610	3	
(顔面骨、顎関節)					
K427	頬骨骨折観血的整復術	8,930	11,610	K427	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	27,000	K427-2	
K428	下顎骨折非観血的整復術	1,240	1,240	K428	
K429	下顎骨折観血的手術			K429	
1	片側	10,000	10,000	1	
2	両側	14,700	19,110	2	
	下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	【新設】
	片側	-	21,700	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	両側	-	36,170	2	
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	410	410	K430	
K431	顎関節脱臼観血の手術	14,100	18,330	K431	
K432	上顎骨折非観血的整復術	1,570	1,570	K432	
K433	上顎骨折観血の手術	9,010	11,710	K433	
K434	顔面多発骨折観血の手術	17,700	26,550	K434	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	5,120	K435	
K436	顎骨腫瘍摘出術			K436	
	1 長径3センチメートル未満	2,820	2,820	1	
	2 長径3センチメートル以上	8,210	8,210	2	
K437	下顎骨部分切除術	7,660	9,960	K437	
K438	下顎骨離断術	12,100	15,730	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1 切除	18,000	21,700	1	
	2 切断	24,800	28,940	2	
K440	上顎骨切除術	12,000	12,000	K440	
K441	上顎骨全摘術	19,600	25,480	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
	1 搔爬	4,520	5,880	1	
	2 切除	20,600	21,700	2	
	3 全摘	32,400	37,420	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
	1 単純な場合	12,500	16,250	1	
	2 複雑な場合及び2次の再建の場合	21,600	32,400	2	
	3 骨移動を伴う場合	32,400	48,600	3	
K444	下顎骨形成術			K444	
	1 おとがい形成の場合	4,990	4,990	1	
	2 短縮又は伸長の場合	13,200	17,160	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K445	3	再建の場合	18,500	27,750	3	
	4	骨移動を伴う場合	27,800	41,700	4	
K446		顎関節形成術	21,600	32,400	K445	
		顎関節授動術			K446	
K447	1	徒手の授動術(パンピングを併用した場合)	990	990	1	
	2	顎関節鏡下授動術	4,320	5,620	2	
	3	開放授動術	13,500	17,550	3	
		顎関節円板整位術			K447	
	1	顎関節鏡下円板整位術	12,600	14,470	1	
	2	開放円板整位術	17,000	21,700	2	
(唾液腺)						
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			K450	
	1	表在性のもの	640	640	1	
	2	深在性のもの	3,770	3,770	2	
K451	3	腺体内に存在するもの	5,540	5,540	3	
		がま腫摘出術	4,580	4,580	K451	
	K452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	4,610	K452	
K453		顎下腺腫瘍摘出術	7,410	7,410	K453	
K454		顎下腺摘出術	7,440	7,440	K454	
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	20,000	21,700	K455	
K456		削除			K456	
K457		耳下腺腫瘍摘出術			K457	
	1	耳下腺浅葉摘出術	16,100	20,930	1	
K458	2	耳下腺深葉摘出術	18,400	23,920	2	
		耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
	1	切除	19,000	21,700	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K459 K460	2	全摘	28,700	28,940	2	
		唾液腺管形成手術	6,720	8,740	K459	
		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	6,720	8,740	1	
	2	結膜嚢内へのもの	8,320	10,820	2	
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
	1	片葉のみの場合	7,500	7,500	1	
	2	両葉の場合	9,000	9,000	2	
K462		パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	16,000	K462	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	18,600	18,600	1	
	2	全摘及び亜全摘	23,700	23,700	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	9,280	12,060	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	20,000	30,000	2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	20,000	30,000	K465	
(その他の頸部)						
K466		斜角筋切断術	3,760	3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	6,760	8,790	K467	
K468		頸肋切除術	6,260	8,140	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	12,400	16,120	1	
	2	両側	17,100	22,230	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	21,200	27,560	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	3,720	K471	
第7款 胸部						
(乳腺)						

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K472	乳腺膿瘍切開術	820	820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
	1 長径5センチメートル未満	2,660	2,660	1	
	2 長径5センチメートル以上	5,180	5,180	2	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	9,880	9,880	K474-2	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	3,400	4,200	K474-3	
K475	乳房切除術	6,040	6,040	K475	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	6,040	K475-2	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			K476	
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	11,400	11,400	1	
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	17,000	21,700	2	
	3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000	20,000	3	
	4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))	27,600	29,100	4	
	5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの	29,100	29,100	5	
	6 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの	24,100	29,100	6	
	7 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)	34,000	36,170	7	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	7,350	K476-2	
K476-3	乳房再建術(乳房切除後)			K476-3	
	1 一期的に行うもの	21,900	32,850	1	
	2 二期的に行うもの	30,000	45,000	2	
(胸壁)					
K477	胸壁膿瘍切開術	700	700	K477	
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740	5,740	K478	
K479	削除			K479	
K480	胸壁冷膿瘍手術	6,020	6,020	K480	
K480-2	流注膿瘍切開搔爬術	6,020	6,020	K480-2	
K481	肋骨骨折観血の手術	6,020	6,020	K481	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K482	肋骨切除術			K482	
1	第1肋骨	10,000	13,000	1	
2	その他の肋骨	3,310	3,310	2	
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	9,320	K483	
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術			K484	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600	36,900	1	
2	その他のもの	19,500	21,700	2	
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600	36,900	1	
2	その他のもの	19,500	21,700	2	
K485	胸壁腫瘍摘出術	10,600	10,600	K485	
K486	胸壁瘻手術	14,600	18,090	K486	
K487	漏斗胸手術			K487	
1	胸骨挙上法によるもの	19,500	21,700	1	
2	胸骨翻転法によるもの	20,100	26,130	2	
3	胸腔鏡によるもの	30,200	30,200	3	
(胸腔、胸膜)					
K488	試験開胸術	9,070	9,070	K488	
K488-2	試験的開胸開腹術	14,600	14,600	K488-2	
K489から K492まで	削除			K489から K492まで	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	14,000	18,090	K493	
K494	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	14,700	14,700	K494	
K495	削除			K495	
K496	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術			K496	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	21,700	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	25,500	2	
K496-2	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	40,400	51,850	K496-2	
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	

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		
K496-4 K497 K498 K499 K500 K501 K501-2	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	21,700	1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	25,500	2	
		胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100	23,100	K496-4	
		膿胸腔有茎筋肉弁充填術	19,800	29,700	K497	
		胸郭形成手術(膿胸手術の場合)			K498	
	1	肋骨切除を主とするもの	23,000	34,500	1	
	2	胸膜肺胝切除を併施するもの	31,700	47,550	2	
		胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	9,370	12,180	K499	
		削除			K500	
		乳糜胸手術	9,640	12,530	K501	
	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	9,640	12,530	K501-2		
(縦隔)						
K502 K502-2		縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	18,500	K502	
		縦隔切開術			K502-2	
	1	頸部よりのもの、経食道によるもの	6,390	6,390	1	
	2	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	10,400	13,520	2	
	3	経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	15,500	3	
K503		縦隔郭清術	21,900	28,470	K503	
K504		縦隔悪性腫瘍手術	35,400	35,400	K504	
(気管支、肺)						
K505		肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	7,180	K505	
K506		肺結核空洞切開術	14,300	14,300	K506	
K507		肺膿瘍切開排膿術	21,700	21,700	K507	
K508		気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	6,010	7,810	K508	
K508-2		気管・気管支ステント留置術	7,200	7,200	K508-2	
K509		気管支異物除去術			K509	
	1	直達鏡によるもの	5,480	7,120	1	
	2	開胸手術によるもの	27,400	41,100	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	4,800	K509-2	
	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	-	10,000	K509-3	【新設】
K510	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	6,700	K510	
K510-2	光線力学療法	6,700	-	K510-2	【項目の見直し】
	早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	-	8,710	1	
	その他のもの	-	8,710	2	
K511	肺切除術			K511	
1	楔状部分切除	18,000	18,090	1	
2	区域切除(1肺葉に満たないもの)	35,900	53,850	2	
3	肺葉切除	35,800	53,700	3	
4	複合切除(1肺葉を超えるもの)	32,700	55,050	4	
5	1側肺全摘	37,600	56,400	5	
6	気管支形成を伴う肺切除	43,500	65,260	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術	37,500	56,250	K513	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	37,500	56,250	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	37,500	56,250	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	37,500	56,250	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
1	肺葉切除又はこれに満たないもの	36,900	55,350	1	
2	1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	41,000	61,500	2	
3	気管支形成を伴う肺切除	43,500	65,250	3	
4	胸膜肺全摘	58,000	87,000	4	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
1	リンパ節郭清を伴わないもの	41,000	61,500	1	
2	リンパ節郭清を伴うもの	58,000	87,000	2	
K514-3	移植用肺採取術(死体)(両側)	49,800	61,700	K514-3	
K514-4	同種死体肺移植術	91,800	116,770	K514-4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	41,000	52,400	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	66,700	100,050	K514-6	
K515	肺剥皮術	22,800	22,800	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	36,800	55,200	K516	
K517	肺縫縮術	15,000	18,090	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
1	楔状切除術	35,700	53,550	1	
2	輪状切除術	38,100	57,150	2	
3	気管分岐部切除術	58,900	88,350	3	
4	気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	65,400	90,790	4	
K519	先天性気管狭窄症手術	65,400	98,100	K519	
(食道)					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
1	頸部手術	10,100	13,130	1	
2	開胸手術	18,800	21,700	2	
3	開腹手術	10,500	13,650	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
1	開胸手術	15,400	20,020	1	
2	胸骨切開によるもの	10,000	13,000	2	
3	その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	5,080	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
1	内視鏡によるもの	6,200	8,060	1	
2	食道ブジー法	2,520	2,520	2	
	拡張用バルーンによるもの	-	12,480	3	【項目の追加】
K522-2	食道ステント留置術	6,200	6,300	K522-2	
	食道空置バイパス作成術	-	41,550	K522-3	【新設】
K523	食道異物摘出術			K523	
1	頸部手術によるもの	15,000	19,500	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K524	2 開胸手術によるもの	16,700	21,700	2	
	3 開腹手術によるもの	16,400	21,320	3	
	食道憩室切除術			K524	
K525	1 頸部手術によるもの	13,300	17,290	1	
	2 開胸によるもの	18,600	24,180	2	
	食道切除再建術			K525	
K525-2	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	75,000	1	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	41,100	61,650	2	
	3 腹部の操作によるもの	27,400	41,100	3	
K526	胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	75,000	1	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	41,100	61,650	2	
K526-2	3 腹部の操作によるもの	27,400	41,100	3	
	4 バイパスのみ作成する場合	24,100	36,150	4	
	食道腫瘍摘出術			K526	
K526-3	1 内視鏡によるもの	6,520	6,520	1	
	2 開胸又は開腹手術によるもの	20,200	26,260	2	
	3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	27,500	41,250	3	
K527	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,800	6,800	1	
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	17,000	2	
K528	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	6,800	8,840	K526-3	
K529	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
	1 頸部食道の場合	28,700	43,050	1	
	2 胸部食道の場合	34,900	56,950	2	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	45,800	64,820	K528	
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)			K529	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	88,200	113,900	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K530	2	胸部、腹部の操作によるもの	77,600	97,770	2	
	3	腹部の操作によるもの	61,200	69,840	3	
K530-2		食道アカラシア形成手術	18,700	28,050	K530	
K531		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	26,000	39,000	K530-2	
		食道切除後2次的再建術			K531	
K532	1	皮弁形成によるもの	25,300	37,950	1	
	2	消化管利用によるもの	27,700	45,700	2	
		食道・胃静脈瘤手術			K532	
K532-2	1	血行遮断術を主とするもの	22,300	26,340	1	
	2	食道離断術を主とするもの	24,900	28,940	2	
		食道静脈瘤手術(開腹)	22,300	26,340	K532-2	
K533		食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	8,990	K533	
K533-2		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	8,990	K533-2	
(横隔膜)						
K534		横隔膜縫合術			K534	
K534-2	1	経胸又は経腹	16,500	21,450	1	
	2	経胸及び経腹	23,200	28,940	2	
		横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
K535	1	経胸又は経腹	16,500	21,450	1	
	2	経胸及び経腹	23,200	28,940	2	
		胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
K536	1	経胸又は経腹	15,900	20,670	1	
	2	経胸及び経腹	21,000	27,300	2	
		後胸骨ヘルニア手術	16,200	21,060	K536	
K537		食道裂孔ヘルニア手術			K537	
K537-2	1	経胸又は経腹	16,200	21,060	1	
	2	経胸及び経腹	20,600	26,780	2	
		腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	25,200	37,800	K537-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第8款 心・脈管					
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)					
K538	心膜縫合術	8,760	8,760	K538	
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	10,900	10,900	K538-2	
K539	心膜切開術	9,200	9,200	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	14,500	K539-2	
K540	収縮性心膜炎手術	33,300	49,950	K540	
K541	試験開心術	24,700	24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	25,200	30,210	K542	
K543	心房内血栓除去術	25,200	30,210	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	40,400	60,600	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	60,100	77,770	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	82,000	91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	8,950	8,950	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術	22,000	22,000	K546	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	22,000	22,000	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーターによるもの)	23,000	23,000	K548	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	22,000	K549	
K550	冠動脈内血栓溶解療法	10,300	13,390	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,000	15,110	K550-2	
K551	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
1	1箇所のもの	49,700	74,550	1	
2	2箇所以上のももの	53,900	79,860	2	
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
1	1吻合のもの	51,100	71,570	1	
2	2吻合以上のももの	78,000	85,880	2	
K552-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)			K552-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K553	1 1 吻合のもの	58,800	71,570	1	
	2 2 吻合以上のもの	89,700	89,700	2	
	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
K553-2	1 単独のもの	39,700	59,550	1	
	2 冠動脈血行再建術(1 吻合)を伴うもの	58,400	78,730	2	
	3 冠動脈血行再建術(2 吻合以上)を伴うもの	81,000	100,200	3	
	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
K554	1 単独のもの	50,800	76,200	1	
	2 冠動脈血行再建術(1 吻合)を伴うもの	70,200	100,200	2	
	3 冠動脈血行再建術(2 吻合以上)を伴うもの	87,800	114,510	3	
	弁形成術			K554	
K555	1 1 弁のもの	57,500	79,860	1	
	2 2 弁のもの	72,500	93,170	2	
	3 3 弁のもの	85,000	106,480	3	
	弁置換術			K555	
K556	1 1 弁のもの	57,000	85,500	1	
	2 2 弁のもの	80,500	100,200	2	
	3 3 弁のもの	93,500	114,510	3	
	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,600	42,940	K556	
K556-2	経皮的動脈弁拡張術	22,800	34,200	K556-2	
K557	大動脈弁上狭窄手術	49,000	71,570	K557	
K557-2	大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	50,300	75,450	K557-2	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	57,500	86,250	K557-3	
K557-4	ダムス・ケー・スタンセル(DKS) 吻合を伴う大動脈狭窄症手術	72,800	85,880	K557-4	
K558	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	103,000	143,140	K558	
K559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	22,900	29,580	K559	
K559-2	経皮的僧帽弁拡張術	22,800	29,640	K559-2	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	【名称の変更】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K561	1	上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	93,000	114,510	1	
	2	上行大動脈(その他のもの)	84,300	100,200	2	
	3	弓部大動脈	109,000	114,510	3	
	4	上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術	143,000	171,760	4	
	5	下行大動脈	75,300	85,880	5	
	6	胸腹部大動脈	111,000	166,500	6	
	7	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	54,300	54,300	7	
	8	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	52,000	8	
K562		ステントグラフト内挿術			K561	
	1	胸部大動脈	39,600	56,560	1	
	2	腹部大動脈	31,600	47,400	2	
K563	3	腸骨動脈	24,800	37,200	3	
		動脈管開存症手術			K562	
K564	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	12,700	1	
	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	22,000	2	
K565		肺動脈絞扼術	27,700	39,410	K563	
K566		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	22,600	33,900	K564	
K567		巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	31,800	47,700	K565	
K568		体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストーン手術)	28,500	42,750	K566	
K569		大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
	1	単独のもの	41,100	57,250	1	
	2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	68,300	100,200	2	
K568	3	複雑心奇形手術を伴うもの	119,300	128,820	3	
		経皮的動脈形成術	-	34,200	K567-2	【新設】
K569		大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1	単独のもの	46,000	69,000	1	
K569	2	心内奇形手術を伴うもの	59,000	88,500	2	
		三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	79,000	85,880	K569	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
	1 肺動脈弁切開術(単独のもの)	25,000	25,000	1	
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	45,700	68,550	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	22,800	24,550	K570-2	
	経皮的肺動脈形成術	-	24,550	K570-3	【新設】
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
	1 部分肺静脈還流異常	37,000	48,110	1	
	2 総肺静脈還流異常	81,000	93,040	2	
K572	肺静脈形成術	34,300	51,450	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
	1 経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンンド法)	6,900	8,970	1	
	2 心房中隔欠損作成術	25,800	25,800	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
	1 単独のもの	30,100	30,100	1	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	37,500	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	25,600	K574-2	
K575	三心房心手術	39,000	58,500	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
	1 単独のもの	38,900	50,570	1	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	49,100	52,850	2	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	56,000	64,410	3	
	4 右室流出路形成を伴うもの	55,500	71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
	1 単独のもの	52,000	71,570	1	
	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	59,000	85,880	2	
K578	右室二腔症手術	53,000	79,500	K578	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			K579	
	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	36,000	54,000	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
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	53,200	64,410	2	
		完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
K580	1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	82,500	107,350	1	
	2	ファロー四徴症手術を伴うもの	119,000	143,140	2	
K581		ファロー四徴症手術			K580	
	1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000	71,000	1	
K582	2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	80,500	93,040	2	
		肺動脈閉鎖症手術			K581	
K583	1	単独のもの	92,000	100,200	1	
	2	ラステリ手術を伴うもの	90,200	128,820	2	
	3	巨大側副血管術を伴うもの	131,000	171,760	3	
K584		両大血管右室起始症手術			K582	
	1	単独のもの	72,000	85,880	1	
	2	右室流出路形成を伴うもの	101,000	128,820	2	
K585	3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ピング奇形手術)	120,300	143,140	3	
		大血管転位症手術			K583	
	1	心房内血流転換手術(マスタートド・セニング手術)	82,400	114,510	1	
K586	2	大血管血流転換術(ジャテーン手術)	100,900	107,350	2	
	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	112,000	128,820	3	
	4	ラステリ手術を伴うもの	90,200	114,510	4	
K587		修正大血管転位症手術			K584	
	1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	52,000	78,000	1	
K588	2	根治手術(ダブルスイッチ手術)	162,500	162,500	2	
		総動脈幹症手術	119,800	119,800	K585	
K589		単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
	1	両方向性グレン手術	70,000	71,570	1	
	2	フォンタン手術	78,000	85,880	2	
	3	心室中隔造成術	146,000	146,000	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K587	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	124,000	141,460	K587	
K588	冠動脈瘻開胸的遮断術	39,000	53,240	K588	
K589	冠動脈起始異常症手術	66,700	85,880	K589	
K590	心室憩室切除術	41,000	61,500	K590	
K591	心臓脱手術	113,400	113,400	K591	
K592	肺動脈塞栓除去術	37,600	37,600	K592	
	肺動脈血栓内膜摘除術	-	100,190	K592-2	【新設】
K593	肺静脈血栓除去術	24,700	30,210	K593	
K594	不整脈手術			K594	
	1 副伝導路切断術	71,000	85,880	1	
	2 心室頻拍症手術	88,500	100,200	2	
	3 メイズ手術	64,300	93,170	3	
K595	経皮的カテーテル心筋焼灼術	20,900	-	K595	【項目の見直し】
	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	-	31,350	1	
	その他のもの	-	26,440	2	
K595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	22,800	K595-2	
K596	体外ペースメーカー	3,370	3,370	K596	
K597	ペースメーカー移植術			K597	
	1 心筋電極の場合	13,800	13,800	1	
	2 経静脈電極の場合	6,830	7,820	2	
K597-2	ペースメーカー交換術	3,200	3,610	K597-2	
	埋込型心電図記録計移植術	-	1,260	K597-3	【新設】
	埋込型心電図記録計摘出術	-	840	K597-4	【新設】
K598	両心室ペースメーカー移植術	20,500	30,750	K598	
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	3,200	3,200	K598-2	
K599	埋込型除細動器移植術	13,100	17,030	K599	
K599-2	埋込型除細動器交換術	2,200	2,860	K599-2	
K599-3	両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術	14,000	21,000	K599-3	

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		
K599-4	両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200	3,200	K599-4	
K600	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			K600	
1	初日	8,780	8,780	1	
2	2日目以降	3,680	3,680	2	
K601	人工心肺(1日につき)			K601	
1	初日	24,500	24,500	1	
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	30,000	45,000	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	埋込型補助人工心臓			K604	
1	初日(1日につき)	30,000	45,000	1	
2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	5,000	2	
3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	4,000	3	
4	91日目以降(1月につき)	6,000	6,000	4	
K605	移植用心採取術	49,300	61,200	K605	
K605-2	同種心移植術	104,100	143,140	K605-2	
K605-3	移植用心肺採取術	74,200	92,020	K605-3	
K605-4	同種心肺移植術	150,000	198,990	K605-4	
(動脈)					
K606	血管露出術	530	530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	8,610	8,610	1	
2	その他のもの	3,130	3,130	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130	3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
1	開胸又は開腹を伴うもの	16,900	21,970	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	9,470	9,470	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680	1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
1	大動脈に及ぶもの	21,000	31,500	1	
2	内頸動脈	19,500	29,250	2	
3	その他のもの	15,300	19,890	3	
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	22,100	33,150	K609-2	
K610	動脈形成術、吻合術			K610	
1	頭蓋内動脈	36,000	52,550	1	
2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	44,400	2	
3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	44,400	3	
4	指(手、足)の動脈	11,800	11,800	4	
5	その他の動脈	10,700	13,910	5	
K610-2	脳新生血管造成術	36,000	52,550	K610-2	
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	10,700	13,910	K610-3	
K610-4	四肢の血管吻合術	10,700	13,910	K610-4	
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	10,700	13,910	K610-5	
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置			K611	
1	開腹して設置した場合	13,800	17,940	1	
2	四肢に設置した場合	12,500	16,250	2	
3	頭頸部その他に設置した場合	12,800	16,640	3	
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760	7,760	K612	
K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	24,700	29,580	K613	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K614	血管移植術、バイパス移植術			K614	
1	大動脈	52,100	70,700	1	
2	胸腔内動脈	41,000	61,500	2	
3	腹腔内動脈	39,500	56,560	3	
4	頭、頸部動脈	36,700	55,050	4	
5	その他の動脈	23,300	23,300	5	
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	12,700	16,510	K615	
	経皮的動脈遮断術	-	1,390	K615-2	【新設】
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	15,800	K616	
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800	10,800	K616-2	
	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	-	24,550	K616-3	【新設】
(静脈)					
K617	下肢静脈瘤手術			K617	
1	抜去切除術	10,200	10,200	1	
2	硬化療法(一連として)	1,720	1,720	2	
3	高位結紮術	3,130	3,130	3	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	10,200	K617-2	
K617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,680	1,680	K617-3	
K618	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置			K618	
1	開腹して設置した場合	11,800	-		【項目の削除】
2	四肢に設置した場合	10,500	10,500	1	
3	頭頸部その他に設置した場合	10,800	10,800	2	
K619	静脈血栓摘出術			K619	
1	開腹を伴うもの	19,000	19,000	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	13,100	13,100	2	
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	32,100	K619-2	
K620	下大静脈フィルター留置	8,000	8,000	K620	
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	32,000	K621	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K622	胸管内頸静脈吻合術	23,400	28,940	K622	
K623	静脈形成術、吻合術			K623	
1	胸腔内静脈	24,700	24,700	1	
2	腹腔内静脈	24,700	24,700	2	
3	指(手、足)の静脈	10,500	10,850	3	
4	その他の静脈	13,500	13,500	4	
K623-2	脾腎静脈吻合術	20,800	20,800	K623-2	
(リンパ管、リンパ節)					
K624	削除			K624	
K625	リンパ管腫摘出術			K625	
1	長径5センチメートル未満	6,450	8,390	1	
2	長径5センチメートル以上	11,300	12,610	2	
K626	リンパ節摘出術			K626	
1	長径3センチメートル未満	1,200	1,200	1	
2	長径3センチメートル以上	2,880	2,880	2	
K626-2	リンパ節膿瘍切開術	910	910	K626-2	
K627	リンパ節群郭清術			K627	
1	顎下部又は舌下部(浅在性)	6,970	6,970	1	
2	頸部(深在性)	10,800	14,040	2	
3	鎖骨上窩及び下窩	7,130	9,270	3	
4	腋窩	10,500	13,650	4	
5	胸骨旁	10,800	14,040	5	
6	鼠径部及び股部	5,670	5,670	6	
7	後腹膜	24,900	28,940	7	
8	骨盤	14,700	18,740	8	
K628	リンパ管吻合術	20,800	31,200	K628	
第9款 腹部					
(腹壁、ヘルニア)					

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
	1 腹壁に限局するもの	1,820	1,820	1	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450	6,450	2	
K632	腹壁腫瘍摘出術			K632	
	1 形成手術を必要としない場合	4,310	4,310	1	
	2 形成手術を必要とする場合	9,810	9,810	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
	1 腹壁瘢痕ヘルニア	7,440	7,440	1	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	6,200	2	
	3 臍ヘルニア	4,200	4,200	3	
	4 臍帯ヘルニア	13,900	14,470	4	
	5 鼠径ヘルニア	6,000	6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,740	8,740	6	
	7 腰ヘルニア	8,240	8,240	7	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	12,000	14,470	8	
	9 内ヘルニア	12,600	14,470	9	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	20,800	20,800	K634	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	2,810	K635	
K635-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730	6,730	K635-2	
K635-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	12,000	K635-3	
K636	試験開腹術	5,550	5,550	K636	
	ダメージコントロール手術	-	7,210	K636-2	【新設】
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
	1 横隔膜下膿瘍	8,880	8,880	1	
	2 ダグラス窩膿瘍	5,340	5,340	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K638 K639 K639-2 K640 K641 K642 K643 K644 K645	3 4	虫垂周囲膿瘍 その他のもの	5,340 6,670	5,340 6,670	3 4	【新設】
		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	-	10,800	K637-2	
		骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	3,290	K638	
		急性汎発性腹膜炎手術	12,000	12,000	K639	
		結核性腹膜炎手術	12,000	12,000	K639-2	
		腸間膜損傷手術			K640	
		1 縫合、修復のみのもの	8,320	8,320	1	
		2 腸管切除を伴うもの	18,800	18,800	2	
		大網切除術	8,490	8,490	K641	
		大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K642	
		1 腸切除を伴わないもの	11,100	11,100	1	
		2 腸切除を伴うもの	17,100	21,700	2	
		後腹膜悪性腫瘍手術	32,000	48,000	K643	
		膵腸管瘻手術			K644	
		1 腸管切除を伴わないもの	5,260	5,260	1	
	2 腸管切除を伴うもの	17,400	17,400	2		
	骨盤内臓全摘術	71,900	107,850	K645		
(胃、十二指腸)						
K646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	10,100	10,100	K646	【新設】	
K647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	11,300	11,300	K647		
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	18,600	K647-2		
K648	胃切開術	7,670	7,670	K648		
K649	胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	10,900	10,900	K649		
K650	削除					
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	-	7,590	K651		
K652	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	10,400	10,400	K652		
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	4,970	1	【名称の見直し】
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	11,000	14,130	2	
	3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	4,790	3	
	4 その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	4,000	4	
K653-2	食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	3,200	3,200	K653-2	
K653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	3,200	K653-3	
K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970	4,970	K653-4	
K654	内視鏡的消化管止血術	4,310	4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	10,400	10,400	K654-2	
K654-3	腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	20,400	K654-3	
K655	胃切除術			K655	
	1 単純切除術	20,700	21,700	1	
	2 悪性腫瘍手術	42,600	55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
	1 単純切除術	30,000	30,000	1	
	2 悪性腫瘍手術	51,000	62,360	2	
K655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	20,700	20,700	K655-3	
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	
	1 単純切除術	30,900	30,900	1	
	2 悪性腫瘍切除術	55,100	55,100	2	
K656	胃縮小術	18,300	21,700	K656	
K657	胃全摘術			K657	
	1 単純全摘術	32,800	49,200	1	
	2 悪性腫瘍手術	58,300	69,840	2	
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
	1 単純全摘術	41,900	58,300	1	
	2 悪性腫瘍手術	69,100	74,830	2	
K658	削除			K658	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K659	
1	単独のもの	13,600	13,600	1	
2	ドレナージを併施するもの	19,000	19,000	2	
3	胃切除術を併施するもの	24,900	28,940	3	
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
1	単独のもの	15,000	15,000	1	
2	ドレナージを併施するもの	21,100	21,700	2	
3	胃切除術を併施するもの	27,500	28,940	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	25,500	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	15,800	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	13,600	K662	
K663	十二指腸空腸吻合術	13,400	13,400	K663	
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	9,460	9,460	K664	
K665	胃瘻閉鎖術	9,050	10,590	K665	
K666	幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。)	10,500	10,500	K666	
K666-2	腹腔鏡下幽門形成術	15,300	15,300	K666-2	
K667	噴門形成術	12,600	12,600	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	25,100	28,940	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	12,000	K667-3	【名称の見直し】
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	17,600	21,700	K668	
(胆嚢、胆道)					
K669	胆管切開術	12,100	12,100	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	10,900	K670	
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
1	胆嚢摘出を含むもの	19,600	21,700	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	16,700	18,800	2	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	
1	胆嚢摘出を含むもの	25,600	25,600	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
	2	胆嚢摘出を含まないもの	22,700	22,700	2	
K672		胆嚢摘出術	15,200	19,760	K672	
K672-2		腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	20,300	K672-2	
K673		胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	27,600	28,940	K673	
K674		総胆管拡張症手術	28,000	28,000	K674	
K675		胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1	胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	28,500	29,930	1	
	2	肝切除(葉以上)を伴うもの	50,500	75,750	2	
	3	臍頭十二指腸切除を伴うもの	65,300	97,950	3	
	4	臍頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	112,000	139,680	4	
K676		削除			K676	
K677		胆管悪性腫瘍手術	47,200	70,800	K677	
		肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	【新設】
		血行再建あり	-	121,050	1	
		血行再建なし	-	97,050	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	10,500	10,500	K679	
K680		総胆管胃(腸)吻合術	17,300	21,700	K680	
K681		胆嚢外瘻造設術	9,200	9,200	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	
K683		削除			K683	
K684		先天性胆道閉鎖症手術	37,800	56,700	K684	
K685		内視鏡的胆道碎石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	9,830	9,830	K685	
K686		内視鏡的胆道拡張術	9,180	11,930	K686	
K687		内視鏡的乳頭切開術			K687	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K688 K689	1	乳頭括約筋切開のみのもの	7,230	9,400	1	
	2	胆道碎石術を伴うもの	17,100	21,190	2	
		内視鏡的胆道ステント留置術	6,830	8,880	K688	
		経皮経肝胆管ステント挿入術	8,110	9,440	K689	
(肝)						
K690		肝縫合術	17,400	17,400	K690	
K691		肝膿瘍切開術			K691	
	1	開腹によるもの	11,000	11,000	1	
	2	開胸によるもの	12,200	12,200	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	12,200	12,200	K692	
K692-2		腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,300	21,700	K692-2	
K693		肝内結石摘出術(開腹)	20,100	21,700	K693	
K694		肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	18,800	21,700	K694	
K695		肝切除術			K695	
	1	部分切除	21,500	27,950	1	
	2	区域切除・亜区域切除	26,300	39,450	2	【項目の見直し】
	3	葉切除	49,000	73,500	3	
	4	拡大葉切除	64,700	97,050	4	
	5	拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	80,700	97,770	5	
		腹腔鏡下肝切除術			K695-2	【新設】
		部分切除	-	50,600	1	
		外側区域切除	-	62,100	2	
K696		肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	19,600	21,700	K696	
K697		肝内胆管外瘻造設術			K697	
	1	開腹によるもの	13,200	14,470	1	
	2	経皮経肝によるもの	10,800	10,800	2	
K697-2		肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	13,600	K697-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	15,000	15,000	K697-3	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	48,000	72,000	K697-4	
K697-5	生体部分肝移植術	63,700	95,550	K697-5	
K697-6	移植用肝採取術(死体)	56,800	85,200	K697-6	
K697-7	同種死体肝移植術	108,600	142,380	K697-7	
(脾)					
K698	急性脾炎手術	21,600	-	K698	【項目の見直し】
	感染性壊死部切除を伴うもの	-	49,390	1	
	その他のもの	-	21,700	2	
K699	脾結石手術			K699	
1	脾切開によるもの	20,200	21,700	1	
2	経十二指腸乳頭によるもの	21,500	21,700	2	
K700	脾中央切除術	-	45,000	K700	【新設】
K701	脾破裂縫合術	19,200	19,200	K701	
K702	脾体尾部腫瘍切除術			K702	
1	脾尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合	21,200	-	1	
	脾同時切除の場合	-	21,200	イ	【項目の追加】
	脾温存の場合	-	21,750	ロ	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	30,000	38,890	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	35,000	52,500	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	40,000	55,870	4	
K703	脾頭部腫瘍切除術			K703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	55,200	69,840	1	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	66,000	83,810	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	72,500	83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	78,900	111,740	4	
K704	脾全摘術	60,900	91,350	K704	
K705	脾嚢胞胃(腸)吻合術	18,800	21,700	K705	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K706	膵管空腸吻合術	28,000	28,940	K706	
K707	膵嚢胞外瘻造設術			K707	
	1 内視鏡によるもの	10,900	14,130	1	
	2 開腹によるもの	12,100	12,100	2	
K708	膵管外瘻造設術	13,500	14,470	K708	
K708-2	膵管誘導手術	13,500	14,470	K708-2	
K709	膵瘻閉鎖術	21,000	21,700	K709	
K709-2	移植用膵採取術(死体)	46,800	48,700	K709-2	
K709-3	同種死体膵移植術	88,600	112,570	K709-3	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	70,000	82,580	K709-4	
K709-5	同種死体膵腎移植術	108,600	140,420	K709-5	
(脾)					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	11,400	24,410	K710	
K711	脾摘出術	18,500	21,700	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	28,500	28,500	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)					
K712	破裂腸管縫合術	8,350	8,350	K712	
K713	腸切開術	7,420	7,420	K713	
K714	腸管癒着症手術	10,900	10,900	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600	16,600	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	2,860	3,450	1	
	2 観血的なもの	5,530	5,530	2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	11,700	1	
	2 悪性腫瘍手術	28,000	29,930	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	25,600	K716-2	
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	11,800	14,470	K717	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K718	虫垂切除術			K718	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	6,210	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	8,210	11,470	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880	14,140	2	
K719	結腸切除術			K719	
	1 小範囲切除	17,900	17,900	1	
	2 結腸半側切除	25,700	25,700	2	
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	32,700	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
	1 小範囲切除、結腸半側切除	35,700	35,700	1	
	2 全切除、亜全切除	41,700	41,700	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	41,700	K719-3	
K719-4	ピックレル氏手術	13,700	13,700	K719-4	
K720	結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	13,000	14,470	K720	
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721	【項目の見直し】
	1 長径2センチメートル未満	6,740	5,000	1	
	2 長径2センチメートル以上	5,360	7,000	2	
K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	5,360	-	K721-2	【項目の見直し】
	長径2センチメートル未満	-	5,000	1	
	長径2センチメートル以上	-	7,000	2	
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	5,360	K721-3	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	8,950	K722	
K723	削除			K723	
K724	腸吻合術	9,040	9,040	K724	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	6,140	K725	
K726	人工肛門造設術	6,590	6,590	K726	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	7,790	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	9,830	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,600	11,600	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,100	21,700	2	
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,500	10,500	1	
	2 腸管切除を伴うもの	16,700	16,700	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,800	10,800	1	
	2 腸管切除を伴うもの	17,700	21,700	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,300	10,300	1	
	2 腸管切除を伴うもの	17,500	21,700	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	12,900	14,470	K734	
K735	先天性巨大結腸症手術	32,700	49,050	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	6,560	8,530	K735-2	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	42,300	63,450	K735-3	
K736	人工肛門形成術			K736	
	1 開腹を伴うもの	8,400	8,400	1	
	2 その他のもの	3,670	3,670	2	
(直腸)					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,690	2,690	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
	1 経肛門(内視鏡によるもの)	3,960	5,150	1	
	2 開腹によるもの	10,400	10,400	2	
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K740	1	経肛門	4,010	4,010	1	【新設】
	2	経括約筋	8,250	8,250	2	
	3	経腹及び経肛	12,000	14,470	3	
		経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	-	20,120	K739-2	
	直腸切除・切断術			K740		
K740-2	1	切除術	27,000	40,500	1	
	2	低位前方切除術	44,200	66,300	2	
	3	超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	50,100	69,840	3	
	4	切断術	50,100	75,150	4	
	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2		
K740-3	1	切除術	42,100	63,150	1	
	2	低位前方切除術	53,400	77,780	2	
	3	切断術	60,000	77,780	3	
K741		削除		K740-3		
K742		直腸狭窄形成手術	18,900	21,700	K741	
		直腸脱手術		K742		
	1	経会陰によるもの	7,370	7,370	1	
	2	直腸挙上固定を行うもの	9,260	9,260	2	
	3	骨盤底形成を行うもの	12,100	14,470	3	
	4	腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	23,900	28,940	4	
(肛門、その周辺)						
K743		痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
	1	硬化療法	1,380	1,380	1	
	2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,800	4,220	2	
	3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	1,390	3	
	4	根治手術	5,360	5,360	4	
	5	PPH	6,390	11,260	5	
K743-2		肛門括約筋切開術	1,380	1,380	K743-2	

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		
K743-3	脱肛根本手術	5,360	5,360	K743-3	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	5,360	K743-4	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	3,750	K743-5	
K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750	3,750	K743-6	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	3,110	K744	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	2,050	K745	
K746	痔瘻根治手術			K746	
	1 単純なもの	3,750	3,750	1	
	2 複雑なもの	7,400	7,400	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	7,400	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
	1 切除	20,100	21,700	1	
	2 直腸切断を伴うもの	42,300	63,450	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
	1 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	14,000	18,200	2	
K751	鎖肛手術			K751	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	2,100	1	
	2 会陰式	12,800	14,470	2	
	3 仙骨会陰式	21,800	32,700	3	
	4 腹会陰、腹仙骨式	39,800	59,700	4	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	24,700	37,050	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	46,600	69,900	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
	1 肛門狭窄形成手術	5,580	5,580	1	
	2 直腸粘膜脱形成手術	6,600	6,600	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K753	毛嚢嚢、毛嚢瘻、毛嚢洞手術	3,680	3,680	K753	
第10款 尿路系・副腎					
(副腎)					
K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	16,800	21,700	K754	
K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	31,000	K754-2	
K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	36,000	30,000	K754-3	
K755	副腎腫瘍摘出術			K755	
	1 皮質腫瘍	21,200	27,560		1
	2 髓質腫瘍(褐色細胞腫)	25,400	33,020		2
K756	副腎悪性腫瘍手術	35,800	36,170	K756	
(腎、腎盂)					
K757	腎破裂縫合術	23,300	28,940	K757	
K757-2	腎破裂手術	23,800	29,440	K757-2	
K758	腎周囲膿瘍切開術	3,480	3,480	K758	
K759	腎切半術	28,600	28,940	K759	
K760	癒合腎離断術	27,900	36,170	K760	
K761	腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	8,820	K761	
K762	腎固定術	8,260	8,260	K762	
K763	腎切石術	16,300	21,190	K763	
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	18,800	28,200	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	19,100	28,650	K765	
K766	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	13,000	K766	
K767	腎盂切石術	16,100	20,930	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	19,300	K768	
K769	腎部分切除術	19,300	25,090	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	28,000	33,790	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	33,000	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	10,500	K770	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	18,800	K770-2	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	1,490	K771	
K772	腎摘出術	16,300	16,300	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	32,100	41,730	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	37,100	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	32,900	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,300	63,450	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300	47,300	K773-3	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	12,600	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	15,000	19,500	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	16,900	21,700	K777	
K778	腎盂形成手術	19,600	25,480	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	29,500	44,250	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	22,800	34,200	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	30,000	41,900	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	38,600	51,850	K779-3	
K780	同種死体腎移植術	74,800	98,770	K780	
K780-2	生体腎移植術	40,000	60,000	K780-2	
(尿管)					
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	14,800	14,800	K781	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,000	7,000	K781-2	
K782	尿管切石術			K782	
1	上部及び中部	8,180	8,180	1	
2	膀胱近接部	12,000	12,000	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	16,100	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	2,270	3,400	K783-2	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,000	1,300	K783-3	

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		
K784	残存尿管摘出術	12,400	14,470	K784	
K784-2	尿管剥離術	12,400	14,470	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	18,000	K785	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	14,900	K786	
K787	尿管尿管吻合術	16,100	20,930	K787	
K788	尿管腸吻合術	10,100	13,130	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	23,900	31,070	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	9,930	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	15,300	19,890	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	21,800	28,340	K792	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	16,700	21,700	K793	
K794	尿管口形成手術	14,300	14,300	K794	
	経尿道的尿管瘤切除術	-	15,500	K794-2	【新設】
(膀胱)					
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	9,750	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
1	経尿道的手術	7,990	7,990	1	
2	膀胱高位切開術	3,150	3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	7,990	7,990	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	7,120	7,120	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	9,060	K800-2	
	膀胱水圧拡張術	-	5,500	K800-3	【新設】
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	35,800	37,420	1	
2	その他のもの	26,500	34,450	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460	9,460	K802	【項目の見直し】
K802-2	膀胱脱手術	9,980	-	K802-2	
	メッシュを使用するもの	-	24,720	1	
	その他のもの	-	12,970	2	
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	
1	腸管切除を伴わないもの	11,100	11,100	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,100	21,700	2	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	
1	切除	20,700	22,450	1	
2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	34,300	51,450	2	
3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	54,300	69,840	3	
4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600	98,400	4	
5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	69,000	103,500	5	
6	経尿道的手術	10,400	10,400	6	
K804	尿管摘出術	9,350	9,350	K804	
K805	膀胱瘻造設術	3,530	3,530	K805	
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	6,050	K806	
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	14,900	19,370	K807	
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	14,900	19,370	K808	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	20,000	26,000	K809	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	16,400	18,090	K809-2	
K810	ポアリー氏手術	20,800	27,040	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	24,800	32,240	K811	
K812	回腸(結腸)導管造設術	25,500	33,150	K812	
	排泄腔外反症手術			K812-2	【新設】
	外反膀胱閉鎖術	-	51,850	1	
	膀胱腸裂閉鎖術	-	103,710	2	
(尿道)					

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010	1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
	1 前部尿道	2,180	2,180	1	
	2 後部尿道	5,250	5,250	2	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
	1 摘出	16,300	21,190	1	
	2 内視鏡による場合	11,900	15,470	2	
	3 尿路変更を行う場合	45,900	45,900	3	
K818	尿道形成手術			K818	
	1 前部尿道	13,100	13,100	1	
	2 後部尿道	21,400	32,100	2	
K819	尿道下裂形成手術	20,000	30,000	K819	
K819-2	陰茎形成術	20,000	30,000	K819-2	
K820	尿道上裂形成手術	20,000	30,000	K820	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	13,300	13,300	K821	
K821-2	尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	14,200	K821-2	
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	12,300	K821-3	
K822	女子尿道脱手術	6,370	6,370	K822	
K823	尿失禁手術			K823	
	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	21,800	1	
	2 その他のもの	17,300	17,300	2	
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	13,800	17,940	K823-2	
第11款 性器					
(陰茎)					
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	1,130	K824	
K825	陰茎全摘術	9,840	12,790	K825	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K826	陰茎切断術	4,500	4,500	K826	
K826-2	陰茎折症手術	6,580	6,580	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	4,500	4,500	K826-3	
K827	陰茎悪性腫瘍手術			K827	
1	陰茎切除	14,300	14,300	1	
2	陰茎全摘	21,600	28,080	2	
K828	包茎手術			K828	
1	背面切開術	740	740	1	
2	環状切除術	2,040	2,040	2	
K828-2	陰茎持続勃起症手術			K828-2	
1	亀頭 陰茎海綿体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	3,120	3,120	1	
2	その他のシャント術によるもの	10,400	15,600	2	
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)					
K829	精管切断、切除術(両側)	2,550	2,550	K829	
K830	精巣摘出術	2,770	2,770	K830	
K830-2	精巣外傷手術			K830-2	
1	陰囊内血腫除去術	3,200	3,200	1	
2	精巣白膜縫合術	3,400	3,400	2	
K831	停留精巣摘出術	4,830	削除	K831	
K831-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣摘出術	13,830	削除	K831-2	
K832	精巣上体摘出術	4,200	4,200	K832	
K833	精巣悪性腫瘍手術	9,260	9,460	K833	
K834	精索静脈瘤手術	2,480	2,480	K834	
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	11,000	14,300	K834-2	
K835	陰囊水腫手術			K835	
1	交通性陰囊水腫手術	3,620	3,620	1	
2	その他	2,290	2,290	2	
K836	停留精巣固定術	8,260	8,260	K836	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	18,800	24,440	K836-2	
K837	精管形成手術	6,690	8,700	K837	
K838	精索捻転手術			K838	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	7,650	1	
2	その他のもの	6,330	6,330	2	
(精嚢、前立腺)					
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770	2,770	K839	
K840	前立腺被膜下摘出術	13,100	13,100	K840	
K841	経尿道的前立腺手術	18,500	18,500	K841	
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	19,000	K841-2	
K841-3	経尿道的前立腺高温治療(一連につき)	5,000	5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	5,000	K841-4	
K842	削除			K842	
K843	前立腺悪性腫瘍手術	31,600	31,600	K843	
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	45,300	67,950	K843-2	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	50,300	K843-3	
(外陰、会陰)					
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	790	790	K844	
K845	処女膜切開術	790	790	K845	
K846	処女膜切除術	980	980	K846	
K847	輪状処女膜切除術	2,230	2,230	K847	
K848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760	2,760	K848	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	2,340	K849	
K850	女子外性器悪性腫瘍手術			K850	
1	切除	18,800	22,450	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	27,700	41,550	2	
K850-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	14,100	18,330	K850-2	
K851	会陰形成手術			K851	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K851-2	1	筋層に及ばないもの	2,330	2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	4,430	4,430	2	
K851-3		外陰・腔血腫除去術	1,600	1,600	K851-2	
		癒合陰唇形成手術			K851-3	
	1	筋層に及ばないもの	2,330	2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	4,430	4,430	2	
(腔)						
K852		腔壁裂創縫合術(分娩時を除く。)			K852	
	1	前又は後壁裂創	2,760	2,760	1	
	2	前後壁裂創	4,160	4,160	2	
	3	腔円蓋に及ぶ裂創	6,370	6,370	3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	18,900	24,570	4	
K853		腔閉鎖術			K853	
	1	中央腔閉鎖術(子宮全脱)	6,370	6,370	1	
	2	その他	2,580	2,580	2	
K854		腔式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	2,230	K854	
K854-2		後腔円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230	2,230	K854-2	
K855		腔中隔切除術			K855	
	1	不全隔のもの	1,260	1,260	1	
	2	全中隔のもの	2,540	2,540	2	
K856		腔壁腫瘍摘出術	2,540	2,540	K856	
K856-2		腔壁囊腫切除術	2,540	2,540	K856-2	
K856-3		腔ポリープ切除術	1,040	1,040	K856-3	
K856-4		腔壁尖圭コンジローム切除術	1,040	1,040	K856-4	
K857		腔壁悪性腫瘍手術	22,300	22,450	K857	
K858		腔腸瘻閉鎖術	18,900	24,570	K858	
K859		造腔術、腔閉鎖症術			K859	
	1	拡張器利用によるもの	2,130	2,130	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K860 K860-2	2	遊離植皮によるもの	11,300	14,470	2	
	3	膣断端挙上によるもの	18,400	21,700	3	
	4	腸管形成によるもの	24,200	31,460	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	31,500	47,250	5	
		膣壁形成手術	5,650	5,650	K860	
	膣断端挙上術(膣式、腹式)	19,500	22,450	K860-2		
(子宮)						
K861		子宮内膜搔爬術	1,180	1,180	K861	
K862		クレニッヒ手術	7,710	7,710	K862	
K863		腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	19,100	K863	
K863-2		子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	11,000	14,300	K863-2	
K864		子宮位置矯正術			K864	
	1	アレキサングー手術	4,040	4,040	1	
	2	開腹による位置矯正術	5,800	5,800	2	
	3	癒着剥離矯正術	8,320	10,820	3	
K865		子宮脱手術			K865	
	1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	10,000	13,000	1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	10,000	13,000	2	
	3	マンチェスター手術	10,800	10,850	3	
	4	膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	19,200	21,700	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 ら	
K871		子宮息肉様筋腫摘出術(膣式)	3,980	3,980	K871	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
	1 腹式	14,500	18,850	1	
	2 腔式	8,450	10,990	2	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	25,300	28,940	K872-2	
K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	4,730	K872-3	
K872-4	痕跡副角子宮手術			K872-4	
	1 腹式	14,500	14,500	1	
	2 腔式	8,450	8,450	2	
K872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	8,450	K872-5	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500	14,470	K873	
K874				K874	
及び				及び	
K875	削除			K875	
K876	子宮腔上部切断術	7,310	7,310	K876	
K877	子宮全摘術	17,600	21,700	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500	38,500	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	8,450	10,990	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	19,100	21,640	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	39,000	58,500	K879	
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	12,500	16,250	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	13,600	17,680	K882	
K883	子宮頸管形成手術	3,590	3,590	K883	
K883-2	子宮頸管閉鎖症手術			K883-2	
	1 非観血的	180	180	1	
	2 観血的	3,590	3,590	2	
K884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	12,500	16,250	K884	
(子宮附属器)					
K885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	1,350	K885	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
1	開腹によるもの	8,910	8,910	1	
2	腹腔鏡によるもの	17,900	17,900	2	
K887	卵巢部分切除術(腔式を含む。)			K887	
1	開腹によるもの	4,350	4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	14,470	2	
K887-2	卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)			K887-2	
1	開腹によるもの	4,350	4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	14,470	2	
K887-3	卵管口切開術			K887-3	
1	開腹によるもの	4,350	4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	14,470	2	
K887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巢焼灼術	12,200	15,860	K887-4	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)			K888	
1	開腹によるもの	9,300	12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	19,600	25,480	2	
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)			K888-2	
1	開腹によるもの	9,300	12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600	25,480	2	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	33,000	58,500	K889	
K890	卵管形成手術(卵管・卵巢移植、卵管架橋等)	16,200	21,060	K890	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	23,800	35,700	K890-2	
(産科手術)					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	2,440	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,080	2,080	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
1	低位(出口)鉗子	2,080	2,080	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K895	2	中位鉗子	3,660	3,660	2	【項目の追加】
		会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	1,530	K895	
K896		会陰(腔壁)裂創縫合術(分娩時)			K896	
	1	筋層に及ぶもの	1,650	1,650	1	
	2	肛門に及ぶもの	2,970	2,970	2	
	3	膣円蓋に及ぶもの	3,320	3,320	3	
	4	直腸裂創を伴うもの	6,310	6,310	4	
K897		頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	3,770	K897	
K898		帝王切開術			K898	
	1	緊急帝王切開	17,800	19,340	1	
	2	選択帝王切開	15,000	19,340	2	
		前置胎盤を合併する場合	-	21,700	3	
K899		胎児縮小術(娩出術を含む。)	3,220	3,220	K899	
K900		臍帯還納術	1,240	1,240	K900	
K900-2		脱垂肢整復術	1,240	1,240	K900-2	
K901		子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	1,890	1,890	K901	
K902		胎盤用手剥離術	2,350	2,350	K902	
K903		子宮破裂手術			K903	
	1	子宮全摘除を行うもの	21,300	22,450	1	
	2	子宮腔上部切断を行うもの	15,800	20,540	2	
	3	その他のもの	8,580	11,150	3	
K904		妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	21,300	27,690	K904	
K905		子宮内反症整復手術(腔式、腹式)			K905	
	1	非観血的	340	340	1	
	2	観血的	8,180	10,630	2	
K906		子宮頸管縫縮術			K906	
	1	マクドナルド法	1,740	1,740	1	
	2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090	3,090	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K907 K908 K909	3	縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	1,500	3	
		胎児外回転術	670	670	K907	
		胎児内(双合)回転術	1,190	1,190	K908	
K909-2 K910 K911 K912		流産手術			K909	
	1	妊娠11週までの場合	1,910	1,910	1	
	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	3,710	4,820	2	
		子宮内容除去術(不全流産)	1,910	1,910	K909-2	
		削除			K910	
		胞状奇胎除去術	4,280	4,280	K911	
K913		子宮外妊娠手術			K912	
	1	開腹によるもの	9,420	10,850	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,600	18,600	2	
		新生児仮死蘇生術			K913	
	1	仮死第1度のもの	840	840	1	
	仮死第2度のもの	2,220	2,220	2		
(その他)						
		性腺摘出術			K913-2	【新規】
		開腹によるもの	-	4,830	1	
		腹腔鏡によるもの	-	14,300	2	
第12款 削除						
第13款 臓器提供管理料						
K914		脳死臓器提供管理料	14,200	14,200	K914	
K915		生体臓器提供管理料	5,000	5,000	K915	
第2節 輸血料						
K920	1	輸血			K920	
		自家採血輸血(200mLごとに)			1	
	イ	1回目	750	750	イ	
	ロ	2回目以降	650	650	ロ	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K920-2	2	保存血液輸血(200mLごとに)			2	
	イ	1回目	450	450	イ	
	ロ	2回目以降	350	350	ロ	
	3	自己血貯血			3	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
	(1)	液状保存の場合	200	200	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	400	(2)	
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	
	(1)	液状保存の場合	200	200	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	400	(2)	
	4	自己血輸血			4	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
	(1)	液状保存の場合	750	750	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	1,500	1,500	(2)	
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	
	(1)	液状保存の場合	750	750	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	1,500	1,500	(2)	
5	交換輸血(1回につき)	5,250	5,250	5		
	輸血管理料			K920-2		
1	輸血管理料	200	200	1		
2	輸血管理料	70	70	2		
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921	【項目の見直し】	
	骨髓採取			1		
	同種移植の場合	-	19,200	イ		
	自家移植の場合	-	15,000	ロ		
	末梢血幹細胞採取			2		
	同種移植の場合	-	19,200	イ		
	自家移植の場合	-	15,000	ロ		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K922	造血幹細胞移植			K922	【項目の見直し】
	骨髄移植			1	
	同種移植の場合	-	65,600	イ	
	自家移植の場合	-	25,000	ロ	
	末梢血幹細胞移植			2	
	同種移植の場合	-	65,600	イ	
	自家移植の場合	-	30,000	ロ	
	臍帯血移植	-	44,300	3	
K922-2	臍帯血移植	44,300	削除	K922-2	
K923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	4,500	K923	
第3節 手術医療機器等加算					
K930	脊髄誘発電位測定等加算	3,130	3,130	K930	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000	3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000	10,000	K932	
K933	イオンフォレーゼ加算	45	45	K933	
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	1,000	K934	
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	

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	骨髓炎・骨結核手術	K043-3	骨髓炎手術(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

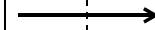
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>L009 麻酔管理料</p>	<p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>(追加)</p>	<p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>注7 心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、所定点数に880点を加算する。</p>

【名称の見直し】	<p>麻酔管理料</p>	<p>→ 麻酔管理料(I)</p>
【注の見直し】	<p>注1 麻酔管理料を算定する旨を当該保険医療機関の所在地の地方厚生局長等に対して届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p>	<p>→ 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p>
【注の追加】	<p>(追加)</p>	<p>→ 注3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料(II)を算定している場合は算定できない。</p>
【新設】	<p>(新設)</p>	<p>→ L010 麻酔管理料(II)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点 <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った場合に算定する。</p>
第2節 神経ブロック料		
L100 神経ブロック（局所麻酔剤		

又はボツリヌス毒素使用)

【項目の見直し】

4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療
目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点



4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢
痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合
400点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第12部 放射線治療		
M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【点数の見直し】	3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点	4,000点
M000-2 放射性同位元素内用療法管理料		
【項目の見直し】	1 甲状腺癌に対するもの 500点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 250点	1 甲状腺癌に対するもの 1,390点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点
【注の見直し】	注 甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。	注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回

			に限り算定する。
【注の追加】		(追加)	注2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
【注の追加】		(追加)	注3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
M001 体外照射			
【点数の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射 イ 1回目 500点 ロ 2回目 150点 3 高エネルギー放射線治療 イ 1回目 <ul style="list-style-type: none"> (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点 ロ 2回目 <ul style="list-style-type: none"> (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場 		<ul style="list-style-type: none"> 250点 75点 840点 1,320点 1,800点

	<p>合 310点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 410点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点</p>	<p>280点</p> <p>440点</p> <p>600点</p> <p>(追加) → 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。</p>
M002 全身照射（一連につき）		
【点数の見直し】	10,000点	30,000点
【注の見直し】	注 骨髄移植を目的として行われるものに限る。	注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。
M004 密封小線源治療（一連につき）		

【点数の見直し】

- 2 腔内照射
 - イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合
3,000点
 - ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合
1,000点
 - ハ その他の場合
1,500点
- 3 組織内照射
 - ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合
7,500点
 - ハ その他の場合
6,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく）
2,000点

【注の見直し】

注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、
購入価格を70円で除して得た点数を加算する。

- 2 腔内照射
 - イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合
10,000点
 - ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合
500点
 - ハ その他の場合
5,000点
- 3 組織内照射
 - ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合
23,000点
 - ハ その他の場合
19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく）
8,000点

注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、
購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

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>【項目の見直し】</p> <p>4 その他（1臓器につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【新設】</p>	<p>350点</p> <p>（追加）</p> <p>（新設）</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 638 1478 774">4</td> <td data-bbox="1478 638 1971 702">EGFRタンパク</td> <td data-bbox="1971 638 2072 702">690点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 702 1478 774">5</td> <td data-bbox="1478 702 1971 766">その他（1臓器につき）</td> <td data-bbox="1971 702 2072 766">400点</td> </tr> </table> <p>注2 5について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1,600点を加算する。</p> <p>N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p>	4	EGFRタンパク	690点	5	その他（1臓器につき）	400点
4	EGFRタンパク	690点						
5	その他（1臓器につき）	400点						

N004 細胞診（1部位につき）

【項目の見直し】

- 1 婦人科材料
- 2 その他

150点
190点

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

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

【項目の見直し】

410点

- 1 組織診断料 500点
- 2 細胞診断料 240点

【注の削除】

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、

【注の追加】

(追加)

月1回に限り算定する。

注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

N007 病理判断料

【点数の見直し】

146点

150点



2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 A000 初診料	1 歯科初診料 182点 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、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。	218点 (削除) (追加) 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者

【注の追加】

第2節 再診料

A002 再診料

【点数の見直し】

- 1 歯科再診料
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料

40点 → 42点
57点 → 69点

【注の追加】

(追加) → 注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合には、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

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、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には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

【注の追加】

(追加)

、1日につき所定点数に加算する。

イ 1回目 232点

ロ 2回目以降 90点

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

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>A200 入院時医学管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>入院時医学管理加算</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>総合入院体制加算</p>

【項目の見直し】	1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点	→	1 単独型又は管理型 40点
	2 協力型臨床研修病院 20点		2 協力型 20点
【新設】	(新設)	→	A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算
A 2 2 7 退院調整加算			
【名称の見直し】	退院調整加算	→	慢性期病棟等退院調整加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算
A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	→	(削除)
【削除】			

A 2 4 1 後期高齢者総合評価加算

【名称の見直し】

後期高齢者総合評価加算

→ 総合評価加算

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

【削除】

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

→ (削除)

【新設】

(新設)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院
加算

【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、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料を含む。）を現に算定している患者に限る。）につ

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、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第

第3節 特定入院料

【新設】

いて、入院初日に限り所定点数に加算する。

1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（新設）



A303 緩和ケア病棟入院料

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 1回目 130点</p> <p>2 2回目以降 110点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提供した場合に、1回に限り算定できる。</p> <p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第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。ただし、当該患者が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の歯</p>	<p>110点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。</p> <p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第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。ただし、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の歯科診療以外の診</p>

	<p>科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。</p>		<p>療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能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。</p>	<p>→</p>	<p>5 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>7 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80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。</p>	<p>→</p>	<p>7 う蝕に罹患している13歳未満の患者であって、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者（以下この表において「う蝕多発傾向者」という。）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、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は、所定点数に80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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>8 4歳以上の齲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に基づき歯科衛生士が、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</p>	<p>→</p>	<p>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</p>

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

【項目の見直し】

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C 0 0 1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。

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C 0 0 1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。

80点

- 1 歯科衛生実地指導料1 80点
- 2 歯科衛生実地指導料2 100点

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6又は区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治

の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。なお、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

B002 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

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

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及

【新設】

(新設)

び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料
500点

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

【新設】

(新設)

B004-1-4 入院栄養食事指導料
130点

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

B004-6 歯科治療総合医療管理料

【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疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2及び区分番号I010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B004-9 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を

【新設】

(新設)

行った場合に限る。)は別に算定できない。

B 0 0 6 - 3 がん治療連携計画策定料 750点

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

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B 0 1 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、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患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

(削除)

【注の追加】

B 0 0 9 診療情報提供料 (I)

【注の追加】

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

(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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(追加)

注6 保険医療機関が、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2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C 0 0 0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A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、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>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。</p>
<p>B011-4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料</p>	<p>後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点</p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料 90点</p>
<p>【名称の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>
<p>B013 義歯管理料（1口腔につき</p>		

)

【点数の見直し】

1 新製有床義歯管理料 100点 → 150点

【注の見直し】

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する。

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

【注の見直し】

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（装着日から起算して1月から3月までの間に限る。）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。

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。

【注の見直し】

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3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。

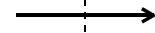
注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>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。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設)</p>	<p>B013-2 有床義歯調整管理料（一口腔につき） 30点</p> <p>注 区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。</p>
<p>B016 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>注 保険医療機関の保険医である歯科医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>200点</p>	<p>(削除)</p>
<p>B018 医療機器安全管理料（一連</p>			

につき)

【点数の見直し】

1,000点



1,100点

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

【注の見直し】

注2 歯科訪問診療2は、社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、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、患者の同意を得た歯科訪問診療

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

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

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。ただし、区分番号I081、J200-3及びM091に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

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

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

【点数の見直し】

- 1 複雑なもの
- 2 簡単なもの

350点
100点

360点
120点

C 0 0 1 - 2 後期高齢者在宅療養口
腔機能管理料

180点

(削除)

【削除】

- 注1 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料は、別に算定できない。
 - 3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

【新設】

(新設)

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

- | | | |
|---|----------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 140点 |
| 2 | 1以外の場合 | 130点 |

注1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を

【新設】

(新設)

算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料
140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、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。)であって別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置(区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

- 2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。
- 3 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

注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

C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)



注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。

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。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査 【項目の追加】 D003 スタディモデル（1組につき） 【削除】		(追加) → 3 混合歯列期歯周組織検査 40点 50点 → (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の削除】</p>	<p>4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 5点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 50点</p> <p>ハ その他の場合 30点</p>	<p>（削除）</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。また、当該加算を</p>	<p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。</p>

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

- 1 単純撮影
 - イ 歯科エックス線撮影
 - (1) 全顎撮影の場合 250点
 - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 25点
 - ロ その他の場合 65点
- 2 特殊撮影
 - イ 歯科パノラマ断層撮影 180点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 264点
- 3 造影剤使用撮影 148点

- 1 単純撮影
 - イ 歯科エックス線撮影
 - (1) 全顎撮影の場合
 - (一) アナログ撮影 250点
 - (二) デジタル撮影 252点
 - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）
 - (一) アナログ撮影 25点
 - (二) デジタル撮影 28点
 - ロ その他の場合
 - (1) アナログ撮影 65点
 - (2) デジタル撮影 68点
- 2 特殊撮影
 - イ 歯科パノラマ断層撮影の場合
 - (1) アナログ撮影 180点
 - (2) デジタル撮影 182点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）
 - (1) アナログ撮影 264点
 - (2) デジタル撮影 266点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1のイについて、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。</p>	<p>→</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1442 150 1473 181">3</td> <td data-bbox="1509 150 1704 181">造影剤使用撮影</td> <td data-bbox="1989 150 2074 181"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1480 193 1509 225">イ</td> <td data-bbox="1509 193 1704 225">アナログ撮影</td> <td data-bbox="1989 193 2074 225">148点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1480 236 1509 268">ロ</td> <td data-bbox="1509 236 1704 268">デジタル撮影</td> <td data-bbox="1989 236 2074 268">150点</td> </tr> </table> <p>注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、所定点数に10点を加算する。</p>	3	造影剤使用撮影		イ	アナログ撮影	148点	ロ	デジタル撮影	150点
3	造影剤使用撮影											
イ	アナログ撮影	148点										
ロ	デジタル撮影	150点										

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【注の追加】 第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【注の追加】	(追加)	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の

病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号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又はG004に掲げる点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>

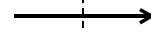
<p>【新設】</p> <p>G 0 2 0 無菌製剤処理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(新設)</p> <p>1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点</p>	<p>(新設)</p> <p>→</p> <p>G 0 0 5 - 3 末梢留置型中心静脈カテーテル挿入術 700点</p> <p>注 1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。</p> <p>→</p> <p>1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p>
---	--	---

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100点</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)</p> <p>イ ロ以外の場合 200点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)</p> <p>イ ロ以外の場合 100点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 100点</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>

【新設】

き30点を所定点数に加算する。

(新設)



き45点を所定点数に加算する。

H003 がん患者リハビリテーション料（1単位） 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、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第8部 処置		
【通則の見直し】	<p>5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
I 0 0 0 齲蝕処置（1歯1回につき）		
【名称の見直し】	齲蝕処置（1歯1回につき）	う蝕処置（1歯1回につき）
【点数の見直し】	16点	18点
I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）		
【名称の見直し】	<p>歯髄覆罩（1歯につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 非侵襲性歯髄覆罩 2 直接歯髄覆罩 	<p>歯髄保護処置（1歯につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 歯髄温存療法 2 直接歯髄保護処置

	3 間接歯髄覆罩		3 間接歯髄保護処置
【注の見直し】	注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げる齲蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I002-2 乳幼児齲蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）			
【名称の見直し】	乳幼児齲蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）	→	乳幼児う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）
I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置			
【名称の見直し】	初期齲蝕小窩裂溝填塞処置	→	初期う蝕小窩裂溝填塞処置
I004 歯髄切断（1歯につき）			
【注の見直し】	注2 歯髄覆罩の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I005 抜髄（1歯につき）			
【注の見直し】	注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70	→	注1 区分番号I001の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、

	<p>点、256点又は420点を算定する。</p>		<p>70点、256点又は420点を算定する。</p>															
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p>	→	<p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p>															
<p>I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）</p>																		
<p>【点数の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>単根管</td> <td>14点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2根管</td> <td>22点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3根管以上</td> <td>28点</td> </tr> </table>	1	単根管	14点	2	2根管	22点	3	3根管以上	28点	→	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>20点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>22点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30点</td> </tr> </table>		20点		22点		30点
1	単根管	14点																
2	2根管	22点																
3	3根管以上	28点																
	20点																	
	22点																	
	30点																	
<p>I008 根管充填（1歯につき）</p>																		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p>	→	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p>															
<p>I011 歯周基本治療</p>																		

【注の見直し】	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に38点を加算する。
【注の見直し】	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の30に相当する点数により算定する。	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療（1口腔につき）	1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点	300点
【注の見直し】	注2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回実	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、

施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。

前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。

【新設】

(新設)

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置 (1口腔につき 10点)

注1 区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置(区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を除く。)を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

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の場合 120点

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 120点

【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の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合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及び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。

I 0 2 3 心身医学療法

【点数の見直し】

1 入院中の患者

70点

150点

【新設】

(新設)

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

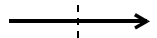
注 区分番号J016、J018、J031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現等のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

I 0 8 1 周辺装置加算

【削除】

- | | | |
|---|-------------------|------|
| 1 | エアタービン及びその周辺装置 | 200点 |
| 2 | 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 | 50点 |

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。



(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第9部 手術 【通則の見直し】	4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076及びJ096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。	4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【通則の見直し】	5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。	5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
【通則の見直し】	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において	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点以上のときの手術の費用は、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入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が深夜である手術を行った場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、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7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。

、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。

【通則の見直し】

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

【新設】

(新設)

J000-2 歯根分割搔爬術 260点

【新設】		(新設)	→	J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術 1 抜歯窩から行う場合 470点 2 犬歯窩開さくにより行う場合 2,000点
J 0 1 3 口腔内消炎手術				
【点数の見直し】	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140点	→	120点
【新設】		(新設)	→	J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術 5,230点
J 0 1 7 舌腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 粘液嚢胞摘出術	940点	→	1,220点
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	1 切除 2 亜全摘	11,700点 32,900点	→	14,470点 49,350点
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術				
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの 2 硬口蓋に及ぶもの	8,590点 14,300点	→	1 軟口蓋のみのもの 11,170点 2 硬口蓋に及ぶもの 18,590点

	3 顎裂を伴うもの	14,900点		3 顎裂を伴うもの イ 片側 ロ 両側	19,360点 29,040点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	7,800点 12,200点 13,100点	→	10,140点 14,470点 17,030点	
J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	11,700点 19,700点	→	14,470点 25,610点	
J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術					
【点数の見直し】		12,800点	→	16,640点	
J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術					
【点数の見直し】		450点	→	560点	
J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）					

【点数の見直し】

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 搔爬
- 2 切除
- 3 全摘

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

4,490点 → 5,840点

18,700点 → 21,700点

39,600点 → 59,400点

4,520点 → 5,880点
20,600点 → 21,700点
32,400点 → 37,420点

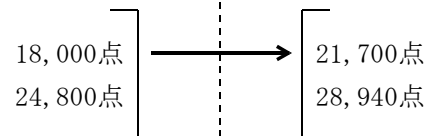
7,660点 → 9,960点

12,100点 → 15,730点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

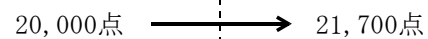
【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断



J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

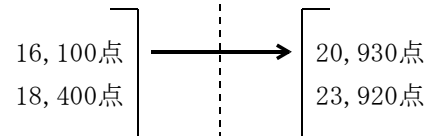
【点数の見直し】



J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

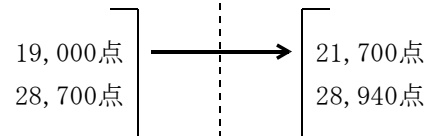
- 1 耳下腺浅葉摘出術
- 2 耳下腺深葉摘出術



J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

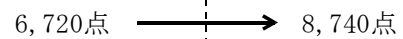
【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 全摘



J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】



J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

【点数の見直し】

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）

630点

730点

【注の見直し】

注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

注1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

【注の追加】

（追加）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植

イ 簡単なもの

1,730点

1,780点

ロ 困難なもの

8,300点

10,790点

	2 同種骨移植 (生体)	9,100点		12,870点
	3 同種骨移植 (非生体)	9,900点		11,830点
J 0 6 3 - 3 骨 (軟骨) 組織採取術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,470点	→	4,510点
J 0 6 8 上顎骨折観血的手術				
【点数の見直し】		9,010点	→	11,710点
J 0 6 9 上顎骨形成術				
【点数の見直し】	1 単純な場合	12,500点	→	16,250点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600点		32,400点
J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術				
【点数の見直し】		8,930点	→	11,610点
J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術				

【点数の見直し】		18,000点	→	27,000点									
J 0 7 2 下顎骨折観血的手術													
【点数の見直し】	2 両側の場合	14,700点	→	19,110点									
【新設】		(新設)	→	<table border="1"> <tr> <td>J 0 7 2 - 2</td> <td>下顎関節突起骨折観血的手術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>片側</td> <td>21,700点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>両側</td> <td>36,170点</td> </tr> </table>	J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術		1	片側	21,700点	2	両側	36,170点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術												
1	片側	21,700点											
2	両側	36,170点											
J 0 7 4 顎骨内異物（挿入物）除去術													
【名称の見直し】	顎骨内異物（挿入物）除去術		→	顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術									
J 0 7 5 下顎骨形成術													
【点数の見直し】	2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	<table border="1"> <tr> <td>13,200点</td> <td>→</td> <td>17,160点</td> </tr> <tr> <td>18,500点</td> <td>→</td> <td>27,750点</td> </tr> </table>	13,200点	→	17,160点	18,500点	→	27,750点					
13,200点	→	17,160点											
18,500点	→	27,750点											
J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術													
【点数の見直し】		17,700点	→	26,550点									
J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術													
【点数の見直し】		14,100点	→	18,330点									

J 0 7 9	顎関節形成術		21,600点	→	32,400点
	【点数の見直し】				
J 0 8 0	顎関節授動術				
	【点数の見直し】	2 顎関節鏡下授動術 3 開放授動術	4,320点 13,500点	→	5,620点 17,550点
J 0 8 1	顎関節円板整位術				
	【点数の見直し】	1 顎関節鏡下円板整位術 2 開放円板整位術	12,600点 17,000点	→	14,470点 21,700点
J 0 8 5	デブリードマン				
	【注の追加】		(追加)	→	注2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。
J 0 8 7	上顎洞根本手術				
	【名称の見直し】	上顎洞根本手術		→	上顎洞根治手術
J 0 8 9	分層植皮術				
	【点数の見直し】	1 25平方センチメートル未満 2 25平方センチメートル以上100平方センチメ	5,000点	→	3,330点

	ートル未満 6,000点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメ ートル未満 9,000点 4 200平方センチメートル以上 13,000点		4,590点 6,660点 20,150点
J089-2 全層植皮術			
【点数の見直し】	3 100平方センチメートル以上200平方センチメ ートル未満 20,000点 4 200平方センチメートル以上 30,000点	→	21,700点 31,350点
J090 皮膚移植術			
【名称の見直し】	皮膚移植術	→	皮膚移植術（生体・培養）
J090 皮膚移植術			
【注の見直し】	注1 同種皮膚移植術を行った場合に算定する。	→	注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
【新設】	(新設)	→	J090-2 皮膚移植術（死体） 1 200平方センチメートル未満 5,190点 2 200平方センチメートル以上500平方センチ メートル未満 6,920点 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチ メートル未満 10,380点 4 1000平方センチメートル以上3,000平方セ ンチメートル未満 25,320点

J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切
断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

2 25平方センチメートル以上100平方センチメ
ートル未満 6,830点

3 100平方センチメートル以上 10,400点

8,800点
15,600点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）
弁術

【点数の見直し】

21,900点

32,850点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）

【点数の見直し】

43,000点

64,500点

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術
（顕微鏡下血管柄付きのもの
）

【点数の見直し】

49,200点

73,800点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】		10,700点	→	13,910点	
J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置					
【点数の見直し】		10,800点	→	16,640点	
J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術					
【点数の見直し】	1 頭、頸部動脈	36,700点	→	55,050点	
J 1 0 1 神経移植術					
【点数の見直し】		17,800点	→	18,090点	
J 1 0 2 交感神経節切除術					
【点数の見直し】		14,000点	→	18,200点	
【新設】		(新設)	→	J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術	
				1 広汎切除	21,700点
				2 単純切除	11,000点

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

【点数の見直し】

2 動的なもの 26,000点 → 39,000点

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

【削除】

1 エアタービン及びその周辺装置 200点
 2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点
 → (削除)

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第10部 麻酔 【通則の見直し】 【通則の見直し】 K000 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの） 【点数の見直し】 K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔 【点数の見直し】	2 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 38点 23点	2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 42点 30点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第11部 放射線治療		
L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【点数の見直し】	3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点	4,000点
L001 体外照射		
【点数の見直し】	2 コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射 イ 1回目 500点 ロ 2回目 150点 3 高エネルギー放射線治療 イ 1回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点 ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った	250点 75点 840点 1,320点 1,800点 280点

【注の追加】

場合 410点
(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点

440点
600点

(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)若しくは口の(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。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【点数の見直し】

2 腔内照射
イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点
ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点
ハ その他の場合 1,500点
3 組織内照射
イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

10,000点
500点
5,000点
23,000点

【注の見直し】	ロ その他の場合 6,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点	→	19,000点 8,000点
	注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。		注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>M000-2 補綴物維持管理料（1</p>	<p>4 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合はこの限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>

装置につき)		
【名称の見直し】	補綴物維持管理料（1装置につき）	クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）
【注の見直し】	<p>注1 補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該保険医療機関単位で算定する。</p>	<p>注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、補綴物維持管理料は算定しない。</p>	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、算定しない。</p>
M001 歯冠形成（1歯につき）		
【注の見直し】	<p>注5 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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。</p>	<p>注5 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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。</p>
M001-2 齲蝕歯即時充填形成（1歯につき）		

【名称の見直し】	齶蝕歯即時充填形成（1歯につき）	→	う蝕歯即時充填形成（1歯につき）
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。	→	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
【注の見直し】	注2 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M001-3 齶蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	齶蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	→	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）
【注の見直し】	注 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M003 印象採得	ホ 口蓋補綴、顎補綴	→	ホ 口蓋補綴、顎補綴

	(1) 印象採得が簡単なもの 143点 (2) 印象採得が困難なもの 265点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 400点	(1) 印象採得が困難なもの 220点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 400点
M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき) 【注の見直し】	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。
M005 装着 【項目の見直し】	ニ 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が簡単なもの 100点 (2) 印象採得が困難なもの 200点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 300点	ニ 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が困難なもの 150点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 300点
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	540点		550点
	ロ 5 歯から8 歯まで	665点		676点
	ハ 9 歯から11歯まで	890点		900点
	ニ 12歯から14歯まで	1,300点		1,310点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,050点		2,060点
M019 熱可塑性樹脂有床義歯				
【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	705点		670点
	ロ 5 歯から8 歯まで	925点		900点
	ハ 9 歯から11歯まで	1,185点		1,120点
	ニ 12歯から14歯まで	1,815点		1,750点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,850点		2,780点
M022 フック、スパー (1 個につき)				
【点数の見直し】		85点	→	96点
M023 バー (1 個につき)				
【点数の見直し】	1 鋳造バー	420点	→	430点
【注の見直し】	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に50点を加算する。ただし、		→	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に60点を加算する。ただし、

	保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。		保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
M025 口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が簡単なもの 1,000点 2 印象採得が困難なもの 1,500点 3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点 	→	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が困難なもの 1,500点 2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点
M029 有床義歯修理（1床につき）			
【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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。
M030 有床義歯床裏装			
【名称の見直し】	有床義歯床裏装	→	有床義歯内面適合法
M091 周辺装置加算	<ul style="list-style-type: none"> 1 エアタービン及びその周辺装置 200点 	→	(削除)

【削除】

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 N002 歯科矯正管理料 【点数の見直し】 【注の見直し】 【注の削除】	300点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。 注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定した月の翌月以後に算定する。	240点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。 (削除)

<p>【注の削除】</p>	<p>注3 同一の患者につき1月以内に歯科矯正管理料を算定すべき管理を2回以上行った場合においては、歯科矯正管理料は1回とし、第1回の管理を行ったときに算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。</p>
<p>N004 模型調製 (1組につき)</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 1については、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回に限り算定する。</p>
<p>N007 咬合採得 (1装置につき)</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 簡単なもの 100点 2 困難なもの 200点</p>	<p>70点 140点</p>

N012 床装置（1装置につき） 【点数の見直し】	2 複雑なもの	2,500点		2,000点
N019 保定装置（1装置につき） 【点数の見直し】	2 メタルリテーナー	6,800点		6,000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>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>410点</p> <p>注1 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>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 550 1473 678" rowspan="2">1</td> <td data-bbox="1512 582 1646 614">組織診断料</td> <td data-bbox="1982 582 2060 614">500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1512 622 1646 654">細胞診断料</td> <td data-bbox="1982 622 2060 654">240点</td> </tr> </table> <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>	1	組織診断料	500点	細胞診断料	240点
1	組織診断料	500点					
	細胞診断料	240点					

【注の追加】

(追加)

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。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、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）病理組織標本作製又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は別に算定できない。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合には、医科点数表の区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。）

【点数の見直し】

146点

150点

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1部 調剤報酬 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【注の見直し】	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。 注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。 注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点

01 調剤料

【項目の見直し】

- 1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点
 - ハ 22日分以上の場合 77点

- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 13点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 17点

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点
 - ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点
 - ニ 31日分以上の場合 89点

【注の追加】

(追加)

- 注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - 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
 - ロ 57日分以上の場合 270点

<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき） 190点</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 7日分以下の場合 190点 ロ 8日分以上28日分以下の場合 <ul style="list-style-type: none"> (1) 7日目以下の部分 190点 (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点 ハ 29日分以上の場合 400点
<p>【項目の削除】</p>	<p>5 一包化薬 89点</p> <p>注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>第2節 薬学管理料</p>		
<p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者（後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又は</p>

	<p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p>	<p>その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</p>
<p>1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p>
<p>1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>		

【注の見直し】

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

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。

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。
ロ 処方された薬剤について、直接患者又は

（削除）

その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

1 9 後期高齢者終末期相談支援料

200点

【削除】

注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対

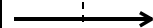
(削除)

第2部 算定制限

【削除】

して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第四章第2部に規定する日から算定できるものとする。



(削除)