

## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成28年2月10日)

# 別紙 1

## 診療報酬の算定方法

### 1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 2 節 再診料</p> <p>A 0 0 1 再診料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>3 入院中の患者（第 2 部第 4 節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第 2 部第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(追加)</p>	<p>3 入院中の患者（第 2 部第 4 節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算並びに区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 8 及び注 9 に規定する加算を除く。）は、第 2 部第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患</p>

A002 外来診療料

【注の見直し】

注6 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 尿検査

区分番号D000からD002までに掲げるもの

ロ～ツ (略)

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

注6 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 尿検査

区分番号D000からD002-2までに掲げるもの

ロ～ツ (略)

第2部 入院料等

通則

【通則の見直し】

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

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

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）  
、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（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等基本料を同一の日に算定することはできない。

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、584点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

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

注4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

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

イ 看護必要度加算1	55点
ロ 看護必要度加算2	45点
ハ 看護必要度加算3	25点

【注の見直し】

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

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

イ～マ (略)  
 ケ がん診療連携拠点病院加算  
 フ～キ (略)  
 ユ 退院調整加算  
 メ 新生児特定集中治療室退院調整加算  
 ミ 救急搬送患者地域連携紹介加算  
 シ 救急搬送患者地域連携受入加算  
 エ～モ (略)  
 セ 病棟薬剤業務実施加算  
 ス (略)

イ～マ (略)  
 ケ がん拠点病院加算  
 フ～キ (略)  
 ユ～ミ (略)  
 シ 病棟薬剤業務実施加算 1  
 エ (略)  
 ヒ 退院支援加算 (1のイ、2のイ及び3に限る。)  
 モ 認知症ケア加算  
 セ 精神疾患診療体制加算  
 ス 薬剤総合評価調整加算

【注の見直し】

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注13 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準の

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあつては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料2については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であつて、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20に相当する点

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、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。

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

【注の見直し】

数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

【注の見直し】

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

イ～ニ (略)

ホ～タ (略)

レ 退院調整加算

ソ 救急搬送患者地域連携受入加算

ツ 地域連携認知症支援加算

ネ (略)

ナ 病棟薬剤業務実施加算

ラ (略)

数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注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～ニ (略)

ホ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。）

へ～レ (略)

ソ (略)

ツ 病棟薬剤業務実施加算1

ネ (略)

ナ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限



【注の追加】

(追加)

る。)  
ラ 認知症ケア加算  
ム 薬剤総合評価調整加算

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

【注の追加】

(追加)

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

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を算定できる。

注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注4 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 400点（特別入院基本料等については、320点）

ロ 15日以上30日以内の期間 300点（特別入院基本料等については、240点）

ハ 31日以上90日以内の期間 100点

注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 400点（特別入院基本料等については、320点）

ロ 15日以上30日以内の期間 300点（特別入院基本料等については、240点）

ハ 31日以上60日以内の期間 200点（特別入院基本料等については、160点）

ニ 61日以上90日以内の期間 100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～ナ (略)

ラ 退院調整加算

ム・ウ (略)

キ 病棟薬剤業務実施加算

ノ (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～ナ (略)

ラ・ム (略)

ウ 病棟薬剤業務実施加算1

キ (略)

ノ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）

オ 認知症ケア加算

ク 精神疾患診療体制加算

ヤ 薬剤総合評価調整加算

【注の追加】

(追加)

注6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【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、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、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

施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

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

【注の見直し】

る患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注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～へ (略)

ト (略)

チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）

リ～タ (略)

レ～マ (略)

ケ 救急搬送患者地域連携受入加算

フ・コ (略)

エ 病棟薬剤業務実施加算

テ (略)

る患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注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～へ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。）

チ (略)

リ 難病等特別入院診療加算

ヌ～レ (略)

ソ 二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～フ (略)

コ・エ (略)

テ 病棟薬剤業務実施加算1

ア (略)

サ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）

【注の追加】

A104 特定機能病院入院基本料  
(1日につき)

【注の見直し】

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

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

キ 薬剤総合評価調整加算

(追加)

注9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

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

イ 看護必要度加算1	55点
ロ 看護必要度加算2	45点
ハ 看護必要度加算3	25点

【注の見直し】

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

イ～ヘ (略)

ト～リ (略)

ヌ 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟に限る。）

ル～タ (略)

レ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

ソ～フ (略)

コ がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。）

エ～メ (略)

ミ 退院調整加算（精神病棟を除く。）

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。）

ヒ～セ (略)

ス 病棟薬剤業務実施加算

ン (略)

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

イ～ヘ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算1

チ～ヌ (略)

ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）

ヲ～レ (略)

ソ 二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～コ (略)

エ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）

テ～ミ (略)

シ～ヒ (略)

モ 病棟薬剤業務実施加算1

セ (略)

ス 退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ及び3に限り、結核病棟は1のロ及び2のロに限る。）

			<ul style="list-style-type: none"> <li>シ 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）</li> <li>イイ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）</li> <li>イロ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）</li> <li>イハ 薬剤総合評価調整加算</li> </ul>								
<p>【注の見直し】</p>	<p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>								
<p>A105 専門病院入院基本料（1日につき）</p>											
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">イ 看護必要度加算1</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">30点</td> </tr> <tr> <td>ロ 看護必要度加算2</td> <td style="text-align: right;">15点</td> </tr> </table>	イ 看護必要度加算1	30点	ロ 看護必要度加算2	15点	<p>→</p>	<p>注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">イ 看護必要度加算1</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">55点</td> </tr> <tr> <td>ロ 看護必要度加算2</td> <td style="text-align: right;">45点</td> </tr> </table>	イ 看護必要度加算1	55点	ロ 看護必要度加算2	45点
イ 看護必要度加算1	30点										
ロ 看護必要度加算2	15点										
イ 看護必要度加算1	55点										
ロ 看護必要度加算2	45点										



【注の見直し】

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

イ～オ (略)

ク がん診療連携拠点病院加算

ヤ～エ (略)

テ 退院調整加算

ア 新生児特定集中治療室退院調整加算

サ 救急搬送患者地域連携紹介加算

キ～メ (略)

ミ 病棟薬剤業務実施加算

シ (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～オ (略)

ク がん拠点病院加算

ヤ～エ (略)

テ～サ (略)

キ 病棟薬剤業務実施加算 1

ユ (略)

メ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）

ミ 認知症ケア加算

シ 精神疾患診療体制加算

エ 薬剤総合評価調整加算

【注の見直し】

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき25点を

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を

A106 障害者施設等入院基本料  
(1日につき)

【注の見直し】

注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

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

所定点数に加算する。

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

注4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する患者については、812点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

【注の追加】

（追加）

注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、860点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

注6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定す

【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～ナ (略)

ラ 退院調整加算

ム 救急搬送患者地域連携受入加算

ウ・キ (略)

る。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,465点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,331点

ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,317点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,184点

ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,219点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,086点

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

イ～ナ (略)

ラ・ム (略)

【注の追加】

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

(追加)

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

ウ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）

キ 認知症ケア加算

注8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

イ・ロ	(略)	
ハ	夜間看護配置加算1	80点
ニ	夜間看護配置加算2	30点
ホ・ヘ	(略)	

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

イ・ロ	(略)	
ハ	夜間看護配置加算1	85点
ニ	夜間看護配置加算2	35点
ホ・ヘ	(略)	

【注の見直し】

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

イ～ラ	(略)
ム	退院調整加算
ウ・キ	(略)

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

イ～ラ	(略)
ム・ウ	(略)
キ	退院支援加算（1のイ及び2のイに限る。）
ノ	薬剤総合評価調整加算

【注の追加】

(追加)

注11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～カ （略）  
ヨ 退院調整加算  
タ 地域連携認知症支援加算  
レ （略）

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～カ （略）  
ヨ （略）  
タ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）  
レ 薬剤総合評価調整加算

【注の追加】

(追加)

注11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 総合入院体制加算 1
- 2 総合入院体制加算 2

240点  
120点

- 1 総合入院体制加算 1 240点
- 2 総合入院体制加算 2 180点
- 3 総合入院体制加算 3 120点

A205 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 1
- 2 救急医療管理加算 2

800点  
400点

900点  
300点

A207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

【点数の見直し】

- 1 医師事務作業補助体制加算 1
- イ 15対1補助体制加算

860点

- 1 医師事務作業補助体制加算 1 870点



A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

【注の見直し】

ロ	20対1 補助体制加算	648点
ハ	25対1 補助体制加算	520点
ニ	30対1 補助体制加算	435点
ホ	40対1 補助体制加算	350点
へ	50対1 補助体制加算	270点
ト	75対1 補助体制加算	190点
チ	100対1 補助体制加算	143点
2	(略)	

		658点
		530点
		445点
		355点
		275点
		195点
		148点
2	(略)	

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

イ 夜間25対1 急性期看護補助体制加算 35点

ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 25点

ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 15点

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

イ 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 40点

ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 35点

ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 20点

【注の追加】

(追加)

注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に

A207-4 看護職員夜間配置加算  
(1日につき)

【項目の見直し】

A207-4 看護職員夜間配置加算 (1日につき)  
50点

入院している患者については、夜間看護体制加算として、10点を更に所定点数に加算する。

A207-4 看護職員夜間配置加算 (1日につき)

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

【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病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準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、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A214 看護補助加算 (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基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対

【注の追加】

(追加)

1 看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。

注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。

A 2 1 8 地域加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 1級地
- 2 2級地
- 3 3級地
- 4 4級地
- 5 5級地
- 6 6級地

- 18点
- 15点
- 12点
- 10点
- 6点
- 3点

- 1 1級地
- 2 2級地
- 3 3級地
- 4 4級地
- 5 5級地
- 6 6級地
- 7 7級地

- 18点
- 15点
- 14点
- 11点
- 9点
- 5点
- 3点

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実  
加算（1日につき）

【点数の見直し】

10点

20点

A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチ  
ーム加算（週1回）

【点数の見直し】	200点	→	300点												
【注の見直し】	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	→	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A247に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。</p>												
A232 がん診療連携拠点病院加算 （入院初日）	がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 500点	→	<p>がん拠点病院加算（入院初日）</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>がん診療連携拠点病院加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>がん診療連携拠点病院</td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>地域がん診療病院</td> <td>300点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>小児がん拠点病院加算</td> <td>750点</td> </tr> </table>	1	がん診療連携拠点病院加算		イ	がん診療連携拠点病院	500点	ロ	地域がん診療病院	300点	2	小児がん拠点病院加算	750点
1	がん診療連携拠点病院加算														
イ	がん診療連携拠点病院	500点													
ロ	地域がん診療病院	300点													
2	小児がん拠点病院加算	750点													
【項目の見直し】	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	→	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹												

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）

【注の追加】

A 2 3 8 退院調整加算（退院時1回）

【削除】

険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、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、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（追加）

- 1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合
  - イ 14日以内の期間 340点
  - ロ 15日以上30日以内の期間 150点
  - ハ 31日以上期間 50点
- 2 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定して

介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

注3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。

（削除）

いる患者が退院した場合

イ	30日以内の期間	800点
ロ	31日以上90日以内の期間	600点
ハ	91日以上120日以内の期間	400点
ニ	121日以上	200点

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

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

注3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定す

る届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1については、それぞれ170点、75点又は25点、2については、それぞれ400点、300点、200点又は100点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算

【削除】

- 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1（退院時 1 回） 600点
- 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2
  - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 600点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3
  - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 600点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点

注 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整加算 2 を算定するものを除く。）であって、区分番号 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

→ (削除)

算定できるものを現に算定している患者に限る。) に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

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

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

注4 新生児特定集中治療室退院調整加算3の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定



集中治療室退院調整加算2を算定した患者に対して、当該保険医療機関に入院した日から起算して7日以内に退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

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

A238-4 救急搬送患者地域連携  
紹介加算（退院時1回）

1,000点

(削除)

【削除】

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して7日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)は、別に算定できない。

A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携  
受入加算（入院初日）

【削除】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 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。）について、入院初日に限り、所定点数に加算する。この場合において、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。

2,000点

（削除）

A 2 3 8 - 8 地域連携認知症支援加算

【削除】

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関の病棟（区分番号A 3 1 4に掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟（以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。）に限る。）に転院させた場合であって、当該転院の日から60日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該

1,500点

（削除）

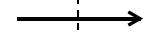
A 2 3 8 - 9 地域連携認知症集中治療加算（退院時 1 回）	再入院初日に限り所定点数に加算する。	1,500点	（削除）
【削除】	<p>注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A 1 0 1に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（区分番号A 1 0 9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第3節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時に所定点数に加算する。</p>		
A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 35点 2 後発医薬品使用体制加算 2 28点</p>	35点 28点	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 42点 2 後発医薬品使用体制加算 2 35点 3 後発医薬品使用体制加算 3 28点</p>
【項目の見直し】			
A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週 1 回）	病棟薬剤業務実施加算（週 1 回）	100点	病棟薬剤業務実施加算
【項目の見直し】			

<p>【注の見直し】</p> <p>A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p>1 データ提出加算 1 イ 200床以上の病院の場合 100点</p>	<p>1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回） 100点 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） 80点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 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、病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p>120点</p>
--	---	--

【新設】

ロ 200床未満の病院の場合	150点
2 データ提出加算 2	
イ 200床以上の病院の場合	110点
ロ 200床未満の病院の場合	160点

(新設)



	170点
	130点
	180点

A 2 4 6 退院支援加算 (退院時 1 回)

1 退院支援加算 1	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点
2 退院支援加算 2	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点
3 退院支援加算 3	1,200点

注 1 退院支援加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院支援加算 1 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して退院支援を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（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、退院支援加算 1 を算

定できるものを現に算定している患者に限る。)の転院(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合

注2 退院支援加算2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、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

注3 退院支援加算3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、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児治療回復期入院医療管理料を算定したことがあるもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

ロ 他の保険医療機関において当該加算を算

定した患者（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、退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

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が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料及び区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において注1に規定する退院支援加算1又は注3に規定する退院支援加算3の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他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、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療

【新設】

(新設)



A 2 4 7 認知症ケア加算（1日につき）

1	認知症ケア加算 1	
イ	14日以内の期間	150点
ロ	15日以上の期間	30点
2	認知症ケア加算 2	
イ	14日以内の期間	30点
ロ	15日以上の期間	10点

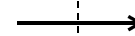
機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合  
ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

注5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。



【新設】

(新設)



注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A 2 3 0 - 4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

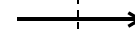
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

- 1 精神疾患診療体制加算1（入院初日）  
1,000点
- 2 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回）  
330点

注1 精神疾患診療体制加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。

【新設】

(新設)



A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（1日につき） 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病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療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。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

注2 精神疾患診療体制加算2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、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療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。）に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科医が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回）  
250点

注 入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

第 3 節 特定入院料

A 3 0 0 救命救急入院料（1 日につき）

【注の見直し】

注 2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条第 1 項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保

注 2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指

	<p>健指定医」という。)又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。</p>		<p>定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算(特定機能病院の病棟を除く。))、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。)</p> <p>ハ～チ (略)</p>	<p>→</p>	<p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算(特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。))、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実加算2、データ提出加算、退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算を除く。)</p> <p>ハ～チ (略)</p>
<p>A301 特定集中治療室管理料(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査</p>	<p>→</p>	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査</p>

A301-2 ハイケアユニット入院  
医療管理料（1日につき  
）

【注の見直し】

、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、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ （略）

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、精神科リエゾンチ

、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、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施工算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

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、精神科リエゾンチ

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】

ーム加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ （略）

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

イ （略）

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

ハ～チ （略）

ーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

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、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

A301-4 小児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 15,752点
- 2 8日以上14日以内の期間 13,720点

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上の期間 13,720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、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。

【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、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

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、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

イ (略)

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

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

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【注の見直し】

者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ～チ （略）

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

ハ～チ （略）

A303 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】

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

者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

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、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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）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、総合周産期特定



A303-2 新生児治療回復室入院  
医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

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

ハ～リ （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、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

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

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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～リ （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、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

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

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

【項目の見直し】

- |   |              |        |
|---|--------------|--------|
| 1 | 7日以内の期間      | 9,046点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,826点 |

者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ～チ（略）

- |   |               |        |
|---|---------------|--------|
| 1 | 14日以内の期間      | 9,046点 |
| 2 | 15日以上14日以内の期間 | 7,826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感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

【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

注2 第1章基本診療料並びに第2章第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

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料  
(1日につき)

【注の追加】

【注の見直し】

療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。)

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～チ (略)

(追加)

注4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する

療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算(1のイに限る。)を除く。)

ハ～ホ (略)

注4 当該病室に入院する重度の意識障害(脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,857点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,701点

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

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A 1 0 3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。

加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1の口及び2の口に限る。）並びに認知症ケア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。

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（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、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A 1 0 3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入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

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

注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

【注の見直し】

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

【注の見直し】

注6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地

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2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

注7 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補

A308 回復期リハビリテーション  
病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

注4 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

注4 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、体制強化加算として、患者1人につき1日につき200点を所定点数に加算する。

注5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- |   |         |      |
|---|---------|------|
| イ | 体制強化加算1 | 200点 |
| ロ | 体制強化加算2 | 120点 |

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注6 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域

注6 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び4に限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域



A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

【注の追加】

包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

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

（追加）

包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

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A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,857点

		<p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,701点</p> <p>ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,608点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,452点</p>												
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p>												
<p>A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p>														
<p>【点数の見直し】</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>4,926点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>4,412点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>61日以上</td> <td>3,384点</td> </tr> </table>	1	30日以内の期間	4,926点	2	31日以上60日以内の期間	4,412点	3	61日以上	3,384点	<table border="1"> <tr> <td>4,926点</td> </tr> <tr> <td>4,400点</td> </tr> <tr> <td>3,300点</td> </tr> </table>	4,926点	4,400点	3,300点
1	30日以内の期間	4,926点												
2	31日以上60日以内の期間	4,412点												
3	61日以上	3,384点												
4,926点														
4,400点														
3,300点														
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提</p>												

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

供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

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、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、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。）、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第2章第12部放射線治療、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等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3から注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加

注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加

算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。)及び薬剤総合評価調整加算並びに第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。

【注の削除】

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

(削除)

【注の見直し】

注5 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者(注4に規定する加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者(区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域

注2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

連携受入加算及びデータ提出加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

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

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地

び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

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

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地

A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

【注の見直し】

域連携受入加算、地域連携認知症集中治療加算並びにデータ提出加算、区分番号H 0 0 3—2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H 0 0 7—3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

注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A 2 3 8—3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

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

域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H 0 0 3—2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H 0 0 7—3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

注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A 2 4 6に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

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



加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算及びデータ提出加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

【注の見直し】

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する  
場合においては、診療に係る費用（区分番号  
A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院  
料の注3から注5までに規定する加算、第2  
節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在

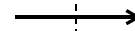
加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

注8 注7本文の規定により所定点数を算定する  
場合においては、診療に係る費用（区分番号  
A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院  
料の注3から注5までに規定する加算、第2  
節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在

【新設】

宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものとする。

(新設)



宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算(1のイに限る。)及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものとする。

A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1,527点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

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

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

【項目の見直し】

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）  
2,856点

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）  
2,856点

1日につき15点を所定点数に加算する。  
注3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

イ 重症者加算1 60点

ロ 重症者加算2 30点

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）  
4,918点  
（生活療養を受ける場合にあつては、4,890点）

3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1  
携帯用装置を使用した場合 16,773点  
（生活療養を受ける場合にあつては、16,702点）

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2  
多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 9,383点  
（生活療養を受ける場合にあつては、9,312点）

ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3  
1及び2以外の場合 9,638点  
（生活療養を受ける場合にあつては、9,567点）

ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点  
（生活療養を受ける場合にあつては、6,059点）

ホ D413 前立腺針生検法 11,737点  
（生活療養を受ける場合にあつては、11,666点）

ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 17,485点  
（生活療養を受ける場合にあつては、17,414点）

ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 20,326点  
（生活療養を受ける場合にあつては、20,255点）

チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 43,479点  
（生活療養を受ける場合にあつては、43,408点）

リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズ

2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）  
4,918点  
（生活療養を受ける場合にあつては、4,890点）

3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1  
携帯用装置を使用した場合 17,300点  
（生活療養を受ける場合にあつては、17,229点）

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2  
多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点  
（生活療養を受ける場合にあつては、7,420点）

ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3  
1及び2以外の場合 9,349点  
（生活療養を受ける場合にあつては、9,278点）

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

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

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

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

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

リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズ

を挿入する場合 ロ その他のもの  
27,093点  
(生活療養を受ける場合にあつては、27,022点)

ヌ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズ  
を挿入しない場合 21,632点  
(生活療養を受ける場合にあつては、21,561点)

ル K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ  
ンチメートル未満 20,112点  
(生活療養を受ける場合にあつては、20,041点)

ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除  
術 27,311点  
(生活療養を受ける場合にあつては、27,240点)

ワ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法  
(一連として) 9,850点  
(生活療養を受ける場合にあつては、9,779点)

カ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮  
術 12,371点  
(生活療養を受ける場合にあつては、12,300点)

を挿入する場合 ロ その他のもの (片側)  
22,096点  
(生活療養を受ける場合にあつては、22,025点)

ヌ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズ  
を挿入する場合 ロ その他のもの (両側)  
37,054点  
(生活療養を受ける場合にあつては、36,983点)

ル K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズ  
を挿入しない場合 (片側) 20,065点  
(生活療養を受ける場合にあつては、19,994点)

ヲ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズ  
を挿入しない場合 (両側) 30,938点  
(生活療養を受ける場合にあつては、30,867点)

ワ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ  
ンチメートル未満 19,806点  
(生活療養を受ける場合にあつては、19,735点)

カ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血  
栓除去術 37,588点  
(生活療養を受ける場合にあつては、37,517点)

ヨ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除  
術 24,013点  
(生活療養を受ける場合にあつては、23,942点)

タ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法  
(一連として) 12,669点  
(生活療養を受ける場合にあつては、12,598点)

レ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮  
術 11,749点  
(生活療養を受ける場合にあつては、11,678点)

ソ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ  
ア (3歳未満に限る。) 35,052点

ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る。) 29,093点

(生活療養を受ける場合にあつては、29,022点)

タ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) 24,805点

(生活療養を受ける場合にあつては、24,734点)

レ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳未満に限る。) 56,183点

(生活療養を受ける場合にあつては、56,112点)

ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) 51,480点

(生活療養を受ける場合にあつては、51,409点)

ツ K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

14,661点

(生活療養を受ける場合にあつては、14,590点)

ネ K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

(生活療養を受ける場合にあつては、34,981点)

ツ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。) 28,140点

(生活療養を受ける場合にあつては、28,069点)

ネ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) 25,498点

(生活療養を受ける場合にあつては、25,427点)

ナ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) 24,466点

(生活療養を受ける場合にあつては、24,395点)

ラ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) 68,729点

(生活療養を受ける場合にあつては、68,658点)

ム K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。)

55,102点

(生活療養を受ける場合にあつては、55,031点)

ウ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。)

43,921点

(生活療養を受ける場合にあつては、43,850点)

キ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) 50,212点

(生活療養を受ける場合にあつては、50,141点)

ノ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満

14,314点

(生活療養を受ける場合にあつては、14,243点)

オ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上

18,932点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,861点)  
 ナ K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2  
 硬化療法 (四段階注射法によるもの)  
 13,410点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、13,339点)

ラ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術  
 18,400点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,329点)  
 ム K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術  
 35,524点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、35,453点)

17,847点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,776点)  
 ク K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2  
 硬化療法 (四段階注射法によるもの)  
 12,291点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、12,220点)  
 ヤ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術  
 (一連につき) 28,010点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、27,939点)  
 マ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術  
 17,344点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,273点)  
 ケ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術  
 34,438点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、34,367点)  
 フ M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放  
 射線治療 59,855点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、59,784点)

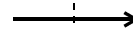
【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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



注5 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。



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>5 小児科療養指導料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>9 外来栄養食事指導料</p>	<p>250点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p>	<p>270点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p>

【項目の見直し】		130点	→	イ 初回	260点
				ロ 2回目以降	200点
【注の見直し】	注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。		→	注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。	
10 入院栄養食事指導料（週1回）					
【項目の見直し】	イ 入院栄養食事指導料1	130点	→	イ 入院栄養食事指導料1	
				(1) 初回	260点
				(2) 2回目	200点
	ロ 入院栄養食事指導料2	125点		ロ 入院栄養食事指導料2	
				(1) 初回	250点
				(2) 2回目	190点
【注の見直し】	注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であつて、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。		→	注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。	

【注の見直し】	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p>	→	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p>
12 心臓ペースメーカー指導管理料	<p>イ 遠隔モニタリングによる場合 550点  ロ 着用型自動除細動器による場合 360点  ハ イ又はロ以外の場合 360点</p>	→	<p>イ 着用型自動除細動器による場合 360点  ロ イ以外の場合 360点</p>
【注の見直し】	<p>注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては4月に1回に限り、ロ及びハにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りハを算定する。</p>	→	<p>注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。</p>

	<p>【注の見直し】</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者（ロを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、23,830点を所定点数に加算する。</p>	→	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。</p>																		
	<p>【注の追加】</p> <p>(追加)</p>	→	<p>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p>																		
<p>16 喘息治療管理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>1月目</td> <td>75点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2月目以降</td> <td>25点</td> </tr> </table>	イ	1月目	75点	ロ	2月目以降	25点	→	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>喘息治療管理料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>1月目</td> <td>75点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2月目以降</td> <td>25点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>喘息治療管理料2</td> <td>280点</td> </tr> </table>	1	喘息治療管理料1		イ	1月目	75点	ロ	2月目以降	25点	2	喘息治療管理料2	280点
イ	1月目	75点																			
ロ	2月目以降	25点																			
1	喘息治療管理料1																				
イ	1月目	75点																			
ロ	2月目以降	25点																			
2	喘息治療管理料2	280点																			
	<p>【注の追加】</p> <p>(追加)</p>	→	<p>注3 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳</p>																		

27 糖尿病透析予防指導管理料

【注の追加】

(追加)

以上のものに限る。)であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

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、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

B001-2-6 夜間休日救急搬送  
医学管理料

【点数の見直し】

200点

600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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。））にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

【新設】

(新設)

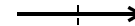
B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料（月 1 回） 1,515点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処

【新設】

(新設)



方料及び区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

- B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）
- |                |      |
|----------------|------|
| 1 処方せんを交付する場合  |      |
| イ 初診時          | 602点 |
| ロ 再診時          | 413点 |
| 2 処方せんを交付しない場合 |      |
| イ 初診時          | 712点 |
| ロ 再診時          | 523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、未就学児（3歳以上の患者にあつては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。
- 注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。
- 注3 区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

【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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。

8及び注9に規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（I）、区分番号B 0 0 9 - 2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料（II）並びに区分番号C 0 0 0に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料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において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。



B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の見直し】

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

B004 退院時共同指導料1

【点数の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 1,000点
- 2 1以外の場合 600点

1,500点  
900点

B005 退院時共同指導料2

300点

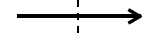
400点

B005-1-2 介護支援連携指導

料

【点数の見直し】

300点



400点

B 0 0 5 - 2 地域連携診療計画管理  
料

900点



(削除)

【削除】

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 当該患者に対して行われた区分番号B 0 0 5 - 1 - 2に掲げる介護支援連携指導料の費

B 0 0 5 - 3 地域連携診療計画退院  
時指導料(1)

【削除】

用は、所定点数に含まれるものとする。  
注 4 区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算、  
区分番号 A 2 3 8 - 4 に掲げる救急搬送患者  
地域連携紹介加算、区分番号 B 0 0 3 に掲げ  
る開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号 B 0  
0 5 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算  
定できない。

600点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出  
た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が  
、区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診  
療計画管理料を算定した患者の退院時に、患  
者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基  
づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明  
し、文書により提供するとともに、計画管理  
病院に当該患者に係る診療情報を文書により  
提供した場合に、所定点数を算定する。

注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出  
た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が  
、患者の同意を得た上で、注 1 に規定する診  
療計画に基づいて、地域において当該患者の  
退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護  
サービス事業者等に当該患者に係る診療情報  
を文書により提供した場合には、地域連携診  
療計画退院計画加算として、100点を所定点  
数に加算する。

(削除)

注3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。

注4 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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

B005-3-2 地域連携診療計画  
退院時指導料(II)

300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（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

(削除)

B005-6-3 がん治療連携管理料

【項目の見直し】

500点

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| 1 | がん診療連携拠点病院の場合 | 500点 |
| 2 | 地域がん診療病院の場合   | 300点 |
| 3 | 小児がん拠点病院の場合   | 750点 |

【注の見直し】

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

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【新設】

(新設)

- |          |   |      |
|----------|---|------|
| B005-6-4 | 外来がん患者在宅連携指導料   | 500点 |
| 注1       | 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分 |      |

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

B 0 0 5 - 7 認知症専門診断管理料

【項目の見直し】

- 1 認知症専門診断管理料 1
- 2 認知症専門診断管理料 2

700点  
300点

に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号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。

- 1 認知症専門診断管理料 1
  - イ 基幹型又は地域型の場合 700点
  - ロ 診療所型の場合 500点
- 2 認知症専門診断管理料 2 300点

【新設】

(新設)

B 0 0 5 - 9 排尿自立指導料 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。

B 0 0 7 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

555点

580点

【新設】

(新設)

B007-2 退院後訪問指導料 580点

注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。

注2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点

- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点
- 2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点

【新設】

(新設)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料(I)

【注の追加】

(追加)

注14 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携



【注の追加】

(追加)

保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

【新設】

(新設)

B009-2 電子的診療情報評価料 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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

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

① 緊急に行う往診	850点
② 夜間（深夜を除く。）の往診	1,700点
③ 深夜の往診	2,700点
(2) 病床を有しない場合	
① 緊急に行う往診	750点
② 夜間（深夜を除く。）の往診	1,500点
③ 深夜の往診	2,500点
ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間（深夜を除く。）の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点

① 緊急に行う往診	850点
② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,700点
③ 深夜の往診	2,700点
(2) 病床を有しない場合	
① 緊急に行う往診	750点
② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,500点
③ 深夜の往診	2,500点
ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	650点
(2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	1,300点
(3) 深夜の往診	2,300点
ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	
(1) 緊急に行う往診	325点
(2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診	650点
(3) 深夜の往診	1,300点

【注の見直し】

注6 注1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。

注6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- |                  |      |
|------------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合   | 833点 |
| 2 同一建物居住者の場合     |      |
| イ 特定施設等に入居する者の場合 | 203点 |
| ロ イ以外の場合         | 103点 |

100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

- |                |      |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 833点 |
| 2 同一建物居住者の場合   | 203点 |

【注の見直し】

注2 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる

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

	<p>再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ～ハ （略）</p>	<p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ～ハ （略）</p>
<p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p>

- ① 同一建物居住者以外の場合 5,000点
- ② 同一建物居住者の場合 1,200点

(2) 処方せんを交付しない場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 5,300点
- ② 同一建物居住者の場合 1,500点

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 4,600点
- ② 同一建物居住者の場合 1,100点

(2) 処方せんを交付しない場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 4,900点
- ② 同一建物居住者の場合 1,400点

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 5,400点

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,500点

- ③ ①及び②以外の場合 2,880点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合  
(①の場合を除く。)

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,500点

- ③ ①及び②以外の場合 1,300点

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,760点

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,500点

- ③ ①及び②以外の場合 780点

ロ 病床を有しない場合

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

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 5,000点

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,140点

- ③ ①及び②以外の場合 2,640点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合  
(①の場合を除く。)

- ① 単一建物診療患者が1人の場合

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

- 4,200点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 2,300点
- ③ ①及び②以外の場合 1,200点
- (3) 月1回訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,520点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 1,380点
- ③ ①及び②以外の場合 720点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院  
（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対  
し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
4,600点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の  
場合 3,780点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イ  
の場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
3,800点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の  
場合 2,100点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,100点
- ハ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
2,280点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の



- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,150点
  - (2) 同一建物居住者の場合 760点
- ロ 処方せんを交付しない場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,450点
  - (2) 同一建物居住者の場合 1,060点

- 場合 1,260点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 660点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,835点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,850点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,575点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 850点
- ハ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,710点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 945点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 510点

【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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、

在宅での療養を行っている患者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

注2 注1において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。

注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保

等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。

険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
400点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
200点
- (3) (1)及び(2)以外の場合  
100点

ロ 在宅療養実績加算1

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
300点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
150点
- (3) (1)及び(2)以外の場合  
75点

ハ 在宅療養実績加算2

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
200点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
100点
- (3) (1)及び(2)以外の場合  
50点

【注の追加】

(追加)

注8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

C002-2 特定施設入居時等医学  
総合管理料（月1回）

【名称の見直し】

特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

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

イ 病床を有する場合

- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
  - ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
  - ② 同一建物居住者の場合 870点

(2) 処方せんを交付しない場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 3,900点
- ② 同一建物居住者の場合 1,170点

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処

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

イ 病床を有する場合

- (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,900点
  - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,240点
  - ③ ①及び②以外の場合 2,880点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,800点
- ③ ①及び②以外の場合 1,300点

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点
- ③ ①及び②以外の場合 780点

ロ 病床を有しない場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に

方せんを交付する場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 3,300点
- ② 同一建物居住者の場合 800点

(2) 処方せんを交付しない場合

- ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
- ② 同一建物居住者の場合 1,100点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院  
(1に規定するものを除く。)の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方  
せんを交付する場合

- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000点
- (2) 同一建物居住者の場合 720点

ロ 処方せんを交付しない場合

対し、月2回以上訪問診療を行っている場  
合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
3,600点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 2,970点
- ③ ①及び②以外の場合 2,640点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合  
(①の場合を除く。)

- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
3,000点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 1,650点
- ③ ①及び②以外の場合 1,200点

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
1,800点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 990点
- ③ ①及び②以外の場合 720点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院  
(1に規定するものを除く。)の場合

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

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合  
3,300点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下  
の場合 2,700点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イ

- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300点
- (2) 同一建物居住者の場合 1,020点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

- (1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点
- (2) 同一建物居住者の場合 540点

ロ 処方せんを交付しない場合

- (1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点
- (2) 同一建物居住者の場合 840点

の場合を除く。)

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,700点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,500点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,100点

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,620点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 900点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 660点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

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

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,450点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,025点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,050点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,125点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 850点

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,230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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月1回に限り算定する。

- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 675点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 510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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 注1において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 特定施設入居時等医学総管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。

注5 施設入居時等医学総管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は225点、同一建物居住者の場合は56点をそれぞれ所定点数に加算する。



注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
  - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 75点
- ロ 在宅療養実績加算1
  - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 225点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 110点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 56点
- ハ 在宅療養実績加算2
  - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 150点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 75点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 40点

【注の追加】

(追加)



注8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。



C003 在宅がん医療総合診療料  
(1日につき)

【注の見直し】

注5 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、110点を所定点数に加算する。

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保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

C004 救急搬送診療料

【注の見直し】

注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,000点又は500点を所定点数に加算する。

注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

注3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料  
(1日につき)

【点数の見直し】

1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【点数の見直し】

く。)による場合		
イ 週3日目まで	555点	580点
ロ 週4日目以降	655点	680点
2 准看護師による場合		
イ 週3日目まで	505点	530点
ロ 週4日目以降	605点	630点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点	1,285点
1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合		
イ 同一日に2人		
(1) 週3日目まで	555点	580点
(2) 週4日目以降	655点	680点
ロ 同一日に3人以上		
(1) 週3日目まで	278点	293点
(2) 週4日目以降	328点	343点
2 准看護師による場合		
イ 同一日に2人		
(1) 週3日目まで	505点	530点
(2) 週4日目以降	605点	630点
ロ 同一日に3人以上		
(1) 週3日目まで	253点	268点
(2) 週4日目以降	303点	318点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケ		

<p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>アに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p>		<p>1,285点</p>
<p>C007 訪問看護指示料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>60点</p>	<p>→</p>	<p>100点</p>
<p>C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅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、</p>	<p>→</p>	<p>注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、</p>

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

【注の見直し】

かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回に限り算定できる。

薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

注1 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。

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

C012 在宅患者共同診療料

【項目の見直し】

- 1 往診の場合 1,500点
- 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外）

- 1 往診の場合 1,500点
- 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外）

【注の見直し】

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

注3 3のイについては、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって、通院が困難なものに対して、3のロについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（3のイを算定するものを除く。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

3 訪問診療の場合（同一建物居住者）	1,000点
	240点

注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C101 在宅自己注射指導管理料			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 複雑な場合 1,230点</li> <li>2 1以外の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 月3回以下の場合 100点</li> <li>ロ 月4回以上の場合 190点</li> <li>ハ 月8回以上の場合 290点</li> <li>ニ 月28回以上の場合 810点</li> </ul> </li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 複雑な場合 1,230点</li> <li>2 1以外の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 月27回以下の場合 650点</li> <li>ロ 月28回以上の場合 750点</li> </ul> </li> </ul>
【注の見直し】	注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、500点を所定点数に加算する。	→	注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料			
【注の見直し】	注 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。	→	注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。
C103 在宅酸素療法指導管理料			
【点数の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点</li> <li>2 その他の場合 2,500点</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>520点</li> <li>2,400点</li> </ul>
C106 在宅自己導尿指導管理料			

<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>注2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>250点</p>	<p>→</p>	<p>1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250点</p>
<p>C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理 料</p>			
<p>【名称の見直し】</p>	<p>在宅悪性腫瘍患者指導管理料</p>	<p>→</p>	<p>在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>
<p>C115 在宅植込型補助人工心臓 (拍動流型) 指導管理料</p> <p>【削除】</p>	<p>6,000点</p> <p>注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる植込型補助人工心臓(拍動流型)に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓(拍動流型)を使</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>

C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓  
(非拍動流型) 指導管理料

【注の見直し】

用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604-2に掲げる植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓(非拍動流型)を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、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、体内植込型補助人工心臓(非拍動流型)を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

【注の見直し】

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

イ～ハ (略)

ニ 妊娠中の糖尿病患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

注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～ハ (略)

ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)



<p>【注の見直し】</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・ロ (略) ハ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p>	<p>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・ロ (略) ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p>
<p>C157 酸素ポンベ加算</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C158 酸素濃縮装置加算</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>
<p>C159 液化酸素装置加算</p>		

<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C161 注入ポンプ加算</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算</p>		

【項目の見直し】	間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600点	→	特殊カテーテル加算 1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの 960点 ロ イ以外のもの 600点 2 間歇バルーンカテーテル 600点
【注の見直し】	注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	→	注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
C 1 6 5 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算			
【項目の見直し】	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210点	→	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,100点
【注の見直し】	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	→	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療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。
【新設】	(新設)	→	C 1 6 8 - 2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200点 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外

<p>【新設】</p>		<p>のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>(新設) → C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算</p> <p>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点</p> <p>2 その他の場合 100点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機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>【新設】</p>		<p>(新設) → C 1 7 1 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算</p> <p>100点</p> <p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機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>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>D006 出血・凝固検査</p> <p>【注の見直し】</p> <p>D006-4 遺伝学的検査</p> <p>【注の追加】</p> <p>D007 血液化学検査</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から31までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(追加)</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35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・ロ (略)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

<p>【注の見直し】</p> <p>D008 内分泌学的検査</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ 10項目以上 117点</p> <p>注 (略)</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ 10項目以上 115点</p> <p>注 (略)</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>D009 腫瘍マーカー</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から41までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>D013 肝炎ウイルス関連検査</p>	<p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から21までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p>	<p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から26までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から12までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14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</p>

D 0 1 4 自己抗体検査	<p>数に応じて次に掲げる点数により算定する。  イ・ロ (略)  ハ 5項目以上 469点</p>		<p>数に応じて次に掲げる点数により算定する。  イ・ロ (略)  ハ 5項目以上 460点</p>
【注の見直し】	<p>注 本区分の9から12まで及び16(抗ARS抗体に限る。)に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>	→	<p>注 本区分の9から14まで及び17に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
D 0 1 7 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	(追加)	→	<p>注 同一検体について当該検査と区分番号D 0 0 2に掲げる尿沈渣(鏡検法)又は区分番号D 0 0 2-2に掲げる尿沈渣(フローサイトメトリー法)を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。</p>
D 0 2 5 基本的検体検査実施料(1日につき)	<p>【注の見直し】</p> <p>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～ヲ (略)  ワ 自己抗体検査  寒冷凝集反応、リウマトイド因子(RF)半定量及びリウマトイド因子(RF)定量</p>	→	<p>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～ヲ (略)  ワ 自己抗体検査  寒冷凝集反応及びリウマトイド因子(RF)定量</p>

カ・ヨ (略)

カ・ヨ (略)

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

【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、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注7 区分番号D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

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

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3本文及び注4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



第3節 生体検査料

通則

【通則の見直し】

の点数は、算定しない。

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。

イ～へ （略）

ト～ヨ （略）

掲げる他の点数は、算定しない。

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

イ～へ （略）

ト 経皮的酸素ガス分圧測定

チ～タ （略）

【通則の見直し】

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。

イ～へ （略）

ト～ル （略）

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

イ～へ （略）

ト 経皮的酸素ガス分圧測定

チ～ヲ （略）

【新設】

（新設）

D211-4 シャトルウォーキングテスト  
200点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

【注の追加】

【新設】

D 2 3 5 - 3 長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）

【注の追加】

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

注2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査及び区分番号D 2 2 0からD 2 2 3-2までに掲げる諸監視であつて、シャトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

(追加)

注7 4のロについて、微小栓子シグナル（HITS/MES）の検出を行った場合は、150点を所定点数に加算する。

(新設)

D 2 1 5 - 3 超音波エラストグラフィー  
200点  
注 区分番号D 2 1 5 - 2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

(追加)

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

D 2 3 8 脳波検査判断料

【注の追加】

(追加)

合に算定する。

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

【注の追加】

(追加)

注3 遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料

【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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検

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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検

	<p>査料1を算定し、当該保険医療機関以外の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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p>	<p>査料1、2又は3を算定し、当該保険医療機関以外の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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料4を算定する。</p>
<p>D 3 1 7 膀胱尿道ファイバースコープ</p> <p>—</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注 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、200点を所定点数に加算する。</p>
<p>D 3 1 7 - 2 膀胱尿道鏡検査</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注 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、200点を所定点数に加算する。</p>

## 第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 検体検査料					
第1款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA定性(尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	
D001 3	ウロビリノゲン(尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3	
D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→ 17	D001 4	
D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→ 41	D001 5	
D001 6	アルブミン定性(尿)	49	→ 49	D001 6	
D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 8	アルブミン定量(尿)	110	→ 108	D001 8	
D001 9	トランスフェリン(尿)	112	→ 110	D001 9	
D001 9	ウロポルフィリン(尿)	112	→ 110	D001 9	
D001 9	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	112	→ 112	D001 10	
D001 10	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 11	
D001 11	ミオイノシトール(尿)	120	→ 120	D001 12	
D001 12	コプロポルフィリン(尿)	145	→ 143	D001 13	
D001 13	ポルフォビリノゲン(尿)	194	→ 191	D001 14	
D001 13	総ヨウ素(尿)	194	→ 191	D001 14	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 14	IV型コラーゲン(尿)	204	→ 200	D001 15	
D001 15	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210	→ 210	D001 16	
D002	尿沈渣(鏡検法)	27	→ 27	D002	
D002 注3	染色標本による検査を行った場合	9	→ 9	D002 注3	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	24	→ 24	D002-2	
D003	糞便検査			D003	
D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 1	ウロビリリン(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 2	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 2	
D003 3	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	
D003 4	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 5	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 6	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	
D003 7	糞便中ヘモグロビン	41	→ 41	D003 7	
D003 8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56	→ 56	D003 8	
D003 9	キモトリプシン(糞便)	80	→ 80	D003 9	
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ 15	D004 1	
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 4	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 6	
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 7	
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 7	
D004 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	129	→ 128	D004 8	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(膺分泌液)	170	→ 170	D004 9	
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ 300	D004 11	(削除)	
D004 12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)	380	→ -	-		
D004 13	IgGインデックス	445	→ 439	D004 12		
D004 14	オリゴクローナルバンド	543	→ 543	D004 13		
D004 15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	601	→ 601	D004 14		
D004 16	リン酸化タウ蛋白(髄液)	660	→ 660	D004 15		
D004 16	タウ蛋白(髄液)	660	→ 660	D004 15		
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	(新設)	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査			D004-2 1		
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	2,500	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 1	ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ハ K-ras遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ニ EWS-Fli1遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ホ TLS-CHOP遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	へ SYT-SSX遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	ト c-kit遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 1	チ マイクロサテライト不安定性検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
D004-2 1	リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1		
-	ヌ BRAF遺伝子検査	-	→ 6,520	D004-2 1		
-	ル RAS遺伝子検査	-	→ 2,500	D004-2 1		
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500	→ 2,500	D004-2 2		
<b>(血液学的検査)</b>						
D005	血液形態・機能検査			D005		
D005 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→ 9	D005 1		
D005 2	網赤血球数	12	→ 12	D005 2		
D005 3	血液浸透圧	15	→ 15	D005 3		
D005 3	好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→ 15	D005 3		
D005 3	末梢血液像(自動機械法)	15	→ 15	D005 3		

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	4	好酸球数	17	→	17	D005	4	
D005	5	末梢血液一般検査	21	→	21	D005	5	
D005	6	末梢血液像(鏡検法)	25	→	25	D005	6	
D005	6	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→	27	D005	6	
D005	7	血中微生物検査	40	→	40	D005	7	
D005	8	赤血球抵抗試験	45	→	45	D005	8	
D005	9	ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	49	→	49	D005	9	
D005	10	自己溶血試験	50	→	50	D005	10	
D005	10	血液粘稠度	50	→	50	D005	10	
D005	11	ヘモグロビンF(HbF)	60	→	60	D005	11	
D005	12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	233	→	233	D005	12	
D005	13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→	250	D005	13	
D005	14	骨髄像	854	→	837	D005	14	
D005	14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→	40	D005	14	
D005	15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	1,000	→	2,000	D005	15	
D006		出血・凝固検査				D006		
D006	1	出血時間	15	→	15	D006	1	
D006	2	プロトロンビン時間(PT)	18	→	18	D006	2	
D006	2	全血凝固時間	18	→	18	D006	2	
D006	2	トロンボテスト	18	→	18	D006	2	
D006	3	血餅収縮能	19	→	19	D006	3	
D006	3	毛細血管抵抗試験	19	→	19	D006	3	
D006	4	フィブリノゲン半定量	23	→	23	D006	4	
D006	4	フィブリノゲン定量	23	→	23	D006	4	
D006	4	クリオフィブリノゲン	23	→	23	D006	4	
D006	5	トロンビン時間	25	→	25	D006	5	
D006	6	蛇毒試験	28	→	28	D006	6	
D006	6	トロンボエラストグラフ	28	→	28	D006	6	



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 6	ヘパリン抵抗試験	28	→ 28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)	29	→ 29	D006 7	
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→ 29	D006 7	
D006 8	血小板凝集能	50	→ 50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	64	→ 64	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン活性	70	→ 70	D006 10	
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	→ 70	D006 10	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性	80	→ 80	D006 11	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量	80	→ 80	D006 11	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量	80	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン	80	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性	80	→ 80	D006 11	
D006 11	$\alpha_1$ -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	93	→ 93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100	→ 100	D006 13	
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	→ 100	D006 13	
D006 13	凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100	→ 100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物 (FgDP)	116	→ 116	D006 14	
D006 15	Dダイマー定性	133	→ 131	D006 15	
D006 16	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	136	→ 134	D006 16	
D006 16	von Willebrand因子 (VWF) 活性	136	→ 136	D006 18	
D006 17	Dダイマー半定量	137	→ 135	D006 17	
D006 18	$\alpha_2$ -マクログロブリン	138	→ 138	D006 19	
D006 19	PIVKA-II	143	→ 143	D006 21	
D006 19	Dダイマー	143	→ 141	D006 20	
D006 20	凝固因子インヒビター	155	→ 155	D006 22	
D006 20	von Willebrand因子 (VWF) 抗原	155	→ 155	D006 22	
D006 21	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	165	→ 162	D006 23	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 22	プロテインS活性	170	→ 170	D006 25	
D006 22	プロテインS抗原	170	→ 167	D006 24	
D006 23	β-トロポグロブリン(β-TG)	177	→ 177	D006 26	
D006 24	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )	178	→ 178	D006 27	
D006 25	プロトロンビンフラグメントF1+2	193	→ 193	D006 29	
D006 26	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	194	→ 191	D006 28	
D006 27	トロンボモジュリン	209	→ 205	D006 30	
D006 28	フィブリンモノマー複合体	233	→ 233	D006 32	
D006 28	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)	233	→ 229	D006 31	
D006 29	プロテインC抗原	252	→ 247	D006 33	
D006 29	tPA・PAI-1複合体	252	→ 247	D006 33	
D006 30	プロテインC活性	260	→ 255	D006 34	
D006 31	フィブリノペプチド	300	→ 300	D006 35	
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	722	→ 722	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D006-2	
D006-3	Major BCR-ABL1	1,200	→ -	D006-3	(名称の変更)
-	- mRNA定量(国際標準値)			D006-3 1	(新設)
-	- イ 診断の補助に用いるもの	-	→ 2,520	D006-3 1	(新設)
-	- ロ モニタリングに用いるもの	-	→ 2,520	D006-3 1	(新設)
-	- mRNA定量(1以外のもの)	-	→ 1,200	D006-3 2	(新設)
D006-4	遺伝学的検査	3,880	→ 3,880	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,730	→ 2,712	D006-5	
D006-5 注	分染法を行った場合	397	→ 397	D006-5	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→ 2,520	D006-6	
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100	→ 2,100	D006-7	
D006-8	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,400	→ 2,400	D006-8	
D006-9	WT1 mRNA	2,520	→ 2,520	D006-9	

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		
D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメリー法)	10,000	→ 10,000	D006-10	
<b>(生化学的検査(I))</b>					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ -	-	(削除)
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルドラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→ 11	D007 1	

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	鉄(Fe)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総鉄結合能(TIBC)(比色法)	11	→ 11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15	→ 15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	→ -	-	(削除)
D007 4	HDL-コレステロール	17	→ 17	D007 3	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→ -	-	(削除)
D007 4	無機リン及びリン酸	17	→ 17	D007 3	
D007 4	総コレステロール	17	→ 17	D007 3	
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 3	
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→ 17	D007 3	
D007 5	LDL-コレステロール	18	→ 18	D007 4	
D007 5	蛋白分画	18	→ 18	D007 4	
D007 6	銅(Cu)	23	→ 23	D007 5	
D007 7	リパーゼ	24	→ 24	D007 6	
D007 8	イオン化カルシウム	26	→ 26	D007 7	
D007 9	マンガン(Mn)	27	→ 27	D007 8	
D007 10	ムコ蛋白	29	→ 29	D007 9	
D007 11	ケトン体	30	→ 30	D007 10	
D007 12	不飽和鉄結合能(UIBC)(RIA法)	31	→ -	-	(削除)
D007 12	総鉄結合能(TIBC)(RIA法)	31	→ -	-	(削除)
D007 13	アデニンデアミナーゼ(ADA)	32	→ 32	D007 12	
D007 14	グアナーゼ	35	→ 35	D007 13	
D007 15	有機モノカルボン酸	47	→ 47	D007 14	
D007 15	胆汁酸	47	→ 47	D007 14	
D007 16	ALPアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 16	アミラーゼアイソザイム	48	→ 48	D007 15	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 16	γ-GTアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 16	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 16	重炭酸塩	48	→ 48	D007 15	
D007 17	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 16	
D007 17	リポ蛋白分画	49	→ 49	D007 16	
D007 18	アンモニア	50	→ 50	D007 17	
D007 19	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 18	
D007 19	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 18	
D007 20	コレステロール分画	57	→ 57	D007 19	
D007 21	ケトン体分画	59	→ 59	D007 20	
D007 22	カタラーゼ	60	→ -	-	(削除)
D007 23	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 21	
D007 24	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)	80	→ 80	D007 22	
D007 24	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 22	
D007 24	1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	80	→ 80	D007 22	
D007 24	グリココール酸	80	→ 80	D007 22	
D007 25	CK-MB	90	→ 90	D007 23	
D007 26	アポリポ蛋白	94	→ -	D007 11	
-	イ 1項目の場合	-	→ 31	D007 11	(項目の分割)
-	ロ 2項目の場合	-	→ 62	D007 11	
-	ハ 3項目以上の場合	-	→ 94	D007 11	
D007 27	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→ 95	D007 24	
D007 27	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 24	
D007 28	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	96	→ 96	D007 25	
D007 29	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100	→ -	-	(削除)
D007 30	リポ蛋白(a)	107	→ 107	D007 26	
D007 31	ヘパリン	108	→ 108	D007 27	
D007 32	フェリチン半定量	116	→ 114	D007 28	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 32	フェリチン定量	116	→ 114	D007 28	
D007 32	エタノール	116	→ 114	D007 28	
D007 33	心筋トロポニンI	120	→ 120	D007 30	
D007 33	KL-6	120	→ 120	D007 30	
D007 33	ペントシジン	120	→ 118	D007 29	
D007 33	イヌリン	120	→ 120	D007 30	
D007 34	アルミニウム(AI)	123	→ 121	D007 31	
D007 35	心筋トロポニンT(TnT) 定性・定量	126	→ 120	D007 30	
D007 35	シスタチンC	126	→ 124	D007 32	
D007 36	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→ 130	D007 34	
D007 36	ガラクトース	130	→ 130	D007 34	
D007 36	リポ蛋白分画(HPLC法)	130	→ 129	D007 33	
D007 37	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→ 140	D007 35	
D007 38	血液ガス分析	146	→ 144	D007 36	
D007 38	亜鉛(Zn)	146	→ 144	D007 36	
D007 38	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)	146	→ 144	D007 36	
D007 38	IV型コラーゲン	146	→ 144	D007 36	
-	-	-	→ 144	D007 36	(新設)
D007 39	ミオグロビン定性	150	→ 147	D007 37	
D007 39	ミオグロビン定量	150	→ 147	D007 37	
D007 39	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP) 定性	150	→ 147	D007 37	
D007 39	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP) 定量	150	→ 147	D007 37	
D007 39	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→ 147	D007 37	
D007 39	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→ 150	D007 38	
D007 40	アンギオテンシン I 転換酵素(ACE)	155	→ 152	D007 39	
D007 40	IV型コラーゲン・7S	155	→ 152	D007 39	
D007 40	ビタミンB <sub>12</sub>	155	→ 152	D007 39	
D007 41	葉酸	165	→ 162	D007 40	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考			
		改正前	改正後					
D007	42	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	→	180	D007	41	
D007	43	ヒアルロン酸	184	→	184	D007	42	
D007	43	心室筋ミオシン軽鎖 I	184	→	184	D007	42	
D007	44	アセトアミノフェン	190	→	190	D007	43	
D007	44	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性	190	→	190	D007	43	
D007	45	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	194	→	191	D007	44	
D007	45	トリプシン	194	→	191	D007	44	
D007	46	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	200	→	200	D007	45	
-	-	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	-	→	200	D007	45	(新設)
D007	47	ホスフォリパーゼA <sub>2</sub> (PLA <sub>2</sub> )	204	→	204	D007	46	
D007	48	赤血球コプロポルフィリン	210	→	210	D007	47	
D007	49	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	223	→	223	D007	48	
D007	50	肝細胞増殖因子(HGF)	227	→	227	D007	49	
D007	51	CKアイソフォーム	230	→	230	D007	50	
D007	51	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→	230	D007	50	
D007	52	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→	250	D007	51	
D007	52	α-フェトプロテイン(AFP)定性(腔分泌液)	250	→	250	D007	51	
D007	53	ビタミンB <sub>1</sub>	262	→	259	D007	52	
D007	54	ビタミンB <sub>2</sub>	268	→	263	D007	53	
D007	55	赤血球プロトポルフィリン	280	→	280	D007	54	
D007	56	プロカルシトニン(PCT)定量	310	→	310	D007	55	
D007	57	プロカルシトニン(PCT)半定量	320	→	310	D007	55	
D007	57	プレセプシン定量	320	→	310	D007	55	
D007	57	ビタミンC	320	→	314	D007	56	
D007	58	1, 25-ジヒドロキシビタミンD <sub>3</sub>	400	→	400	D007	57	
D007	注	包括項目:5項目以上7項目以下	93	→	93	D007	注	
D007	注	包括項目:8項目又は9項目	99	→	99	D007	注	
D007	注	包括項目:10項目以上	117	→	115	D007	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		
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→ 55	D008 1	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	→ 60	D008 2	
D008 3	ホモバニリン酸(HVA)	69	→ 69	D008 3	
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→ 90	D008 4	
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→ 95	D008 5	
D008 6	プロラクチン(PRL)	98	→ 98	D008 6	
D008 7	レニン活性	105	→ 103	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	110	→ 108	D008 8	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	112	→ 110	D008 9	
D008 9	ガストリン	112	→ 110	D008 9	
D008 10	レニン定量	113	→ 111	D008 10	
D008 11	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )	114	→ 114	D008 12	
D008 11	インスリン(IRI)	114	→ 112	D008 11	
D008 12	成長ホルモン(GH)	119	→ 117	D008 13	
D008 12	卵胞刺激ホルモン(FSH)	119	→ 117	D008 13	
D008 12	C-ペプチド(CPR)	119	→ 117	D008 13	
D008 12	黄体形成ホルモン(LH)	119	→ 117	D008 13	
D008 13	アルドステロン	133	→ 131	D008 14	
D008 13	テストステロン	133	→ 131	D008 14	
D008 14	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	136	→ 134	D008 15	
D008 14	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	136	→ 134	D008 15	
D008 14	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )	136	→ 134	D008 15	
D008 14	コルチゾール	136	→ 134	D008 15	
D008 14	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)	136	→ 134	D008 15	
D008 15	サイログロブリン	137	→ 137	D008 16	
D008 16	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→ 140	D008 17	



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	16	サイロキシン結合能(TBC)	140	→	140	D008	17	
D008	16	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→	140	D008	17	
D008	17	カルシトニン	143	→	141	D008	18	
D008	18	ヒト胎盤性ラクトージェン(HPL)	146	→	144	D008	19	
D008	18	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	146	→	146	D008	20	
D008	18	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	146	→	144	D008	19	
D008	19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	150	→	146	D008	20	
D008	19	グルカゴン	150	→	150	D008	21	
D008	20	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	160	→	160	D008	23	
D008	20	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→	160	D008	23	
D008	21	プロゲステロン	162	→	159	D008	22	
D008	22	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	165	→	165	D008	24	
D008	23	遊離テストステロン	166	→	166	D008	25	
D008	24	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	167	→	167	D008	26	
D008	25	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact P I NP)	168	→	168	D008	27	
D008	26	オステオカルシン(OC)	170	→	170	D008	29	
D008	26	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿)	170	→	169	D008	28	
D008	26	セクレチン	170	→	170	D008	29	
D008	26	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→	170	D008	29	
D008	26	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	170	→	170	D008	29	
D008	26	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(P I NP)	170	→	170	D008	29	
D008	27	サイクリックAMP(cAMP)	175	→	175	D008	30	
D008	28	エストリオール(E <sub>3</sub> )	180	→	180	D008	31	
D008	28	エストロゲン半定量	180	→	180	D008	31	
D008	28	エストロゲン定量	180	→	180	D008	31	
D008	28	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	180	→	180	D008	31	
D008	28	副甲状腺ホルモン(PTH)	180	→	180	D008	31	
D008	28	カテコールアミン分画	180	→	180	D008	31	

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 29	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	184	→ 181	D008 32	
D008 30	エストラジオール(E <sub>2</sub> )	190	→ 187	D008 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	194	→ 194	D008 34	
D008 32	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	200	→ 196	D008 35	
D008 32	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 36	
D008 33	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	210	→ 206	D008 37	
D008 33	カテコールアミン	210	→ 206	D008 37	
D008 34	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	213	→ 213	D008 39	
D008 34	エリスロポエチン	213	→ 209	D008 38	
D008 34	17 $\alpha$ -ヒドロキシプロゲステロン(17 $\alpha$ -OHP)	213	→ 213	D008 39	
D008 34	抗IA-2抗体	213	→ 213	D008 39	
D008 34	プレグナンジオール	213	→ 213	D008 39	
D008 35	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 40	
D008 36	メタネフリン	233	→ 229	D008 41	
D008 36	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	233	→ 233	D008 43	
D008 36	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	233	→ 233	D008 43	
D008 37	ソマトメジンC	234	→ 230	D008 42	
D008 38	抗利尿ホルモン(ADH)	235	→ 235	D008 44	
D008 39	プレグナントリオール	243	→ 243	D008 45	
D008 40	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 46	
D008 41	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 47	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	623	→ 623	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80	→ 80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	110	→ 108	D009 2	
D009 3	$\alpha$ -フェトプロテイン(AFP)	112	→ 110	D009 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		
D009 3	組織ポリペプチド抗原(TPA)	112	→ 110	D009 3	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	112	→ 110	D009 3	
D009 4	DUPAN-2	126	→ 124	D009 4	
D009 4	NCC-ST-439	126	→ 124	D009 4	
D009 4	CA15-3	126	→ 124	D009 4	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	126	→ 124	D009 4	
D009 5	エラスターゼ1	131	→ 129	D009 5	
D009 6	前立腺特異抗原(PSA)	136	→ 134	D009 6	
D009 6	CA19-9	136	→ 134	D009 6	
D009 7	CA72-4	146	→ 146	D009 7	
D009 7	SPan-1	146	→ 146	D009 7	
D009 7	シアルルTn抗原(STN)	146	→ 146	D009 7	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)	146	→ 146	D009 7	
D009 8	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 9	
D009 8	CA50	150	→ 150	D009 9	
D009 8	PIVKA-II 半定量	150	→ 147	D009 8	
D009 8	PIVKA-II 定量	150	→ 147	D009 8	
D009 9	核マトリックスプロテイン22(NMP22) 定量(尿)	155	→ 155	D009 11	
D009 9	シアルルLe <sup>x</sup> -i抗原(SLX)	155	→ 152	D009 10	
D009 9	CA125	155	→ 152	D009 10	
D009 10	核マトリックスプロテイン22(NMP22) 定性(尿)	160	→ 155	D009 11	
D009 10	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 12	
D009 11	遊離型PSA比(PSA F/T比)	165	→ 162	D009 13	
D009 11	BCA225	165	→ 165	D009 15	
D009 12	抗p53抗体	166	→ 163	D009 14	
D009 13	シアルルLe <sup>x</sup> 抗原(CSLEX)	170	→ 170	D009 16	
D009 13	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	170	→ 170	D009 16	
D009 13	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170	→ 170	D009 16	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
D009 13	SP1	170	→ 170	D009 16	(新設)	
D009 14	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	175	→ 172	D009 17		
D009 14	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175	→ 175	D009 18		
D009 15	CA54/61	184	→ 184	D009 19		
D009 15	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184	→ 184	D009 19		
D009 16	遊離型フコース(尿)	190	→ 190	D009 20		
D009 16	CA602	190	→ 190	D009 20		
D009 16	α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190	→ 190	D009 20		
D009 17	γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	194	→ 194	D009 21		
D009 18	CA130	200	→ 200	D009 22		
D009 18	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント(HCGβ-CF)(尿)	200	→ 200	D009 22		
D009 19	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→ 220	D009 23		
-	可溶性モノテリン関連ペプチド	-	→ 220	D009 23		
D009 20	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	320	→ 314	D009 24		
D009 20	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	320	→ 314	D009 24		
D009 20	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 25		
D009 20	HER2蛋白	320	→ 320	D009 25		
D009 21	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	460	→ 451	D009 26		
D009 注2	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注2		
D009 注2	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注2		
D009 注2	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注2		
D010	特殊分析			D010		
D010 1	糖分析(尿)	38	→ 38	D010 1		
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2		
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3		
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)	291	→ 291	D010 4		
D010 5	アミノ酸			D010 5		
D010 5	イ 1種類につき	310	→ 304	D010 5		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D010 5	口 5種類以上	1,236	→ 1,212	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→ 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	437	→ 429	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,176	D010 8	
<b>(免疫学的検査)</b>					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	Coombs試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30	→ 30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 160	D011 4	
D011 4	不規則抗体	162	→ 159	D011 3	
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→ 196	D011 5	
D011 6	血小板関連IgG(PA-IgG)	204	→ 204	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	262	→ 262	D011 8	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG、IgM及びIgA抗体)	390	→ 390	D011 9	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)	390	→ 390	D011 9	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応(STS)定性	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定性	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO(ASO)半定量	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定量	15	→ 15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	26	→ 26	D012 2	
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	26	→ 26	D012 2	
D012 3	抗streptトキナーゼ(ASK)定性	29	→ 29	D012 3	
D012 3	抗streptトキナーゼ(ASK)半定量	29	→ 29	D012 3	

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 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→ 32	D012 4	
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)半定量	34	→ 34	D012 5	
D012 5	梅毒血清反応(STS)半定量	34	→ 34	D012 5	
D012 5	梅毒血清反応(STS)定量	34	→ 34	D012 5	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→ 53	D012 6	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→ 53	D012 6	
D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	60	→ 60	D012 7	
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60	→ 60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便)	65	→ 65	D012 8	
D012 8	ロタウイルス抗原定量(糞便)	65	→ 65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70	→ 70	D012 9	
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→ 70	D012 9	
D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→ 75	D012 10	
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	79	→ 79	D012 11	
D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→ 80	D012 12	
D012 12	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→ 80	D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体定性	80	→ 80	D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体半定量	80	→ 80	D012 12	
D012 13	HTLV-Ⅰ抗体定性	85	→ 85	D012 13	
D012 13	HTLV-Ⅰ抗体半定量	85	→ 85	D012 13	
D012 14	トキソプラズマ抗体	93	→ 93	D012 14	
D012 15	トキソプラズマIgM抗体	95	→ 95	D012 15	
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量	100	→ 100	D012 16	
D012 16	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	→ -	-	(削除)
D012 17	抗酸菌抗体定量	116	→ 116	D012 17	
D012 18	HIV-Ⅰ抗体	118	→ 116	D012 17	

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 19	抗酸菌抗体定性	120	→ 116	D012 17	
D012 20	HIV-1, 2抗体定性	123	→ 121	D012 18	
D012 20	HIV-1, 2抗体半定量	123	→ 121	D012 18	
D012 20	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	123	→ 121	D012 18	
D012 20	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	123	→ 121	D012 18	
D012 21	HIV-1, 2抗体定量	127	→ 127	D012 19	
D012 22	A群β溶連菌迅速試験定性	136	→ 134	D012 20	
D012 23	ノイラミニダーゼ定性	140	→ 140	D012 21	
D012 24	カンジダ抗原定性	144	→ 142	D012 22	
D012 24	カンジダ抗原半定量	144	→ 142	D012 22	
D012 24	カンジダ抗原定量	144	→ 142	D012 22	
D012 25	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	146	→ 146	D012 24	
D012 25	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	146	→ 144	D012 23	
D012 25	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	146	→ 146	D012 24	
D012 25	RSウイルス抗原定性	146	→ 146	D012 24	
D012 25	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性	146	→ 146	D012 24	
D012 25	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量	146	→ 146	D012 24	
D012 26	インフルエンザウイルス抗原定性	149	→ 147	D012 25	
D012 27	ノロウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 26	
D012 27	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	150	→ 150	D012 26	
D012 27	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	150	→ 150	D012 26	
D012 27	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 26	
D012 28	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 27	
D012 28	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→ 160	D012 27	
D012 29	クラミジア・トラコマチス抗原定性	165	→ 164	D012 28	
D012 29	アスペルギルス抗原	165	→ 165	D012 29	
D012 30	大腸菌O157抗原定性	170	→ 170	D012 30	
D012 30	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170	→ 170	D012 30	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 31	大腸菌O157抗体定性	175	→ 175	D012 31	
D012 32	淋菌抗原定性	180	→ 180	D012 33	
D012 32	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→ 180	D012 33	
D012 32	大腸菌血清型別	180	→ 180	D012 33	
D012 32	HTLV-I抗体	180	→ 177	D012 32	
D012 33	クリプトコックス抗原半定量	184	→ 184	D012 34	
D012 34	クリプトコックス抗原定性	190	→ 184	D012 34	
D012 35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	204	→ 200	D012 35	
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	204	→ 200	D012 35	
D012 36	ブルセラ抗体定性	210	→ 206	D012 36	
D012 36	ブルセラ抗体半定量	210	→ 206	D012 36	
D012 36	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210	→ 210	D012 37	
D012 36	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	210	→ 210	D012 37	
D012 36	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)	210	→ 210	D012 37	
D012 36	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→ 210	D012 37	
D012 36	レプトスピラ抗体	210	→ 210	D012 37	
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	210	→ 206	D012 36	
D012 37	ツツガムシ抗体半定量	213	→ 213	D012 38	
D012 37	(1→3)-β-D-グルカン	213	→ 213	D012 38	
D012 38	ツツガムシ抗体定性	220	→ 213	D012 38	
D012 38	サイトメガロウイルス抗体	220	→ 220	D012 40	
D012 39	赤痢アメーバ抗体半定量	223	→ 223	D012 41	
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	223	→ 219	D012 39	
D012 40	レジオネラ抗原定性(尿)	233	→ 229	D012 42	
-	デングウイルス抗原定性	-	→ 233	D012 43	(新設)
D012 41	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→ 240	D012 44	
D012 42	エンドトキシン	262	→ 257	D012 45	
D012 43	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→ 270	D012 46	



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 44	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 47	
D012 45	百日咳菌抗体	285	→ 280	D012 47	
D012 46	結核菌群抗原定性	291	→ 291	D012 48	
D012 47	ダニ特異IgG抗体	300	→ 300	D012 49	
D012 47	Weil-Felix反応	300	→ 300	D012 49	
D012 48	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 50	
D012 49	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	398	→ 398	D012 51	
D012 50	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)	440	→ 432	D012 52	
D012 51	HIV抗原	600	→ 600	D012 53	
D012 52	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	900	→ 900	D012 54	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	→ 29	D013 1	
D013 2	HBs抗体定性	32	→ 32	D013 2	
D013 2	HBs抗体半定量	32	→ 32	D013 2	
D013 3	HBs抗原	88	→ 88	D013 3	
D013 3	HBs抗体	88	→ 88	D013 3	
D013 4	HBe抗原	107	→ 107	D013 4	
D013 4	HBe抗体	107	→ 107	D013 4	
D013 5	HCV抗体定性・定量	116	→ 114	D013 5	
D013 5	HCVコア蛋白	116	→ 114	D013 5	
D013 6	HBc抗体半定量・定量	146	→ 145	D013 7	
D013 6	HA-IgM抗体	146	→ 146	D013 8	
D013 6	HA抗体	146	→ 146	D013 8	
D013 6	HBc-IgM抗体	146	→ 146	D013 8	
D013 6	HCVコア抗体	146	→ 144	D013 6	
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→ 160	D013 9	
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→ 160	D013 9	
D013 8	HE-IgA抗体定性	210	→ 210	D013 10	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考			
		改正前	改正後					
D013	9	HCV血清群別判定	233	→	233	D013	11	
D013	10	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	281	→	281	D013	12	
D013	11	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→	330	D013	13	
D013	12	HCV特異抗体価	340	→	340	D013	14	
D013	12	HBVジェノタイプ判定	340	→	340	D013	14	
D013	注	包括項目:3項目	290	→	290	D013	注	
D013	注	包括項目:4項目	360	→	360	D013	注	
D013	注	包括項目:5項目以上	469	→	460	D013	注	
D014		自己抗体検査				D014		
D014	1	寒冷凝集反応	11	→	11	D014	1	
D014	2	リウマトイド因子(RF)半定量	30	→	-	-	-	(削除)
D014	2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→	30	D014	2	
D014	3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→	37	D014	3	
D014	3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→	37	D014	3	
D014	4	Donath-Landsteiner試験	55	→	55	D014	4	
D014	5	LEテスト定性	68	→	-	-	-	(削除)
D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→	110	D014	6	
D014	6	抗インスリン抗体	110	→	110	D014	6	
D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	110	→	108	D014	5	
D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	110	→	108	D014	5	
D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	110	→	108	D014	5	
D014	7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	116	→	116	D014	7	
D014	8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→	120	D014	8	
D014	8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→	120	D014	8	
D014	9	抗Jo-1抗体定性	146	→	146	D014	10	
D014	9	抗Jo-1抗体半定量	146	→	146	D014	10	
D014	9	抗Jo-1抗体定量	146	→	146	D014	10	
D014	9	抗サイログロブリン抗体	146	→	144	D014	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		
D014 9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146	→ 146	D014 10	
D014 9	抗RNP抗体定性	146	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体半定量	146	→ 144	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定量	146	→ 144	D014 9	
D014 10	抗Sm抗体定性	162	→ 159	D014 11	
D014 10	抗Sm抗体半定量	162	→ 159	D014 11	
D014 10	抗Sm抗体定量	162	→ 159	D014 11	
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	162	→ 162	D014 12	
D014 10	抗SS-B/La抗体半定量	162	→ 162	D014 12	
D014 10	抗SS-B/La抗体定量	162	→ 162	D014 12	
D014 10	抗Scl-70抗体定性	162	→ 162	D014 12	
D014 10	抗Scl-70抗体半定量	162	→ 162	D014 12	
D014 10	抗Scl-70抗体定量	162	→ 162	D014 12	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体定性	165	→ 165	D014 13	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体半定量	165	→ 165	D014 13	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体定量	165	→ 165	D014 13	
D014 11	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体	165	→ 165	D014 13	
D014 12	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	170	→ 170	D014 14	
D014 13	抗DNA抗体定量	173	→ 173	D014 15	
D014 14	抗DNA抗体定性	178	→ 173	D014 15	
D014 15	抗セントロメア抗体定量	184	→ 184	D014 16	
D014 16	抗セントロメア抗体定性	190	→ 184	D014 16	
D014 16	抗ARS抗体	190	→ 190	D014 17	
D014 17	モノクローナルRF結合免疫複合体	194	→ 194	D014 18	
D014 18	抗ミトコンドリア抗体定性	200	→ 196	D014 19	
D014 18	抗ミトコンドリア抗体半定量	200	→ 196	D014 19	
D014 19	IgG型リウマトイド因子	204	→ 204	D014 20	
D014 20	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→ 206	D014 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					
D014	21	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体	210	→	210	D014	22	
D014	21	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→	210	D014	22	
D014	21	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→	210	D014	22	
D014	22	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテインI複合体抗体	223	→	223	D014	23	
D014	22	抗LKM-1抗体	223	→	223	D014	23	
D014	23	抗カルジオリピン抗体	243	→	239	D014	24	
D014	23	抗TSHレセプター抗体(TRAb)	243	→	239	D014	24	
-	-	IgG2(TIA法によるもの)	-	→	239	D014	25	(新設)
D014	24	抗デスマグレイン3抗体	270	→	270	D014	26	
D014	24	抗BP180-NC16a抗体	270	→	270	D014	26	
D014	25	ループスアンチコアグラント定量	281	→	281	D014	28	
D014	25	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	281	→	276	D014	27	
D014	25	抗好中球細胞質ミクロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	281	→	276	D014	27	
D014	25	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	281	→	281	D014	28	
D014	26	ループスアンチコアグラント定性	290	→	281	D014	28	
D014	26	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	→	290	D014	29	
D014	27	抗デスマグレイン1抗体	300	→	300	D014	30	
D014	28	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→	350	D014	31	
D014	29	IgG <sub>4</sub>	388	→	388	D014	32	
-	-	IgG2(ネフェロメトリー法によるもの)	-	→	388	D014	33	(新設)
D014	30	抗GM1IgG抗体	460	→	460	D014	34	
D014	30	抗GQ1bIgG抗体	460	→	460	D014	34	
D014	31	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	873	→	856	D014	35	
D014	32	抗グルタミン酸レセプター抗体	970	→	970	D014	36	
D014	33	抗アクアポリン4抗体	1,000	→	1,000	D014	37	
D014	33	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000	→	1,000	D014	37	
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	

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	血漿蛋白免疫学的検査			D015	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16	→ 16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)	16	→ 16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)	30	→ 30	D015 2	
D015 3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性	34	→ 34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D015 3	
D015 4	血清補体価(CH <sub>50</sub> )	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→ 42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→ 42	D015 5	
D015 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	47	→ 47	D015 6	
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→ 60	D015 7	
D015 8	C <sub>3</sub>	70	→ 70	D015 8	
D015 8	C <sub>4</sub>	70	→ 70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90	→ 90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE半定量	100	→ 100	D015 10	
D015 10	非特異的IgE定量	100	→ 100	D015 10	
D015 11	特異的IgE半定量・定量	110	→ 110	D015 11	
D015 12	β <sub>2</sub> -マイクログロブリン	112	→ 110	D015 11	
D015 12	トランスサイレチン(プレアルブミン)	112	→ 110	D015 11	
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 12	
D015 14	α <sub>1</sub> -マイクログロブリン	146	→ 144	D015 13	
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	146	→ 144	D015 13	
D015 15	C <sub>3</sub> プロアクチベータ	160	→ 160	D015 14	
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	163	→ 163	D015 15	
D015 17	ヘモペキシニン	180	→ 180	D015 16	
D015 18	APRスコア定性	194	→ 191	D015 17	

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 18	アトピー鑑別試験定性	194	→ 194	D015 18	
D015 18	TARC	194	→ 194	D015 18	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	204	→ 204	D015 19	
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	213	→ 209	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	→ 210	D015 21	
D015 22	C <sub>1</sub> インアクチベータ	281	→ 276	D015 22	
D015 23	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330	→ 330	D015 23	
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	400	→ 400	D015 24	
D015 25	結核菌特異的インターフェロナーγ産生能	630	→ 630	D015 25	
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	165	→ 165	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	204	→ 204	D016 3	
D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)	204	→ 200	D016 2	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 4	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 5	
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	350	→ 345	D016 6	
<b>(微生物学的検査)</b>					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	61	→ 61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→ 160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	160	→ 180	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	190	→ 210	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	150	→ 170	D018 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		
D018 5	その他の部位からの検体	140	→ 160	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	
D018 注	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	120	→ 118	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	170	→ 170	D019 1	
D019 2	2菌種	220	→ 220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	280	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	260	→ 280	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	210	→ 210	D020 2	
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	370	→ 370	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	380	→ 380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 3	HBV核酸定量	287	→ 287	D023 4	
D023 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	291	→ 286	D023 3	
-	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	-	→ 287	D023 4	(新設)
D023 5	レジオネラ核酸検出	292	→ 292	D023 5	
D023 6	マイコプラズマ核酸検出	300	→ 300	D023 6	
D023 7	HCV核酸検出	360	→ 360	D023 7	
D023 7	HPV核酸検出	360	→ 360	D023 7	
D023 7	HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	360	→ 360	D023 7	
D023 8	インフルエンザ核酸検出	410	→ 410	D023 8	
D023 8	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 8	
D023 8	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 8	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー(MAC)核酸検出	421	→ 421	D023 9	(新設)
D023 10	HCV核酸定量	450	→ 450	D023 10	
D023 10	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 10	
D023 10	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 10	
D023 10	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 10	
- -	HTLV-1核酸検出	-	→ 450	D023 10	
D023 11	HIV-1核酸定量	520	→ 520	D023 11	
D023 11	注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合	130	→ 130	D023 11	
D023 12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 12	
D023 12	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 12	
D023 12	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 12	
D023 13	HPVジェノタイプ判定	2,000	→ 2,000	D023 13	
D023 14	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→ 6,000	D023 14	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性	55	→ 55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70	→ 70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)定性	150	→ 150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	194	→ 194	D023-2 4	
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
<b>(基本的検体検査実施料)</b>					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	入院の日から起算して4週間以内の期間	140	→ 140	D025 1	
D025 2	入院の日から起算して4週間を超えた期間	110	→ 110	D025 2	
<b>第2款 検体検査判断料</b>					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→ 144	D026 3	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	144	→ 144	D026 4	(新設)
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅰ)	40	→ 40	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅱ)	100	→ 100	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	→ 300	D026 注3	
D026 注3	検体検査管理加算(Ⅳ)	500	→ 500	D026 注3	
- -	注 国際標準検査管理加算	-	→ 40	D026 注4	
D026 注4	区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合	500	→ 500	D026 注5	
D026 注5	骨髄像診断加算	240	→ 240	D026 注6	
- -	免疫電気泳動法診断加算	-	→ 50	D026 注7	
D027	基本的検体検査判断料	604	→ 604	D027	
<b>第2節 削除</b>					
<b>第3節 生体検査料</b>					
<b>(呼吸循環機能検査等)</b>					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	90	→ 90	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	100	→ 100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	140	→ 140	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定			D201 1	
D201 1	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	150	→ 150	D201 1	
D201 1	ロ その他の場合	60	→ 60	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査□	135	→ 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	→ 135	D202 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	150	→ 150	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D206 注1	1について新生児に対して行った場合	10,800	→ 10,800	D206 注1	
D206 注1	1について3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して行った場合	3,600	→ 3,600	D206 注1	
D206 注1	2について新生児に対して行った場合	12,000	→ 12,000	D206 注1	
D206 注1	2について3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して行った場合	4,000	→ 4,000	D206 注1	
D206 注2	卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査を行った場合の加算	800	→ 800	D206 注2	
D206 注2	経中隔左心カテーテル検査(ブロッケンブロー)を行った場合の加算	2,000	→ 2,000	D206 注2	
D206 注2	伝導機能検査を行った場合の加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	ヒス束心電図を行った場合の加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	診断ペーシングを行った場合の加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	期外(早期)刺激法による測定・誘発試験を行った場合の加算	600	→ 600	D206 注2	
D206 注2	冠動脈造影を行った場合の加算	1,400	→ 1,400	D206 注2	
D206 注3	血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合	400	→ 400	D206 注3	
D206 注4	冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合	600	→ 600	D206 注4	
D206 注5	血管内視鏡検査を実施した場合	400	→ 400	D206 注5	
D206 注9	心腔内超音波検査を実施した場合	400	→ 400	D206 注9	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 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		
-	-	-	→ 100	D207 2	(新設)
D207	2	100	→ 100	D207 2	
D207	2	100	→ 100	D207 2	
D207	2	100	→ 100	D207 2	
D207	3	150	→ 150	D207 3	
D207	3	150	→ 150	D207 3	
D207	3	150	→ 150	D207 3	
D207	3	150	→ 150	D207 3	
D207	3	1,300	→ 1,300	D207 3	
D207	4	200	→ 200	D207 4	
D207	5	1,350	→ 1,350	D207 5	
D208				D208	
D208	1	130	→ 130	D208 1	
D208	2	150	→ 150	D208 2	
D208	2	150	→ 150	D208 2	
D208	3	150	→ 150	D208 3	
D208	4	200	→ 200	D208 4	
D208	5	90	→ 90	D208 5	
D209				D209	
D209	1	320	→ 320	D209 1	
D209	2	190	→ 190	D209 2	
D210				D210	
D210	1	90	→ 90	D210 1	
D210	2	1,500	→ 1,500	D210 2	
D210-2		1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3		90	→ 90	D210-3	
D210-4		1,100	→ 1,100	D210-4	
D211		800	→ 1,200	D211	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D211 注3	連続呼気ガス分析加算	100	→ 200	D211 注3	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	200	→ 200	D211-3	
-	シヤトルウォーキングテスト	-	→ 200	D211-4	(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	1検査	60	→ 60	D214 1	
D214 2	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 3	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 4	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 5	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
D214 6	血管伸展性検査	100	→ 100	D214 6	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
<b>(超音波検査等)</b>					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 1,000	D215 3	
D215 3	ホ 負荷心エコー法	1,680	→ 1,680	D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	

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	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5	
D215 注1	2又は3について、造影剤を使用した場合	150	→ 150	D215 注1	
D215 注2	2について、パルスドプラ法を行った場合	200	→ 200	D215 注2	
- -	4のロについて、微小栓子シグナル(HITS/MES)の検出を行った場合	-	→ 150	D215 注7	(新設)
D215-2	肝硬度測定	200	→ 200	D215-2	
- -	超音波エラストグラフィ	-	→ 200	D215-3	(新設)
D216	サーモグラフィ検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査を行った場合	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査			D216-2	
D216-2 1	超音波検査によるもの	55	→ 55	D216-2 1	
D216-2 2	導尿によるもの	45	→ 45	D216-2 2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
D217 1	注 大腿骨同時撮影加算	90	→ 90	D217 1	
D217 2	MD法	140	→ 140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	→ 140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	→ 80	D217 3	
<b>(監視装置による諸検査)</b>					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	→ 400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	→ 700	D218 3	
D219	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	

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			
D220	2	3時間を超えた場合(1日につき)		D220	2	
D220	2	イ 7日以内の場合	150 → 150	D220	2	
D220	2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130 → 130	D220	2	
D220	2	ハ 14日を超えた場合	50 → 50	D220	2	
D221		削除		D221		
D221-2		筋肉コンパートメント内圧測定	620 → 620	D221-2		
D222		経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		D222		
D222	1	1時間以内又は1時間につき	100 → 100	D222	1	
D222	2	5時間を超えた場合(1日につき)	600 → 600	D222	2	
-	-	経皮的酸素ガス分圧測定(1日につき)	- → 100	D222-2		(新設)
D223		経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30 → 30	D223		
D223-2		終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100 → 100	D223-2		
D224		終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100 → 100	D224		
D225		観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)		D225		
D225	1	1時間以内の場合	130 → 130	D225	1	
D225	2	1時間を超えた場合(1日につき)	260 → 260	D225	2	
D225-2		非観血的連続血圧測定(1日につき)	100 → 100	D225-2		
D225-3		24時間自由行動下血圧測定	200 → 200	D225-3		
D225-4		ヘッドアップティルト試験	980 → 980	D225-4		
D226		中心静脈圧測定(1日につき)		D226		
D226	1	4回以下の場合	100 → 100	D226	1	
D226	2	5回以上の場合	200 → 200	D226	2	
D227		頭蓋内圧持続測定		D227		
D227	1	1時間以内又は1時間につき	125 → 125	D227	1	
D227	2	3時間を超えた場合(1日につき)	500 → 500	D227	2	
D228		深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100 → 100	D228		
D229		前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100 → 100	D229		
D230		観血的肺動脈圧測定		D230		

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		
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	
D230 注1	バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合(開始日に限る)	1,300	→ 1,300	D230 注1	
D231	人工臓臓検査(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	(名称の変更)
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,300	→ 1,300	D234	
<b>(脳波検査等)</b>					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600	→ 600	D235	
D235 注1	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合	250	→ 250	D235 注1	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	500	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	900	→ -	D235-3	(項目の分割)
- -	長期脳波ビデオ同時記録検査1	-	→ 3,500	D235-3 1	
- -	長期脳波ビデオ同時記録検査2	-	→ 900	D235-3 2	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 670	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 800	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー	-	→ -	D236-2	
D236-2 1	脳外科手術の術前検査に使用するもの	670	→ 670	D236-2 1	
D236-2 2	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの			D236-2 2	
D236-2 2	イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	400	→ 400	D236-2 2	
D236-2 2	ロ イ以外の場合	200	→ 200	D236-2 2	
D236-3	脳磁図	5,100	→ 5,100	D236-3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	→ 720	D237 1	
D237 2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250	→ 250	D237 2	
D237 3	1及び2以外の場合	3,300	→ 3,300	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験 (MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	180	→ -	D238	(項目の分割)
- -	脳波検査判断料1	-	→ 350	D238 1	
- -	脳波検査判断料2	-	→ 180	D238 2	
<b>(神経・筋検査)</b>					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき))	200	→ 300	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	150	→ 150	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	400	→ 450	D239-3	
D239-4	全身温熱発汗試験	600	→ 600	D239-4	
- -	精密知覚機能検査	-	→ 280	D239-5	(新設)
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130	→ 130	D240 1	
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→ 130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200	→ 200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	180	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
<b>(耳鼻咽喉科学的検査)</b>					



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		
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350	→ 350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350	→ 350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→ 110	D244 3	
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→ 40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	→ 150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→ 1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	→ 700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	290	→ 290	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	340	→ 340	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	—	→ —	D250 3	
D250 3	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300	→ 300	D250 3	
D250 3	ロ その他の場合	140	→ 140	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→ 400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250	→ 250	D250 5	
D250 5	下肢加重検査	250	→ 250	D250 5	
D250 5	フォースプレート分析	250	→ 250	D250 5	
D250 5	動作分析検査	250	→ 250	D250 5	
D250 注	5について、パワー・ベクトル分析を行った場合	200	→ 200	D250 注	
D250 注	5について、刺激又は負荷を加えた場合	120	→ 120	D250 注	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコープ	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45	→ 45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
<b>(眼科学的検査)</b>					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	

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		
D256 1	通常の方法の場合	-	→ -	D256 1	
D256 1	イ アナログ撮影	54	→ 54	D256 1	
D256 1	ロ デジタル撮影	58	→ 58	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→ 400	D256 2	
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510	→ 510	D256 3	
D256 注2	広角眼底撮影加算	100	→ 100	D256 注2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	290	→ 290	D260 2	
D261	屈折検査	69	→ -	D261	(項目の分割)
- -	6歳未満の場合	-	→ 69	D261 1	
- -	1以外の場合	-	→ 69	D261 2	
D262	調節検査	70	→ 70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	82	→ 82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	105	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70	→ 70	D267 1	

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		
D267 2	1以外の場合	48	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	48	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除			D270	
D270-2	ロービジョン検査判断料	250	→ 250	D270-2	
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	48	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	48	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	48	→ 48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	
D282-2	行動観察による視力検査			D282-2	
D282-2 1	PL(Preferential Looking)法	100	→ 100	D282-2 1	
D282-2 2	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	60	→ 60	D282-2 2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	→ 200	D282-3 1	

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						
-	-	コンタクトレンズ検査料2	-	→	180	D282-3	2	(新設)	
D282-3	2	コンタクトレンズ検査料3	56	→	56	D282-3	3	(名称の変更)	
-	-	コンタクトレンズ検査料4	-	→	50	D282-3	4	(新設)	
<b>(皮膚科学的検査)</b>									
D282-4		ダーモスコピー	72	→	72	D282-4			
<b>(臨床心理・神経心理検査)</b>									
D283		発達及び知能検査				D283			
D283	1	操作が容易なもの	80	→	80	D283	1		
D283	2	操作が複雑なもの	280	→	280	D283	2		
D283	3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D283	3		
D284		人格検査				D284			
D284	1	操作が容易なもの	80	→	80	D284	1		
D284	2	操作が複雑なもの	280	→	280	D284	2		
D284	3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D284	3		
D285		認知機能検査その他の心理検査				D285			
D285	1	操作が容易なもの	80	→	80	D285	1		
D285	2	操作が複雑なもの	280	→	280	D285	2		
D285	3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D285	3		
<b>(負荷試験等)</b>									
D286		肝及び腎のクリアランステスト	150	→	150	D286			
D286-2		イヌリンクリアランス測定	1,280	→	1,280	D286-2			
D287		内分泌負荷試験				D287			
D287	1	下垂体前葉負荷試験				D287	1		
D287	1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→	1,200	D287	1		
D287	1	ロ 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		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鉱質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	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	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	

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		
D291 1	21箇所以内の場合(1箇所につき)	16	→ 16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合(一連につき)	350	→ 350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→ 1,000	D291-2	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→ 1,000	D291-3	
<b>(ラジオアイソトープを用いた諸検査)</b>					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→ 575	D293 2	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
<b>(内視鏡検査)</b>					
D295	関節鏡検査(片側)	600	→ 600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→ 220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(部位を問わず一連につき)	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコープ	600	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査(片側)	1,000	→ 1,000	D300-2	

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		
D301	気管支鏡検査	500	→ -	-	(削除)
D301	気管支カメラ	500	→ -	-	(削除)
D302	気管支ファイバースコープ	2,500	→ 2,500	D302	
D302	注 気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合	200	→ 200	D302	注
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	食道鏡検査	400	→ -	-	(削除)
D305	食道カメラ	400	→ -	-	(削除)
D306	食道ファイバースコープ	800	→ 800	D306	
D306	注1 粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D306	注1
D306	注2 狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306	注2
D307	胃鏡検査	500	→ -	-	(削除)
D307	ガストロカメラ	500	→ -	-	(削除)
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	→ 1,140	D308	
D308	注1 胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→ 600	D308	注1
D308	注2 粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D308	注2
D308	注3 胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→ 600	D308	注3
D308	注4 狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308	注4
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	→ 1,400	D309	
D310	小腸内視鏡検査			D310	
D310	1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000	→ 7,000	D310	1
D310	2 シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 3,000	D310	2
D310	3 カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310	3
D310	4 その他のもの	1,700	→ 1,700	D310	4
D310	注2 4について、粘膜点墨法を行った場合	60	→ 60	D310	注2
D310-2	消化管通過性検査	600	→ 600	D310-2	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	



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		
D312	直腸ファイバースコープ	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D312 注	
D313	大腸内視鏡検査			D313	
D313 1	ファイバースコープによるもの			D313 1	
D313 1	イ S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 1	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 1	
D313 1	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 1	
D313 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,550	→ 1,550	D313 2	
D313 注1	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D313 注1	
D313 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注2	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	950	→ 950	D317	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D317 注	(新設)
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D317-2 注	(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	
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	→ 210	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、脾臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
D325 注1	新生児に対して行った場合	10,800	→ 10,800	D325 注1	
D325 注1	3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して行った場合	3,600	→ 3,600	D325 注1	
<b>第4節 診断穿刺・検体採取料</b>					

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	20	→ 25	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合	14	→ 20	D400 注2	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	6歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	6歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	6歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児の場合	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歳未満の乳幼児の場合	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検(片側)			D409-2	(名称の変更)
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)			D410	
D410 1	生検針によるもの	650	→ 650	D410 1	
D410 2	その他	200	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	4,000	→ 4,000	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,000	D415	
D415 注1	ガイドシース加算	500	→ 500	D415 注1	
D415 注2	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→ 1,000	D415 注2	
D415-2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	5,500	→ 5,500	D415-2	
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歳未満の乳幼児の場合	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)	500	→ 500	D417 1	
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 3	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	→ 350	D417 3	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 5	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 8	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 9	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上部(副睾丸)	400	→ 400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	→ 620	D417 12	
D417 13	心筋	5,000	→ 5,000	D417 13	
D417 注	6歳未満の乳幼児に対して行った場合	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→ 180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 350	D419 4	
D419 5	副腎静脈サンプリング(一連につき)	4,800	→ 4,800	D419 5	
-	鼻腔・咽頭拭い液採取	-	→ 5	D419 6	(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
D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA	D006-3	Major BCR-ABL1
D231	人工膵臓(一連につき)	D231	人工膵臓検査(一連につき)
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	D282-3 3	コンタクトレンズ検査料3
D409-2	センチネルリンパ節生検	D409-2	センチネルリンパ節生検(片側)

## 別表3

## 第3部 検査 (1つの検査を複数に分ける項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D007 26	アポリポ蛋白	D007 23 D007 23 D007 23 D007 23	アポリポ蛋白 イ 1項目の場合 ロ 2項目の場合 ハ 3項目以上の場合
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	D235-3 D235-3 1 D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき) 長期脳波ビデオ同時記録検査1 長期脳波ビデオ同時記録検査2
D238	脳波検査判断料	D238 D238 1 D238 2	脳波検査判断料 脳波検査判断料1 脳波検査判断料2
D261	屈折検査	D261 D261 1 D261 2	屈折検査 6歳未満の場合 1以外の場合

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

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

【通則の見直し】

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

【通則の見直し】

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出

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

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

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出



第1節 エックス線診断料

E002 撮影

【注の見直し】

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

注2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。

E003 造影剤注入手技

3 動脈造影カテーテル法

【注の見直し】

イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点

注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

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

注2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点

注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

注2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1、

	ロ (略)	ロ 000点を所定点数に加算する。 (略)
第2節 核医学診断料		
E100 シンチグラム (画像を伴うもの)		
【注の見直し】	注3 新生児又は3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	注3 新生児、3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) 又は3歳以上6歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。
E101 シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影 (同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)		
【注の見直し】	注2 新生児又は3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	注2 新生児、3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) 又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。
第3節 コンピューター断層撮影診断料		
通則		

【通則の見直し】	<p>4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を当該撮影の所定点数に加算する。</p>	<p>4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>
E200 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】	<p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 1,000点</p> <p>ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 770点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 580点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p>	<p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合</p> <p>(1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点</p> <p>(2) その他の場合 1,000点</p> <p>ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注8 CT撮影のイの(1)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼</p>

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)

【項目の見直し】

- 1 3テスラ以上の機器による場合 1,600点
- 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
- 3 1又は2以外の場合 920点

し行われる場合に限り算定する。

- 1 3テスラ以上の機器による場合
  - イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点
  - ロ その他の場合 1,600点
- 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
- 3 1又は2以外の場合 900点

【注の追加】

(追加)

注5 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のMR I 撮影を行った場合は、乳房MR I 撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 MR I 撮影の1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又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第1節 調剤料</p> <p>F000 調剤料</p> <p>【注の追加】</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F100 処方料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週</p>	<p>注3 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p>

	<p>間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p>		<p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注10 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点</p>
<p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p>			

【注の見直し】

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注8 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

【項目の見直し】

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬



	診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合 40点 3 1及び2以外の場合 68点		の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合 40点 3 1及び2以外の場合 68点
【注の見直し】	注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。	→	注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。 イ 一般名処方加算1 3点 ロ 一般名処方加算2 2点
【注の追加】	(追加)	→	注9 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
第6節 調剤技術基本料  F500 調剤技術基本料  【注の追加】	(追加)	→	注6 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等に

より必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

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

	① 15歳未満	780点		820点
	② 15歳以上	580点		600点
	(2) 外来化学療法加算 B			
	① 15歳未満	630点		670点
	② 15歳以上	430点		450点
	ロ 外来化学療法加算 2			
	(1) 外来化学療法加算 A			
	① 15歳未満	700点		740点
	② 15歳以上	450点		470点
	(2) 外来化学療法加算 B			
	① 15歳未満	600点		640点
	② 15歳以上	350点		370点
第1節 注射料				
第1款 注射実施料				
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射 (1回につき)				
【点数の見直し】		18点	→	20点
G001 静脈内注射 (1回につき)				
【点数の見直し】		30点	→	32点
【注の見直し】	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 42点を加算する。		→	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 45点を加算する。

G 0 0 4 点滴注射（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 95点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 95点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 47点

98点  
97点  
49点

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を加算する。

G 0 0 7 腱鞘内注射

【点数の見直し】

25点 → 27点

G 0 1 2 結膜下注射

【点数の見直し】

25点 → 27点

G 0 1 2 - 2 自家血清の眼球注射

【点数の見直し】

25点 → 27点

【新設】

（新設） → G 0 1 7 腋窩多汗症注射（片側につき）

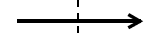
200点

第2款 無菌製剤処理料

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）
  - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合
    - (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点
    - (2) (1)以外の場合 100点
  - ロ イ以外の場合 50点
- 2 無菌製剤処理料 2（1以外のもの） 40点



- 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 180点
  - ロ イ以外の場合 45点
- 2 無菌製剤処理料 2（1以外のもの） 40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>【通則の見直し】</p>	<p>4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。</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</p>	<p>4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。</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</p>

固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

【通則の見直し】

6 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。

6 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

【点数の見直し】

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

- 205点
- 125点



【注の見直し】	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p>	<p>注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、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位)  イ ロ以外の場合 245点  ロ 廃用症候群の場合 180点  2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 245点  2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 200点</p>
【項目の見直し】		

イ	ロ以外の場合	200点
ロ	廃用症候群の場合	146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	77点

3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100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180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

【注の見直し】

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護

注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

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

被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位) 147点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位) 120点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)  
(1単位) 60点

【注の見直し】

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

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

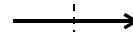
【注の追加】

(追加)

注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又

【新設】

(新設)



は最初に診断された日から60日を経過した後  
に、引き続きリハビリテーションを実施する  
場合において、過去3月以内にH003-4  
に掲げる目標設定等支援・管理料を算定して  
いない場合には、所定点数の100分の90に相  
当する点数により算定する。

- H001-2 廃用症候群リハビリテーション料
- 1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位)  
180点
  - 2 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位)  
146点
  - 3 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位)  
77点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合して  
いる保険医療機関において、急性疾患等に伴  
う安静による廃用症候群の患者であって、一  
定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、  
言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来し  
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、当該基準に係る  
区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又  
は急性増悪から120日以内に限り所定点数を  
算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定め  
る患者について、治療を継続することにより  
状態の改善が期待できると医学的に判断され  
る場合その他の別に厚生労働大臣が定める場  
合には、120日を超えて所定点数を算定する  
ことができる。

注2 注1本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

H002 運動器リハビリテーション料

【点数の見直し】

- 1 運動器リハビリテーション料(I) (1単位) 180点
- 2 運動器リハビリテーション料(II) (1単位) 170点
- 3 運動器リハビリテーション料(III) (1単位) 85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5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注6 注1本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

- 185点
- 170点
- 85点

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

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

【注の見直し】

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

- イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)  
163点
- ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)  
154点
- ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)  
85点

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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

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

- イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)  
111点
- ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)  
102点
- ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)  
51点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>
<p>H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p>【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、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</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、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから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</p>



【注の見直し】

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

30点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

【注の見直し】

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

注1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生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

料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

ーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

H003-4 目標設定等支援・管理料

- 1 初回の場合 250点
- 2 2回目以降の場合 100点

注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

H004 摂食機能療法（1日につき）

【注の見直し】

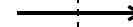
注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対

【新設】

して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

(新設)



して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 経口摂取回復促進加算 1 185点
- ロ 経口摂取回復促進加算 2 20点

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

- 1 重症の場合 200点
- 2 1以外の場合 100点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回算定する。

注2 1の場合は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）を限度として、2の場合は6月に1回を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療法料</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。</p> <p>（追加）</p>	<p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の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</p>

【注の追加】

I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・  
指導料（1日につき）

【注の見直し】

注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定し

(追加)

険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点

ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 1,200点

注6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神

ない。

【注の追加】

(追加)

病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)には、算定しない。

注5 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合(注2に規定する場合を除く。)であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

【新設】

(新設)

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料  
1 入院中の患者 435点  
2 入院中の患者以外 135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、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したのに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。  
注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り、算定する。  
注3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月以内に限り、計6回を限度として算定する。

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
- 2 1以外の場合 420点

【新設】

(新設)

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
- 2 1以外の医師による場合 420点
- 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合 350点

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき）  
340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、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として算定する。ただし、特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年以内に限り、更に週1回かつ計24回を限度として算定できる。

注2 依存症集団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。

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア  
(1日につき)

【注の見直し】

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあつては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア (1日につき)

【注の見直し】

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあつては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

【注の追加】

(追加)

注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、



I 0 1 0 精神科ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

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

【注の追加】

(追加)

長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケ

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア

【注の追加】

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

、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあつては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

(追加)

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【点数の見直し】

- 1 精神科訪問看護・指導料(I)
  - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 675点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合

- 1 精神科訪問看護・指導料(I)
  - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
    - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
    - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
    - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
    - (4) 週4日目以降 30分未満の場合

	525点
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	525点
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	400点
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	625点
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	485点
2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点
3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	575点
② 週3日目まで 30分未満の場合	440点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	675点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	525点
(2) 同一日に3人以上	
① 週3日目まで 30分以上の場合	288点
② 週3日目まで 30分未満の場合	220点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	338点

	530点
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	530点
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	405点
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	630点
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	490点
2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点
3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで 30分以上の場合	580点
② 週3日目まで 30分未満の場合	445点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	680点
④ 週4日目以降 30分未満の場合	530点
(2) 同一日に3人以上	
① 週3日目まで 30分以上の場合	293点
② 週3日目まで 30分未満の場合	225点
③ 週4日目以降 30分以上の場合	343点

- ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
263点
- ロ 准看護師による場合
  - (1) 同一日に2人
    - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
525点
    - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
400点
    - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
625点
    - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
485点
  - (2) 同一日に3人以上
    - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
263点
    - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
200点
    - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
313点
    - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
243点

- ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
268点
- ロ 准看護師による場合
  - (1) 同一日に2人
    - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
530点
    - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
405点
    - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
630点
    - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
490点
  - (2) 同一日に3人以上
    - ① 週3日目まで 30分以上の場合  
268点
    - ② 週3日目まで 30分未満の場合  
205点
    - ③ 週4日目以降 30分以上の場合  
318点
    - ④ 週4日目以降 30分未満の場合  
248点

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料

【注の追加】

(追加)

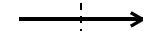
注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支

援管理料（月1回）

【項目の見直し】

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

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

項 目	現 行	改 正 案																				
第2章 特掲診療料																						
第9部 処置																						
第1節 処置料																						
J000 創傷処置																						
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>100平方センチメートル未満</td> <td>45点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</td> <td>55点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</td> <td>85点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満</td> <td>155点</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>6,000平方センチメートル以上</td> <td>270点</td> </tr> </table>	1	100平方センチメートル未満	45点	2	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	55点	3	500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	85点	4	3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	155点	5	6,000平方センチメートル以上	270点	<table border="0"> <tr> <td>45点</td> </tr> <tr> <td>60点</td> </tr> <tr> <td>90点</td> </tr> <tr> <td>160点</td> </tr> <tr> <td>275点</td> </tr> </table>	45点	60点	90点	160点	275点
1	100平方センチメートル未満	45点																				
2	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	55点																				
3	500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	85点																				
4	3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	155点																				
5	6,000平方センチメートル以上	270点																				
45点																						
60点																						
90点																						
160点																						
275点																						
【注の見直し】	注3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。																				
J001 熱傷処置																						
【注の見直し】	注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。																				

J 0 0 1 - 7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）			
【点数の見直し】		45点	60点
J 0 0 2 ドレーン法（ドレナージ） （1日につき）			
【注の見直し】	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J 0 0 5 脳室穿刺			
【注の見直し】	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J 0 0 6 後頭下穿刺			
【注の見直し】	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺			
【注の見直し】	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。		注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
【新設】		（新設）	J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入 800点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 8 胸腔穿刺（洗浄、注入及び  
排液を含む。）

【注の見直し】

注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

J 0 1 0 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、  
注入及び排液を含む。）

【注の見直し】

注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

J 0 1 1 骨髄穿刺

【注の見直し】

注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺

【注の見直し】

注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

J 0 1 7 - 2 リンパ管腫局所注入



<p>【注の見直し】</p>	<p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。</p>
<p>J 0 1 8 喀痰吸引（1日につき）</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、83点を加算する。</p>
<p>J 0 1 8 - 3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき）</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、83点を加算する。</p>
<p>J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ（開始日）</p>	<p>注2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。</p>
<p>J 0 2 0 胃持続ドレナージ（開始日）</p>	<p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。</p>
<p>J 0 2 1 持続的腹腔ドレナージ（開始日）</p>			

【注の見直し】	注2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	→	注2 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸			
【注の見直し】	注 3歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	→	注 3歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。
【新設】	(新設)	→	J026-4 ハイフローセラピー (1日につき) 160点
J034 イレウス用ロングチューブ挿入法			
【点数の見直し】	200点	→	610点
J036 非還納性ヘルニア徒手整復法			
【注の見直し】	注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、それぞれ100点又は50点を加算する。	→	注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、それぞれ110点又は55点を加算する。
J038 人工腎臓 (1日につき)			
【点数の見直し】	1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,030点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,195点 ハ 5時間以上の場合 2,330点 2 慢性維持透析濾過 (複雑なもの) を行った場	→	2,010点 2,175点 2,310点

	合	2,245点		2,225点
	3 その他の場合	1,580点		1,580点
【注の追加】		(追加)	→	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回を限度として所定点数に100点を加算する。
J 0 4 2 腹膜灌流 (1日につき)				
【注の見直し】	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、それぞれ1日につき1,000点又は500点を加算する。		→	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。
J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)				
【注の見直し】	注3 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。		→	注3 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。
【新設】		(新設)	→	J 0 4 3 - 6 人工臓療法 (1日につき) 3,500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す

J 0 4 4 救命のための気管内挿管

【注の見直し】

注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

るものと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、3日を限度として算定する。

J 0 4 5 - 2 一酸化窒素吸入療法  
(1日につき)

【項目の見直し】

920点

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

注2 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、920点を所定点数に加算する。

注 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。

1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合 1,680点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。

2 その他の場合 1,680点

注 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算す

J 0 5 0 気管内洗浄（1日につき）			る。
【注の見直し】	注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	→	注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J 0 5 1 胃洗浄			
【注の見直し】	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	→	注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
J 0 5 4-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）			
【注の見直し】	注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。	→	注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、2,200点を所定点数に加算する。
【新設】	(新設)	→	J 0 8 2-2 薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 200点 2 除去術 150点
【新設】	(新設)	→	J 1 1 5-2 排痰誘発法（1日につき） 44点
J 1 1 6 関節穿刺（片側）			

【注の見直し】	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	→	注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
【新設】 J 1 1 7 鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所を1日につき）	(新設)	→	J 1 1 6 - 5 酵素注射療法 490点
【注の見直し】	注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に50点を加算する。	→	注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に55点を加算する。
【新設】	(新設)	→	J 1 1 8 - 4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） 900点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、900点を所定点数に加算する。

<p>J 1 2 0 鼻腔栄養（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9-4 までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。</p>	<p>注3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回を限度として加算する。</p> <p>注2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p>3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9-4 までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。</p>
--	--	--

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K022の1、K059の4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514-4、K514-6、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、K678、K69</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K464-2、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K530-3、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K604-2、K605-2、K605-4、K</p>



5-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3、K879-2、K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、K677の1、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2からK843-4まで、K865-2、K879-2、K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【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

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327

、K343、K376、K395、K415、  
K425、K427-2、K434、K442  
、K443、K458、K462、K484、  
K496、K496-3、K497からK49  
8まで、K511、K514、K518、K5  
19、K525、K526の2、K527、K  
529、K531、K537、K546、K5  
47、K549、K552、K552-2、K  
595、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。）、K7  
02、K703、K756（1歳未満の乳児に  
対して行われるものを除く。）、K764、K  
765、K779、K779-3、K780、  
K780-2、K801、K803（6を除  
く。）、K818からK820まで、K843  
、K850、K857、K859（1を除く。  
）、K863-3、K889並びにK890-  
2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに  
胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げ  
る手術を除く。）については、別に厚生労働大  
臣が定める施設基準に適合しているものとして  
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい  
て行われる場合に限り算定する。

【通則の見直し】

6 区分番号K528、K535、K583、K  
586の3、K587、K684、K695、  
K751の3及び4、K751-2、K756

、K343、K376、K395、K415、  
K425、K427-2、K434、K442  
、K443、K458、K462、K484、  
K496、K496-3、K497からK49  
8まで、K511、K514、K518、K5  
19、K525、K526の2、K527、K  
529、K531、K537、K546、K5  
47、K549、K552、K552-2、K  
555-2、K595、K597、K597-  
2、K645、K677、K677-2、K6  
95（1歳未満の乳児に対して行われるものを  
除く。）、K695-2、K702、K703  
、K703-2、K756（1歳未満の乳児に  
対して行われるものを除く。）、K764、K  
765、K779、K779-3、K780、  
K780-2、K801、K803（6を除  
く。）、K818からK820まで、K843  
、K850、K857、K859（1を除く。  
）、K863-3、K889及びK890-2  
に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸  
腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる  
手術を除く。）については、別に厚生労働大臣  
が定める施設基準を満たす保険医療機関におい  
て行われる場合に限り算定する。

6 区分番号K528、K528-3、K535  
、K583、K586の3、K587、K68  
4、K695、K751の3及び4、K751

【通則の見直し】

並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K

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

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K726-2、K729から

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

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

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

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、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、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10部第1節第8款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定

<p>【通則の見直し】</p>	<p>17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を所定点数に加算する。</p>	<p>する。</p> <p>17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。</p>
<p>第1節 手術料</p> <p>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</p> <p>K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。</p>	<p>注 骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。</p>
<p>第3款 神経系・頭蓋</p> <p>K190 脊髄刺激装置植込術</p>		
<p>【注の見直し】</p> <p>第4款 眼</p>	<p>（新設）</p>	<p>注 脊髄刺激電極を2本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。</p>

K 2 8 2 水晶体再建術

【注の追加】

第 6 款 顔面・口腔・頸部

K 4 0 4 抜歯手術（1 歯につき）

【項目の見直し】

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| 1 | 乳歯  | 130点   |
| 2 | 前歯  | 150点   |
| 3 | 臼歯  | 260点   |
| 4 | 難抜歯   | 470点   |
|   | 注 歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。                   |        |
| 5 | 埋伏歯   | 1,050点 |
|   | 注 完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。下顎の完全埋伏智歯（骨性）及び水平埋伏智歯の場合は、100点を加算する。 |        |

(追加)

注 水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。

- |   |     |        |
|---|-----|--------|
| 1 | 乳歯  | 130点   |
| 2 | 前歯  | 150点   |
| 3 | 臼歯  | 260点   |
| 4 | 埋伏歯 | 1,050点 |

注 1 2 又は 3 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

注 2 4 については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

注 3 4 については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、100点を所定点数に加算する。

<p>K 4 4 3 上顎骨形成術</p>	<p>注 抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用を含むものとする。</p>		<p>注 4 抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注 1 1 について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。</p>
<p>K 4 4 6 顎関節授動術</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 徒手の授動術（パンピングを併用した場合） 990点</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 7,310点</p> <p>3 開放授動術 22,820点</p>	<p>→</p>	<p>1 徒手の授動術 イ パンピングを併用した場合 990点 ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,000点</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 8,770点</p> <p>3 開放授動術 25,100点</p>
<p>第 7 款 胸部</p>			
<p>K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 9 については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注 9 及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。</p>
<p>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）</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注 2 血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。</p>

K 5 2 9 - 2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

【注の追加】

【新設】

第9款 腹部

K 6 5 5 - 5 腹腔鏡下噴門側胃切除術

【注の追加】

【新設】

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

【注の追加】

(追加)

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。

(新設)

K 6 1 6 - 5 経皮的血管内異物除去術  
14,000点  
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(追加)

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。

(新設)

K 6 7 4 - 2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術  
34,880点  
注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。

(追加)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。



K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術

【注の追加】

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

【注の追加】

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術

【注の追加】

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

【注の追加】

第10款 尿路系・副腎

K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術

【注の追加】

(追加)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

(追加)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

(追加)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

(追加)

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。

(追加)

注 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、200点を所定点数に加算する。

K 8 0 9 - 2 膀胱尿管逆流手術

【注の追加】

(追加)

注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、9,400点を加算する。

第11款 性器

K 8 9 8 帝王切開術

【注の追加】

(追加)

注 複雑な場合については、2,000点を所定点数に加算する。

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

【注の見直し】

注6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき200点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合には、1週間に1回を限度として、200点を所定点数に加算する。

注6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合には、1週間に1回を限度として、197点を所定点数に加算する。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

【注の見直し】

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

注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）に当たって、超音波凝固切開

K 9 3 2 創外固定器加算			装置等を使用した場合に算定する。
【注の見直し】	注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 6-2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6又はK 1 2 5に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	→	注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 6-2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6、K 0 7 8、K 1 2 4-2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 4 副鼻腔手術用内視鏡加算			
【注の見直し】	注 区分番号K 3 5 0からK 3 5 2まで、K 3 5 2-3、K 3 6 2-2及びK 3 6 5に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。	→	注 区分番号K 3 5 0、K 3 5 2、K 3 5 2-3、K 3 6 2-2及びK 3 6 5に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。
K 9 3 4-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算			
【注の見直し】	注 区分番号K 3 4 0-3からK 3 4 0-7及びK 3 4 9からK 3 6 5までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。	→	注 区分番号K 3 4 0-3からK 3 4 0-7まで及びK 3 5 0からK 3 6 5までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。
K 9 3 6 自動縫合器加算			
【注の見直し】	注 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 4-2、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 4-3	→	注 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 4-2、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 2 9-2、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで

の2からK655-2まで、K655-4、K657、K657-2、K674、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K696、K702からK703まで、K705、K706、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

K936-2 自動吻合器加算

【注の見直し】

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

【新設】

(新設)

、K654-3の2からK655-2まで、K655-4、K656-2、K657、K657-2、K674、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K696、K702からK703まで、K705、K706、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

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

K937-2 術中グラフト血流測定加算  
2,500点  
注 冠動脈血行再建術に当たって、グラフト血流を測定した場合に算定する。

K 9 3 9 画像等手術支援加算

【注の見直し】

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

注 区分番号K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

K 9 3 9 - 6 凍結保存同種組織加算 9,960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、心臓、大血管、肝臓、胆道又は脾臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。

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	→ -	3	【項目の見直し】
	頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	-	→ 7,170	イ	
	その他のもの	-	→ 2,000	ロ	
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	→ 470	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	→ 850	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	→ 1,320	6	
注2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→ 460	注2	
注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→ 100	注3	
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	→ 1,400	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	→ 1,850	3	
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860	→ 2,860	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	→ 450	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	→ 500	6	
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	→ 950	7	
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	→ 1,450	8	
注2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→ 460	注2	
注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→ 100	注3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K001	皮膚切開術			K001	
	1 長径10センチメートル未満	470	→ 470		1
	2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→ 820		2
K002	3 長径20センチメートル以上	1,470	→ 1,470	3	
	デブリードマン			K002	
	1 100平方センチメートル未満	1,020	→ 1,020		1
	2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990	→ 2,990		2
	3 3,000平方センチメートル以上	7,600	→ 8,360		3
注3 深部デブリードマン加算(当初の1回に限る)	1,000	→ 1,000	注3		
注4 水圧式デブリードマン加算(一連の治療につき1回に限る)	2,500	→ 2,500	注4		
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
	1 長径3センチメートル未満	3,480	→ 3,480		1
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180	→ 9,180		2
K004	3 長径6センチメートル以上	17,810	→ 17,810	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
2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,070	→ 4,070	2		
K005	3 長径6センチメートル以上	9,480	→ 9,480	3	
	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
	1 長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660		1
2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2		
K006	3 長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
	1 長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280		1
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230		2
3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満	4,160	→ 4,160	3		【項目の見直し】
K006-2	長径12センチメートル以上	-	→ 8,320	4	【項目の見直し】
	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K006-3	1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
		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	
K007	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	
	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	
K007-2	1	広汎切除	28,210	→ 28,210	1	
	2	単純切除	11,000	→ 11,000	2	
	注	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	5,000	→ 5,000	注	
K008		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000	→ 10,000	K007-2	
		腋臭症手術			K008	
K008	1	皮弁法	5,730	→ 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	
K010	1	25平方センチメートル未満	1,490	→ 1,490	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,370	→ 4,370	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,060	→ 9,060	3	
	4	200平方センチメートル以上	13,640	→ 13,640	4	
		癬痕拘縮形成手術			K010	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K011	1	顔面	12,660	→ 12,660	K011	
	2	その他	8,060	→ 8,060		
		顔面神経麻痺形成手術				
K012	1	静的なもの	19,110	→ 19,110	K012	
	2	動的なもの	58,500	→ 64,350		
K013		削除			K013	
		分層植皮術				
K013-2	1	25平方センチメートル未満	3,520	→ 3,520	K013-2	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270	→ 6,270		
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→ 9,000		
	4	200平方センチメートル以上	25,820	→ 25,820		
		全層植皮術				
K014	1	25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	K014	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→ 12,500		
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210	→ 28,210		
	4	200平方センチメートル以上	40,290	→ 40,290		
K014-2		皮膚移植術(生体・培養)	6,110	→ 6,110	K014-2	
		皮膚移植術(死体)				
K015	1	200平方センチメートル未満	6,750	→ 6,750	K015	
	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000	→ 9,000		
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	13,490	→ 13,490		
	4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920	→ 32,920		
	5	3,000平方センチメートル以上	37,610	→ 37,610		
		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				
K016	1	25平方センチメートル未満	3,760	→ 3,760	K016	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440	→ 11,440		
	3	100平方センチメートル以上	20,280	→ 22,310		
		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120	→ 41,120		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)			K017	
	1 乳房再建術の場合	84,050	→ 84,050	1	
	2 その他の場合	84,050	→ 92,460	2	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	15,210	→ 17,490	K019	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	110,700	→ 127,310	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
	1 4平方センチメートル未満	6,510	→ 6,510	1	
	2 4平方センチメートル以上	7,080	→ 7,080	2	
K021-2	粘膜弁手術			K021-2	
	1 4平方センチメートル未満	11,600	→ 11,600	1	
	2 4平方センチメートル以上	12,260	→ 12,260	2	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)			K022	
	1 乳房(再建手術)の場合	17,580	→ 18,460	1	
	2 その他の場合	17,580	→ 18,460	2	
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	
	1 大腿	27,380	→ 27,380	1	
	2 下腿	19,100	→ 21,010	2	
<b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b>					
<b>(筋膜、筋、腱、腱鞘)</b>					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024	筋切離術	3,080	→ 3,080	K024	
K025	股関節内転筋切離術	4,410	→ 4,410	K025	
K026	股関節筋群解離術	12,140	→ 12,140	K026	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	→ 16,700	K026-2	
K027	筋炎手術			K027	
	1 腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→ 2,060	1	
	2 その他の筋	1,210	→ 1,210	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	→ 2,050	K028	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	K029	
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	7,390	→ 7,390	1	
	2 手、足	3,750	→ 3,750	2	
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	20,620	→ 24,130	1	
	2 手、足	12,870	→ 12,870	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
	1 指(手、足)	7,890	→ 7,890	1	
	2 その他のもの	10,310	→ 10,310	2	
K034	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	4,290	→ 4,290	K034	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	11,430	→ 11,430	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	7,550	→ 7,550	K035-2	
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	11,320	→ 11,320	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	10,750	→ 10,750	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1 指(手、足)	13,610	→ 15,650	1	
	2 その他のもの	18,080	→ 19,890	2	
K040	腱移行術			K040	
	1 指(手、足)	13,610	→ 13,610	1	
	2 その他のもの	18,080	→ 18,080	2	
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	→ 13,610	K040-2	
	腓骨筋腱腱鞘形成術	-	→ 18,080	K040-3	【項目の追加】
K041	削除			K041	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(四肢骨)</b>					
K042	骨穿孔術	1,730	→ 1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 12,270	1	
	2 前腕、下腿	6,700	→ 6,700	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 12,270	1	
	2 前腕、下腿	6,700	→ 6,700	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→ 12,270	1	
	2 前腕、下腿	6,700	→ 6,700	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K044	骨折非観血的整復術			K044	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	1	
	2 前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→ 1,440	3	
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	7,060	→ 7,060	1	
	2 前腕、下腿	4,100	→ 4,100	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→ 1,660	3	
K046	骨折観血的手術			K046	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,810	→ 18,810	1	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	14,810	→ 14,810	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	9,480	→ 9,480	3	
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)			K046-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	21,710	→ 21,710	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K047	2	前腕、下腿	17,090	→	18,800	2	
	3	手、足、指(手、足)	10,940	→	10,940	3	
		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047	
K047-2		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047-2	
K047-3		超音波骨折治療法(一連につき)	4,620	→	4,620	K047-3	
K048		骨内異物(挿入物を含む。)除去術				K048	
K049	1	頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	12,100	→	12,100	1	
	2	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	7,870	→	7,870	2	
	3	前腕、下腿	5,200	→	5,200	3	
	4	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨部分切除術	3,620	→	3,620	4	K049
K050	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900	→	5,900	1	
	2	前腕、下腿	4,410	→	4,410	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 腐骨摘出術	3,280	→	3,280	3	K050
K051	1	肩甲骨、上腕、大腿	14,960	→	14,960	1	
	2	前腕、下腿	10,430	→	10,430	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨全摘術	3,420	→	3,420	3	K051
K051-2	1	肩甲骨、上腕、大腿	27,890	→	27,890	1	
	2	前腕、下腿	13,050	→	13,050	2	
K052	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→	5,160	3	K051-2
		骨腫瘍切除術					K052
K052-2	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→	17,410	1	
	2	前腕、下腿	9,370	→	9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 多発性軟骨性外骨腫摘出術	4,340	→	4,340	3	K052-2

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		
K052-3	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ 17,410	1	
	2	前腕、下腿	9,370	→ 9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 多発性骨腫摘出術	4,340	→ 4,340	3	K052-3
K053	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→ 17,410	1	
	2	前腕、下腿	9,370	→ 9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨悪性腫瘍手術	4,340	→ 4,340	3	K053
K054	1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550	→ 32,550	1	
	2	前腕、下腿	26,260	→ 32,040	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨切り術	18,810	→ 22,010	3	K054
K055	1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→ 28,210	1	
	2	前腕、下腿	20,620	→ 22,680	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 注 患者適合型変形矯正ガイド加算	7,930	→ 7,930	3	注
K055-2		削除			K055	
K055-3		大腿骨頭回転骨切り術	44,070	→ 44,070	K055-2	
K056		大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術 偽関節手術	37,570	→ 37,570	K055-3	K056
K056-2	1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→ 28,210	1	
	2	前腕、下腿、手舟状骨	26,030	→ 28,210	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	14,500	→ 14,500	3	K056-2
K057		変形治癒骨折矯正手術	48,820	→ 48,820	K057	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	31,270	→ 34,400	1	
	2	前腕、下腿	27,550	→ 27,550	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	15,770	→ 15,770	3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K058	注	患者適合型変形矯正ガイド加算	6,000	→ 6,000	注	【項目の見直し】
		骨長調整手術			K058	
	1	骨端軟骨発育抑制術	16,340	→ 16,340	1	
	2	骨短縮術	14,960	→ 14,960	2	
K059	3	骨延長術(指(手、足))	16,390	→ 16,390	3	
	4	骨延長術(指(手、足)以外)	26,700	→ 29,370	4	
		骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
	1	自家骨移植	14,030	→ 14,030	1	
K059-2	2	同種骨移植(生体)	20,770	→ 23,890	2	
	3	同種骨移植(非生体)	18,300	→ -	3	
		同種骨移植(特殊なもの)	-	→ 24,370	イ	
		その他の場合	-	→ 21,050	ロ	
	4	自家培養軟骨移植術	14,030	→ 14,030	4	
		関節鏡下自家骨軟骨移植術	16,190	→ 18,620	K059-2	
<b>(四肢関節、靭帯)</b>						
K060		関節切開術			K060	
	1	肩、股、膝	3,600	→ 3,600	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	2	
K060-2	3	肩鎖、指(手、足)	680	→ 680	3	
		肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3,600	→ 3,600	K060-2	
K060-3		化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1	肩、股、膝	20,020	→ 20,020	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→ 13,130	2	
K061	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
		関節脱臼非観血的整復術			K061	
	1	肩、股、膝	1,500	→ 1,500	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,300	→ 1,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→ 800	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)			K062	
	1 リーメンビューゲル法	2,050	→ 2,050	1	
	2 その他	2,950	→ 2,950	2	
K063	関節脱臼観血的整復術			K063	
	1 肩、股、膝	28,210	→ 28,210	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	18,810	→ 18,810	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	15,080	→ 15,080	3	
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	21,130	→ 23,240	K064	
K065	関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065	
	1 肩、股、膝	12,430	→ 12,430	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	2,950	→ 2,950	3	
K065-2	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	
	1 肩、股、膝	13,950	→ 13,950	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	12,300	→ 12,300	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	
K066	関節滑膜切除術			K066	
	1 肩、股、膝	17,750	→ 17,750	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	11,200	→ 11,200	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	
	1 肩、股、膝	17,610	→ 17,610	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,030	→ 17,030	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	16,060	→ 16,060	3	
K066-3	滑液膜摘出術			K066-3	
	1 肩、股、膝	17,750	→ 17,750	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	11,200	→ 11,200	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,930	→ 7,930	3	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	
	1 肩、股、膝	17,610	→ 17,610	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,030	→ 17,030	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	16,060	→ 16,060	3	
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	11,200	→ 11,200	K066-5	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	17,030	→ 17,030	K066-6	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930	→ 7,930	K066-7	
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060	→ 16,060	K066-8	
K067	関節鼠摘出手術			K067	
	1 肩、股、膝	13,000	→ 13,000	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,580	→ 10,580	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,970	→ 3,970	3	
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術			K067-2	
	1 肩、股、膝	17,780	→ 17,780	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	19,100	→ 19,100	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	12,000	→ 12,000	3	
K068	半月板切除術	9,200	→ 9,200	K068	
K068-2	関節鏡下半月板切除術	15,090	→ 15,090	K068-2	
K069	半月板縫合術	11,200	→ 11,200	K069	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	15,210	→ 16,730	K069-2	
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810	→ 18,810	K069-3	
K070	ガングリオン摘出術			K070	
	1 手、足、指(手、足)	3,050	→ 3,050	1	
	2 その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	→ 3,190	2	
K071	削除			K071	
K072	関節切除術			K072	
	1 肩、股、膝	19,270	→ 21,200	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	16,070	→ 16,070	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		
K073	3	肩鎖、指(手、足) 関節内骨折観血的手術	5,670	→ 5,670	K073	
	1	肩、股、膝、肘	20,760	→ 20,760		
	2	胸鎖、手、足	17,070	→ 17,070		
K073-2	3	肩鎖、指(手、足) 関節鏡下関節内骨折観血的手術	10,370	→ 10,370	K073-2	
	1	肩、股、膝、肘	25,200	→ 27,720		
	2	胸鎖、手、足	18,910	→ 18,910		
K074	3	肩鎖、指(手、足) 靱帯断裂縫合術	11,970	→ 11,970	K074	【項目の見直し】
	1	十字靱帯	17,070	→ 17,070		
	2	膝側副靱帯	16,560	→ 16,560		
K074-2	3	指(手、足)その他の靱帯 関節鏡下靱帯断裂縫合術	7,600	→ 7,600	K074-2	【項目の見直し】
	1	十字靱帯	21,970	→ 24,170		
	2	膝側副靱帯	16,510	→ 16,510		
K075	3	指(手、足)その他の靱帯 非観血的関節授動術	15,720	→ 15,720	K075	
	1	肩、股、膝	1,320	→ 1,320		
	2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260		
K076	3	肩鎖、指(手、足) 観血的関節授動術	490	→ 490	K076	
	1	肩、股、膝	38,890	→ 38,890		
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210		
K077	3	肩鎖、指(手、足) 観血的関節制動術	8,460	→ 8,460	K077	
	1	肩、股、膝	27,380	→ 27,380		
	2	胸鎖、肘、手、足	15,560	→ 15,560		

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K078	3	肩鎖、指(手、足) 観血的関節固定術	5,550	→ 5,550	3	
	1	肩、股、膝	21,640	→ 21,640	K078 1	
	2	胸鎖、肘、手、足	18,590	→ 18,590	2	
K079	3	肩鎖、指(手、足) 靭帯断裂形成手術	7,200	→ 7,200	3	
	1	十字靭帯	28,210	→ 28,210	K079 1	
	2	膝側副靭帯	18,810	→ 18,810	2	
K079-2	3	指(手、足)その他の靭帯 関節鏡下靭帯断裂形成手術	16,350	→ 16,350	3	
	1	十字靭帯	34,980	→ 34,980	K079-2 1	
	2	膝側副靭帯	17,280	→ 17,280	2	
K080	3	指(手、足)その他の靭帯	16,390	→ 16,390	3	
	4	内側膝蓋大腿靭帯 関節形成手術	17,550	→ 20,180	4	
	1	肩、股、膝	45,720	→ 45,720	K080 1	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210	2	
K080-2	3	肩鎖、指(手、足)	13,740	→ 13,740	3	
	注	関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合 内反足手術	880	→ 880	注	
K080-3		肩腱板断裂手術	25,930	→ 25,930	K080-2 K080-3	
K080-4	1	簡単なもの	18,700	→ 18,700	1	
	2	複雑なもの	24,310	→ 24,310	2	
K080-5	1	関節鏡下肩腱板断裂手術 簡単なもの	27,040	→ 27,040	K080-4 1	
	2	複雑なもの	35,150	→ 38,670	2	
		関節鏡下肩関節唇形成術 腱板断裂を伴うもの	32,160	→ -	K080-5 1	【項目の見直し】
			-	→ 45,200		

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K081		腱板断裂を伴わないもの	-	→ 32,160	2	【新設】
		関節鏡下股関節唇形成術	-	→ 44,830	K080-6	
		人工骨頭挿入術			K081	
	1 肩、股	19,500	→ 19,500	1		
	2 肘、手、足	18,810	→ 18,810	2		
	3 指(手、足)	9,070	→ 9,070	3		
K082		人工関節置換術			K082	
		1 肩、股、膝	37,690	→ 37,690	1	
		2 胸鎖、肘、手、足	28,210	→ 28,210	2	
K082-2		3 肩鎖、指(手、足)	13,310	→ 13,310	3	
		人工関節抜去術			K082-2	
		1 肩、股、膝	30,230	→ 30,230	1	
K082-3		2 胸鎖、肘、手、足	20,620	→ 22,680	2	
		3 肩鎖、指(手、足)	13,950	→ 13,950	3	
		人工関節再置換術			K082-3	
K083		1 肩、股、膝	54,810	→ 54,810	1	
		2 胸鎖、肘、手、足	34,190	→ 34,190	2	
		3 肩鎖、指(手、足)	19,940	→ 21,930	3	
K083		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,510	→ 2,510	K083	
K083-2		内反足足板挺子固定	2,030	→ 2,030	K083-2	
<b>(四肢切断、離断、再接合)</b>						
K084		四肢切断術			K084	
		1 肩甲帯	36,500	→ 36,500	1	
		2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320	→ 24,320	2	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	3		
K084-2		肩甲帯離断術	36,500	→ 36,500	K084-2	
K085		四肢関節離断術			K085	
		1 肩、股、膝	26,030	→ 28,630	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		
K086	2	肘、手、足	11,360	→ 11,360	K086	
	3	指(手、足)	3,330	→ 3,330		
		断端形成術(軟部形成のみのもの)				
K087	1	指(手、足)	2,770	→ 2,770	K087	
	2	その他	3,300	→ 3,300		
		断端形成術(骨形成を要するもの)				
K088	1	指(手、足)	7,410	→ 7,410	K088	
	2	その他	10,630	→ 10,630		
		切断四肢再接合術				
	1	四肢	144,680	→ 144,680		
	2	指(手、足)	81,900	→ 81,900		
<b>(手、足)</b>						
K089		爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090		ひょう疽手術			K090	
	1	軟部組織のもの	990	→ 990		1
	2	骨、関節のもの	1,280	→ 1,280		2
K090-2		風棘手術	990	→ 990	K090-2	
K091		陥入爪手術			K091	
	1	簡単なもの	1,400	→ 1,400		1
	2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490		2
K092		削除			K092	
K093		手根管開放手術	4,110	→ 4,110	K093	
K093-2		関節鏡下手根管開放手術	10,400	→ 10,400	K093-2	
K094		足三関節固定(ランブリヌディ)手術	25,350	→ 27,890	K094	
K095		削除			K095	
K096		手掌、足底腱膜切離・切除術			K096	
	1	鏡視下によるもの	4,340	→ 4,340		1
	2	その他のもの	2,750	→ 2,750		2

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000	→ 5,000	K096-2	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097	
K098	手掌屈筋腱縫合術	11,090	→ 11,090	K098	
K099	指癒痕拘縮手術	6,880	→ 6,880	K099	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術			K099-2	
	1 1指	10,430	→ 10,430	1	
	2 2指から3指	22,480	→ 22,480	2	
	3 4指以上	29,740	→ 32,710	3	
K100	多指症手術			K100	
	1 軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	→ 13,250	2	
K101	合指症手術			K101	
	1 軟部形成のみのもの	7,320	→ 7,320	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 13,910	2	
K101-2	指癒着症手術			K101-2	
	1 軟部形成のみのもの	7,320	→ 7,320	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 13,910	2	
K102	巨指症手術			K102	
	1 軟部形成のみのもの	8,330	→ 8,330	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ 17,700	2	
K103	屈指症手術、斜指症手術			K103	
	1 軟部形成のみのもの	11,510	→ 11,510	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ 15,390	2	
K104	削除			K104	
K105	裂手、裂足手術	25,350	→ 27,890	K105	
K106	母指化手術	32,370	→ 35,610	K106	
K107	指移植手術	95,630	→ 116,670	K107	
K108	母指対立再建術	16,650	→ 19,150	K108	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K109		神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460	→ 40,460	K109	
K110		第四足指短縮症手術	10,790	→ 10,790	K110	
K110-2		第一足指外反症矯正手術	10,790	→ 10,790	K110-2	
K111		削除			K111	
<b>(脊柱、骨盤)</b>						
K112		腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113		腸骨窩膿瘍搔爬術	11,600	→ 11,600	K113	
K114		削除			K114	
及び K115			K115			
K116		脊椎、骨盤骨搔爬術	15,610	→ 17,170	K116	
K117		脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117	
K117-2		頸椎非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117-2	
K117-3		椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→ 2,570	K117-3	
K118		脊椎、骨盤脱臼観血の手術	28,210	→ 31,030	K118	
K119		仙腸関節脱臼観血の手術	24,320	→ 24,320	K119	
K120		恥骨結合離開観血の手術	7,890	→ 7,890	K120	
K120-2		恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→ 1,580	K120-2	
K121		骨盤骨折非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K121	
K122		削除			K122	
及び K123			K123			
K124		腸骨翼骨折観血の手術	15,760	→ 15,760	K124	
		寛骨臼骨折観血の手術	-	→ 43,790	K124-2	【新設】
K125		骨盤骨折観血の手術(腸骨翼骨折観血の手術及び寛骨臼骨折観血の手術を除く。)	29,190	→ 32,110	K125	【名称の見直し】
K126		脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
	1	棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150		1
	2	その他のもの	4,510	→ 4,510		2
K126-2		自家培養軟骨組織採取術	4,510	→ 4,510	K126-2	
K127		削除			K127	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→ 12,770	K128	
K129から K131まで	削除			K129から K131まで	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	15,730	→ 17,300	K131-2	
K132	削除			K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	28,730	→ 28,730	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
	1 前方摘出術	34,810	→ 40,030	1	
	2 後方摘出術	23,520	→ 23,520	2	
	3 側方摘出術	28,210	→ 28,210	3	
	4 経皮的髓核摘出術	15,310	→ 15,310	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1 前方摘出術	75,600	→ 75,600	1	
	2 後方摘出術	30,390	→ 30,390	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33,290	→ 36,620	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69,980	→ 88,870	K136	
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	93,300	→ 113,830	K136-2	
K137	骨盤切断術	48,650	→ 48,650	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
	1 神経処置を伴うもの	26,700	→ 29,370	1	
	2 その他のもの	16,510	→ 18,990	2	
K139	脊椎骨切り術	52,460	→ 60,330	K139	
K140	骨盤骨切り術	33,630	→ 36,990	K140	
K141	白蓋形成手術	28,220	→ 28,220	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	36,400	→ 40,040	K141-2	
K141-3	脊椎制動術	16,810	→ 16,810	K141-3	
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)			K142	
	1 前方椎体固定	37,240	→ 37,240	1	
	2 後方又は後側方固定	29,900	→ 32,890	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		
K142-2	3	後方椎体固定	37,420	→ 41,160	3	
	4	前方後方同時固定	66,590	→ 66,590	4	
	5	椎弓切除	12,100	→ 13,310	5	
	6	椎弓形成	21,700	→ 23,870	6	
		脊椎側彎症手術			K142-2	
	1	固定術	48,650	→ 55,950	1	
K142-3	2	矯正術			2	
	イ	初回挿入	112,260	→ 112,260	イ	
	ロ	交換術	48,650	→ 48,650	ロ	
	ハ	伸展術	20,540	→ 20,540	ハ	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	101,910	→ 101,910	K142-3		
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960	→ 19,960	K142-4		
K143	仙腸関節固定術	29,190	→ 29,190	K143		
K144	体外式脊椎固定術	25,800	→ 25,800	K144		
<b>第3款 神経系・頭蓋</b>						
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。						
<b>(頭蓋、脳)</b>						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146		頭蓋開溝術	14,430	→ 14,430	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148		試験開頭術	15,850	→ 15,850	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210	→ 28,210	1	
	2	その他の場合	24,000	→ 26,400	2	
K150		脳膿瘍排膿術	21,470	→ 21,470	K150	
K151		削除			K151	
K151-2		広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060	→ 193,060	K151-2	
K152		耳性頭蓋内合併症手術	49,520	→ 56,950	K152	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520	→ 49,520	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	45,970	→ 52,870	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
	1 片側の場合	52,300	→ 52,300	1	
	2 両側の場合	78,750	→ 94,500	2	
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630	→ 131,630	K154-2	
K154-3	定位脳腫瘍生検術	18,220	→ 20,040	K154-3	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	13,620	→ 16,340	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	40,950	→ 40,950	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	32,280	→ 36,290	K157	
K158	視神経管開放術	35,150	→ 36,290	K158	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500	→ 44,500	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	44,500	→ 44,500	K159-2	
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	37,620	→ 37,620	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	43,920	→ 43,920	K160-2	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490	→ 23,490	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	31,270	→ 36,290	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→ 10,460	K163	
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)			K164	
	1 硬膜外のもの	36,970	→ 36,970	1	
	2 硬膜下のもの	33,790	→ 33,790	2	
	3 脳内のもの	47,020	→ 47,020	3	
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
K164-3	脳血管塞栓(血栓)摘出術	37,560	→ 37,560	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	18,220	→ 18,220	K164-4	
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	33,820	→ 42,950	K164-5	
K165	脳内異物摘出術	45,630	→ 45,630	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	36,500	→ 36,500	K166	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	61,720	→ 61,720	K167	
K168	脳切除術	35,150	→ 36,290	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
	1 松果体部腫瘍	158,100	→ 158,100	1	
	2 その他のもの	132,130	→ 132,130	2	
	注1 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	4,500	→ 4,500	注1	
	注2 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	10,000	→ 10,000	注2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890	→ 76,890	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	108,470	→ -	K171-2	【名称の見直し】
	下垂体腫瘍	-	→ 108,470	1	【項目の見直し】
	頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)	-	→ 123,620	2	【項目の見直し】
K172	脳動静脈奇形摘出術	149,830	→ 149,830	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	31,270	→ 36,290	K173	
K174	水頭症手術			K174	
	1 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	38,840	→ 38,840	1	
	2 シヤント手術	24,310	→ 24,310	2	
K174-2	髄液シヤント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
	1 1箇所	71,320	→ 82,020	1	
	2 2箇所以上	94,040	→ 94,040	2	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)			K176	
	1 1箇所	82,730	→ 82,730	1	
	2 2箇所以上	108,200	→ 108,200	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
	1 1箇所	114,070	→ 114,070	1	
	2 2箇所以上	128,400	→ 128,400	2	
	注2 バイパス術併用加算	16,060	→ 16,060	注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		脳血管内手術			K178		
	1	1箇所	63,270	→ 63,270			1
	2	2箇所以上	81,800	→ 81,800			2
	3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850	→ 79,850	3		
K178-2		経皮的脳血管形成術	33,150	→ 39,780	K178-2		
K178-3		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術			K178-3		
	1	頭蓋内脳血管の場合	30,230	→ 36,280	1		
	2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	18,760	→ 21,570	2		
K178-4		経皮的脳血栓回収術	30,230	→ 33,150	K178-4	【新設】	
		経皮的脳血管ステント留置術	-	→ 33,150	K178-5		
K179		髄液漏閉鎖術	39,380	→ 39,380	K179		
K180		頭蓋骨形成手術			K180		
	1	頭蓋骨のみのもの	16,450	→ 16,450	1		
	2	硬膜形成を伴うもの	23,660	→ 23,660	2		
	3	骨移動を伴うもの	40,950	→ 40,950	3		
K181		脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181		
	1	片側の場合	59,180	→ 65,100	1		
	2	両側の場合	71,350	→ 71,350	2		
K181-2		脳刺激装置交換術	14,270	→ 14,270	K181-2		
K181-3		頭蓋内電極抜去術	12,880	→ 12,880	K181-3		
K181-4		迷走神経刺激装置植込術	22,140	→ 24,350	K181-4		
K181-5		迷走神経刺激装置交換術	4,000	→ 4,800	K181-5		
<b>(脊髄、末梢神経、交感神経)</b>							
K182		神経縫合術			K182		
	1	指(手、足)	12,640	→ 12,640	1		
	2	その他のもの	24,510	→ 24,510	2		
K182-2		神経交差縫合術			K182-2		
	1	指(手、足)	36,320	→ 43,580	1		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
	2	その他のもの	46,180	→	46,180	2	
K182-3		神経再生誘導術	12,640	→	12,640	K182-3	
K183		脊髄硬膜切開術	23,490	→	25,840	K183	
K183-2		空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	23,490	→	25,840	K183-2	
K184		減圧脊髄切開術	24,510	→	26,960	K184	
K185		脊髄切截術	35,150	→	38,670	K185	
K186		脊髄硬膜内神経切断術	35,150	→	38,670	K186	
K187		脊髄視床路切截術	36,840	→	42,370	K187	
K188		神経剥離術				K188	
	1	鏡視下によるもの	14,170	→	14,170	1	
	2	その他のもの	10,900	→	10,900	2	
K189		脊髄ドレナージ術	340	→	340	K189	
K190		脊髄刺激装置植込術	40,280	→	-	K190	【項目の見直し】
		16極以下ジェネレーターを用いるもの	-	→	40,280	1	
		32極ジェネレーターを用いるもの	-	→	33,750	2	
		脊髄刺激電極を2本留置する場合	-	→	8,000	注	【注の追加】
K190-2		脊髄刺激装置交換術	13,610	→	-	K190-2	【項目の見直し】
		16極以下ジェネレーターを用いるもの	-	→	15,650	1	
		32極ジェネレーターを用いるもの	-	→	5,070	2	
K190-3		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	33,750	→	37,130	K190-3	
K190-4		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	5,070	→	6,080	K190-4	
K190-5		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	→	650	K190-5	
K190-6		仙骨神経刺激装置植込術	40,280	→	40,280	K190-6	
K190-7		仙骨神経刺激装置交換術	13,610	→	13,610	K190-7	
K191		脊髄腫瘍摘出術				K191	
	1	髄外のもの	59,500	→	59,500	1	
	2	髄内のもの	118,230	→	118,230	2	
K192		脊髄血管腫摘出術	106,460	→	106,460	K192	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K193	神経腫切除術			K193	
	1 指(手、足)	5,770	→ 5,770	1	
	2 その他のもの	10,770	→ 10,770	2	
	注 神経腫が2個以上の場合(指(手、足))(神経腫を1個増すごとに)	2,800	→ 2,800	注	
	注 神経腫が2個以上の場合(その他のもの)(神経腫を1個増すごとに)	4,000	→ 4,000	注	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			K193-2	
	1 長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	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	7,750	→ 7,750	5	
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195	交感神経切除術			K195	
	1 頸動脈周囲	7,930	→ 7,930	1	
	2 股動脈周囲	7,750	→ 7,750	2	
K195-2	尾動脈腺摘出術	7,750	→ 7,750	K195-2	
K196	交感神経節切除術			K196	
	1 頸部	23,660	→ 26,030	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		
K196-2 K196-3 K196-4 K196-5 K197 K198	2	胸部	16,340	→ 16,340	2	
	3	腰部	16,240	→ 16,240	3	
		胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→ 18,500	K196-2	
		ストッフエル手術	12,490	→ 12,490	K196-3	
		閉鎖神経切除術	12,490	→ 12,490	K196-4	
		末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	12,490	→ 12,490	K196-5	
	神経移行術	23,660	→ 23,660	K197		
	神経移植術	23,520	→ 23,520	K198		
<b>第4款 眼</b>						
<b>(涙道)</b>						
K199 K200 K200-2 K201 K202  1 2 K203 K204 K205 K206		涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
		涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
		涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→ 630	K200-2	
		先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	K201	
		涙管チューブ挿入術			K202	
	1	涙道内視鏡を用いるもの	2,350	→ 2,350	1	
	2	その他のもの	1,810	→ 1,810	2	
		涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	
		涙嚢鼻腔吻合術	23,490	→ 23,490	K204	
		涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
		涙小管形成手術	16,730	→ 16,730	K206	
<b>(眼瞼)</b>						
K207 K208 K209 K209-2 K210 K211		瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	K207	
		麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
		眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
		外眦切開術	470	→ 470	K209-2	
		削除			K210	
		睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	K211	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K212	兎眼矯正術	6,700	→ 6,700	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	K214	
K215	瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,440	→ 1,440	K215	
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→ 5,140	K215-2	
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900	→ 11,900	K216	
K217	眼瞼内反症手術			K217	
	1 縫合法	1,660	→ 1,660	1	
	2 皮膚切開法	2,160	→ 2,160	2	
K218	眼瞼外反症手術	3,670	→ 3,670	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
	2 筋膜移植法	18,530	→ 18,530	2	
	3 その他のもの	6,070	→ 6,070	3	
<b>(結膜)</b>					
K220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
	1 少数のもの(1眼瞼ごと)	260	→ 260	1	
	2 多数のもの	390	→ 390	2	
K222	結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
	1 部分形成	2,250	→ 2,250	1	
	2 皮膚及び結膜の形成	13,610	→ 13,610	2	
	3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730	→ 16,730	3	
K223-2	内眥形成術	16,730	→ 16,730	K223-2	
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	3,650	→ 3,650	K224	
K225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K225	
K225-2	結膜腫瘍摘出術	6,290	→ 6,290	K225-2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K225-3	結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
<b>(眼窩、涙腺)</b>					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K226	
K227	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940	→ 14,940	K227	
K228	眼窩骨折整復術	26,520	→ 29,170	K228	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	8,240	→ 8,240	K229	
K230	眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1 視神経周囲、眼窩尖端	24,960	→ 27,460	1	
	2 その他	13,310	→ 13,310	2	
K231 及び K232	削除			K231 及び K232	
K233	眼窩内容除去術	16,980	→ 16,980	K233	
K234	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	6,770	→ 6,770	K234	
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	45,230	→ 45,230	K235	
K236	眼窩悪性腫瘍手術	51,940	→ 51,940	K236	
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 17,700	K237	
<b>(眼球、眼筋)</b>					
K238	削除			K238	
K239	眼球内容除去術	5,110	→ 5,110	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
	1 前転法	4,280	→ 4,280	1	
	2 後転法	4,200	→ 4,200	2	
	3 前転法及び後転法の併施	10,970	→ 10,970	3	
	4 斜筋手術	9,970	→ 9,970	4	
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300	→ 12,300	5	
K243	義眼台包埋術	6,680	→ 6,680	K243	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K244	眼筋移動術	19,330	→ 19,330	K244	
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→ 7,330	K245	
<b>(角膜、強膜)</b>					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	950	→ 950	K248-2	
K249	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K249	
K250	角膜切開術	990	→ 990	K250	
K251	削除			K251	
K252	角膜・強膜異物除去術	640	→ 640	K252	
K253	削除			K253	
K254	治療的角膜切除術			K254	
	1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	10,000	→ 10,000	1	
	2 その他のもの	2,650	→ 2,650	2	
K255	強角膜瘻孔閉鎖術	10,010	→ 10,010	K255	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920	→ 6,920	K257	
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
	注 レーザー使用加算	5,500	→ 5,500	注	
K260	強膜移植術	18,810	→ 18,810	K260	
K260-2	羊膜移植術	6,750	→ 8,780	K260-2	
K261	角膜形成手術	3,060	→ 3,060	K261	
K262	削除			K262	
<b>(ぶどう膜)</b>					
K263 及び K264	削除			K263 及び K264	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K265		虹彩腫瘍切除術	14,600	→ 16,790	K265	
K266		毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26,780	→ 30,800	K266	
K267		削除			K267	
K268		緑内障手術			K268	
	1	虹彩切除術	4,740	→ 4,740	1	
	2	流出路再建術	19,020	→ 19,020	2	
	3	濾過手術	23,600	→ 23,600	3	
	4	緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのないもの)	34,480	→ 34,480	4	
	5	緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)	45,480	→ 45,480	5	
K269		虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
K270		虹彩光凝固術	6,620	→ 6,620	K270	
K271		毛様体光凝固術	4,670	→ 4,670	K271	
K272		毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273		隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
<b>(眼房、網膜)</b>						
K274		前房、虹彩内異物除去術	8,800	→ 8,800	K274	
K275		網膜復位術	34,940	→ 34,940	K275	
K276		網膜光凝固術			K276	
	1	通常のもの(一連につき)	10,020	→ 10,020	1	
	2	その他特殊なもの(一連につき)	15,960	→ 15,960	2	
K277		網膜冷凍凝固術	15,750	→ 15,750	K277	
K277-2		黄斑下手術	47,150	→ 47,150	K277-2	
<b>(水晶体、硝子体)</b>						
K278		硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279		硝子体切除術	15,560	→ 15,560	K279	
K280		硝子体茎頭微鏡下離断術			K280	
	1	網膜付着組織を含むもの	38,950	→ 38,950	1	
	2	その他のもの	29,720	→ 29,720	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K280-2		網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	47,780	→ 47,780	K280-2	【注の追加】
K281		増殖性硝子体網膜症手術	54,860	→ 54,860	K281	
K281-2		網膜再建術	69,880	→ 69,880	K281-2	
K282		水晶体再建術			K282	
	1	眼内レンズを挿入する場合			1	
	イ	縫着レンズを挿入するもの	17,440	→ 17,440	イ	
	ロ	その他のもの	12,100	→ 12,100	ロ	
	2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
	3	計画的後嚢切開を伴う場合	18,150	→ 18,150	3	
		水晶体嚢拡張リングを使用した場合	-	→ 1,600	注	
K282-2		後発白内障手術	1,380	→ 1,380	K282-2	
K283		削除			K283	
K284		硝子体置換術	6,890	→ 6,890	K284	
<b>第5款 耳鼻咽喉</b>						
<b>(外耳)</b>						
K285		耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286		外耳道異物除去術			K286	
	1	単純なもの	220	→ 220	1	
	2	複雑なもの	710	→ 710	2	
K287		先天性耳瘻管摘出術	3,900	→ 3,900	K287	
K288		副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289		耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290		外耳道骨増生(外骨腫)切除術	7,670	→ 8,440	K290	
K290-2		外耳道骨腫切除術	7,670	→ 7,670	K290-2	
K291		耳介腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K291	
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,330	→ 6,330	K292	
K293		耳介悪性腫瘍手術	16,390	→ 19,180	K293	
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	30,420	→ 35,590	K294	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K295		耳後瘻孔閉鎖術	3,340	→ 3,340	K295	
K296		耳介形成手術			K296	
	1	耳介軟骨形成を要するもの	14,570	→ 16,760	1	
	2	耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	→ 8,910	2	
K297		外耳道形成手術	15,550	→ 17,110	K297	
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術	29,410	→ 35,290	K298	
K299		小耳症手術			K299	
	1	軟骨移植による耳介形成手術	56,140	→ 56,140	1	
	2	耳介挙上	12,290	→ 12,290	2	
<b>(中耳)</b>						
K300		鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301		鼓室開放術	6,070	→ 6,070	K301	
K302		上鼓室開放術	8,620	→ 10,950	K302	
K303		上鼓室乳突洞開放術	17,910	→ 20,600	K303	
K304		乳突洞開放術(アントロトミー)	8,850	→ 11,240	K304	
K305		乳突削開術	17,750	→ 20,410	K305	
K306		錐体部手術	33,120	→ 38,090	K306	
K307		削除			K307	
K308		耳管内チューブ挿入術	1,420	→ 1,420	K308	
K308-2		耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→ 1,420	K308-2	
K309		鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	K309	
K310		乳突充填術	6,230	→ 6,230	K310	
K311		鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312		鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→ 3,020	K312	
K313		中耳、側頭骨腫瘍摘出術	33,970	→ 37,370	K313	
K314		中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1	切除	35,490	→ 41,520	1	
	2	側頭骨摘出術	68,640	→ 68,640	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		
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900	→ 9,900	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	22,480	→ 24,730	K316	
K317	中耳根治手術	30,760	→ 35,370	K317	
K318	鼓膜形成手術	18,100	→ 18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	42,770	→ 42,770	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140	→ 32,140	K320	
<b>(内耳)</b>					
K321	内耳開窓術	31,970	→ 31,970	K321	
K322	経迷路的内耳道開放術	64,930	→ 64,930	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	28,210	→ 28,210	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
	1 部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	24,510	→ 26,960		1
	2 全摘出	38,890	→ 38,890		2
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	23,250	→ 23,250	K327	
K328	人工内耳植込術	40,810	→ 40,810	K328	
K328-2	植込型骨導補聴器移植術	8,850	→ 8,850	K328-2	
K328-3	植込型骨導補聴器交換術	1,840	→ 1,840	K328-3	
<b>(鼻)</b>					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	→ 900	K331-2	
K331-3	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910	→ 2,910	K331-3	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	2,130	→ 2,130	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	→ 1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→ 1,640	K333-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K334	鼻骨骨折観血的手術	5,720	→ 5,720	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	19,100	→ 21,010	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血的手術	2,740	→ 2,740	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	→ 2,740	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,740	→ 2,740	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	4,150	→ 4,150	K337	
K338	鼻甲介切除術			K338	
	1 高周波電気凝固法によるもの	900	→ 900	1	
	2 その他のもの	1,820	→ 2,310	2	
K338-2	削除			K338-2	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,960	→ 2,960	K339	
K340	鼻茸摘出術	1,090	→ 1,090	K340	
K340-2	出血性鼻茸摘出術	6,860	→ -	K340-2	【削除】
K340-3	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型(副鼻腔自然口開窓術)	3,600	→ 3,600	K340-3	
K340-4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	10,000	→ 10,000	K340-4	
	注 自家腸骨片を充填した場合	3,150	→ 3,150	注	
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500	→ 24,500	K340-5	
K340-6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	31,990	→ 31,990	K340-6	
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術)	40,000	→ 44,000	K340-7	
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510	→ 1,510	K341	
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	→ 14,110	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
	1 切除	20,870	→ 20,870	1	
	2 全摘	42,470	→ 49,690	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	→ 26,530	K344	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	18,250	→ 20,080	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K347 K347-2	1	単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	→ 3,640	1	
	2	複雑なもの(骨性閉鎖)	27,040	→ 27,040	2	
		鼻中隔矯正術	6,860	→ 6,860	K347	
		変形外鼻手術	16,390	→ 16,390	K347-2	
		内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型(骨、軟骨手術)	-	→ 5,520	K347-3	【新設】
		内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	-	→ 2,030	K347-4	【新設】
		内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	-	→ 5,520	K347-5	【新設】
		内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)	-	→ 3,170	K347-6	【新設】
	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)	-	→ 19,940	K347-7	【新設】	
<b>(副鼻腔)</b>						
K348		削除			K348	
K349		上顎洞開窓術	1,300	→ -	K349	【削除】
K350		前頭洞充填術	11,000	→ 11,000	K350	
K351		上顎洞血腫腫手術	13,520	→ -	K351	【削除】
K352		上顎洞根治手術	6,660	→ 6,660	K352	
K352-2		鼻内上顎洞根治手術	3,330	→ 3,330	K352-2	
K352-3		副鼻腔炎術後出血止血法	6,660	→ 6,660	K352-3	
K353		鼻内篩骨洞根治手術	4,170	→ 4,170	K353	
K354		篩骨洞根治手術	7,780	→ -	K354	【削除】
K355		鼻内前頭洞根治手術	4,830	→ -	K355	【削除】
	注	自家腸骨片を充填した場合	3,150	→ -		【削除】
K356		削除			K356	
K356-2		鼻外前頭洞手術	16,290	→ 16,290	K356-2	
K357		鼻内蝶形洞根治手術	3,190	→ 3,190	K357	
K358		上顎洞篩骨洞根治手術	9,430	→ 9,430	K358	
K359		前頭洞篩骨洞根治手術	9,410	→ 9,410	K359	
K360		篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410	→ 9,410	K360	
K361		上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530	→ 10,530	K361	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760	→ 11,760	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	26,030	→ 28,630	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440	→ 13,440	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	14,500	→ 16,680	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210	→ 28,210	K365	
K366	削除			K366	
<b>(咽頭、扁桃)</b>					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830	→ 1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
	1 簡単なもの	420	→ 420	1	
	2 複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
	1 経口腔によるもの	4,460	→ 4,460	1	
	2 経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060	2	
	3 経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270	3	
	4 外切開によるもの	15,080	→ 16,590	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1 経口腔によるもの	4,460	→ 4,460	1	
	2 経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060	2	
	3 経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270	3	
	4 外切開によるもの	15,080	→ 15,080	4	
K372	中咽頭腫瘍摘出術			K372	
	1 経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	1	
	2 外切開によるもの	14,430	→ 15,870	2	
K373	下咽頭腫瘍摘出術			K373	
	1 経口腔によるもの	7,290	→ 7,290	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K374	2	外切開によるもの	14,820	→ 16,300	2	
		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970	→ 35,340		
K375		鼻咽腔線維腫手術			K375	
	1	切除	8,030	→ 8,030	1	
	2	摘出	31,430	→ 36,140	2	
K375-2		鼻咽腔閉鎖術	21,630	→ 23,790	K375-2	
K376		上咽頭悪性腫瘍手術	28,210	→ 35,830	K376	
K377		口蓋扁桃手術			K377	
	1	切除	1,430	→ 1,430	1	
	2	摘出	3,600	→ 3,600	2	
K378		舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	K378	
K379		副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	
	1	経頸部によるもの	26,000	→ 28,600	1	
	2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	48,000	→ 55,200	2	
K379-2		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	
	1	経頸部によるもの	39,000	→ 47,580	1	
	2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	75,000	→ 91,500	2	
K380		過長茎状突起切除術	5,880	→ 5,880	K380	
K381		上咽頭形成手術	10,110	→ 10,110	K381	
K382		咽頭瘻閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382	
K382-2		咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382-2	
<b>(喉頭、気管)</b>						
K383		喉頭切開・截開術	13,420	→ 13,420	K383	
K384		喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	K384	
K384-2		深頸部膿瘍切開術	4,000	→ 4,000	K384-2	
K385		喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386		気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387		喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	K387	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	3,630	→ 3,630	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 11,410	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリープ切除術			K389	
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	1	
	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	2	
K390	喉頭異物摘出術			K390	
	1 直達鏡によらないもの	2,920	→ 2,920	1	
	2 直達鏡によるもの	5,250	→ 5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
	1 直達鏡によるもの	5,320	→ 5,320	1	
	2 開胸手術によるもの	37,690	→ 43,340	2	
K392	喉頭蓋切除術	3,190	→ 3,190	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	3,190	→ 3,190	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	1	
	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	38,800	→ 38,800	1	
	2 全摘	52,220	→ 63,710	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。)	113,880	→ 113,880	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	→ 1,040	K396-2	
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	13,390	→ 13,390	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
	1 前方開大術	21,290	→ 23,420	1	
	2 前壁形成手術	20,450	→ 22,500	2	
	3 Tチューブ挿入術	11,700	→ 11,700	3	
K399	気管狭窄症手術	32,620	→ 37,510	K399	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K400	1	喉頭形成手術 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750	→ 18,750	K400	
	2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510	→ 28,510		
K401		気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402		縦隔気管口形成手術	76,040	→ 76,040	K402	
K403		気管形成手術(管状気管、気管移植等)			K403	
	1	頸部からのもの	43,430	→ 49,940	K403-2	
	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040	→ 76,040		
K403-2		嚥下機能手術			K403-2	
	1	輪状咽頭筋切断術	18,810	→ 18,810		
	2	喉頭挙上術	18,370	→ 18,370		
	3	喉頭気管分離術	28,210	→ 28,210		
	4	喉頭全摘術	28,210	→ 28,210		
<b>第6款 顔面・口腔・頸部</b>						
<b>(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)</b>						
K404		抜歯手術(1歯につき)			K404	
	1	乳歯	130	→ 130		【削除】
	2	前歯	150	→ 150		
	3	臼歯	260	→ 260		
	4	難抜歯	470	→ -		
	5	埋伏歯	1,050	→ 1,050		
		難抜歯加算	-	→ 210	注1	【注の追加】
	注	下顎の完全埋伏智歯(骨性)及び水平埋伏智歯の場合	100	→ 100	注3	【注の見直し】
K405		削除			K405	
K406		口蓋腫瘍摘出術			K406	
	1	口蓋粘膜に局限するもの	520	→ 520		
	2	口蓋骨に及ぶもの	8,050	→ 8,050		
K407		顎・口蓋裂形成手術			K407	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K407-2	1	軟口蓋のみのもの	14,520	→ 14,520	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	24,170	→ 24,170	2	
	3	顎裂を伴うもの			3	
	イ	片側	25,170	→ 25,170	イ	
	ロ	両側	29,040	→ 31,940	ロ	
		軟口蓋形成手術	9,700	→ 9,700	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)						
K408		口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	6,800	→ 6,800	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	24,050	→ 28,140	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,460	→ 4,460	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	22,490	→ 26,310	K412	
K413		舌腫瘍摘出術			K413	
	1	粘液嚢胞摘出術	1,220	→ 1,220	1	
	2	その他のもの	2,940	→ 2,940	2	
K414		舌根甲状腺腫摘出術	8,520	→ 9,800	K414	
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	8,520	→ 8,520	K414-2	
K415		舌悪性腫瘍手術			K415	
	1	切除	18,810	→ 22,010	1	
	2	亜全摘	64,160	→ 75,070	2	
K416 及び K417		削除			K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	→ 7,590	K418	
K418-2		舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→ 560	K419	
K420		削除			K420	
(顔面)						
K421		口唇腫瘍摘出術			K421	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K422	1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2	その他のもの	3,050	→ 3,050	2	
K423		口唇悪性腫瘍手術	28,210	→ 33,010	K422	
		頬腫瘍摘出術			K423	
K424	1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
	2	その他のもの	4,380	→ 4,380	2	
K425		頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 20,940	K424	
K426		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100	→ 108,700	K425	
		口唇裂形成手術(片側)			K426	
K426-2	1	口唇のみの場合	13,180	→ 13,180	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810	→ 18,810	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	22,140	→ 24,350	3	
		口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
K426-2	1	口唇のみの場合	18,810	→ 18,810	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790	→ 23,790	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	33,290	→ 36,620	3	
<b>(顔面骨、顎関節)</b>						
K427		頬骨骨折観血的整復術	15,090	→ 15,090	K427	
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	35,100	→ 38,610	K427-2	
K428		下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	K428	
	注	三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合	650	→ 650	注	
K429		下顎骨折観血的手術			K429	
K429-2	1	片側	13,000	→ 13,000	1	
	2	両側	24,840	→ 27,320	2	
		下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
K429-2	1	片側	28,210	→ 28,210	1	
	2	両側	47,020	→ 47,020	2	
K430		顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	K430	
K431		顎関節脱臼観血的手術	23,830	→ 26,210	K431	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K432	上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	K432	
K433	上顎骨折観血的手術	15,220	→ 15,220	K433	
K434	顔面多発骨折観血的手術	34,520	→ 39,700	K434	
K434-2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	41,420	→ 47,630	K434-2	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	6,660	→ 6,660	K435	
K436	顎骨腫瘍摘出術			K436	
	1 長径3センチメートル未満	2,820	→ 2,820	1	
	2 長径3センチメートル以上	11,160	→ 11,160	2	
K437	下顎骨部分切除術	14,940	→ 14,940	K437	
K438	下顎骨離断術	23,600	→ 27,140	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1 切除	32,550	→ 40,360	1	
	2 切断	43,410	→ 53,830	2	
K440	上顎骨切除術	15,310	→ 15,310	K440	
K441	上顎骨全摘術	33,120	→ 38,750	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
	1 搔爬	7,640	→ 7,640	1	
	2 切除	28,210	→ 34,420	2	
	3 全摘	56,130	→ 68,480	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
	1 単純な場合	21,130	→ 23,240	1	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	41,370	→ 45,510	2	
	3 骨移動を伴う場合	72,900	→ 72,900	3	
	1について、上顎骨を複数に分割した場合	-	→ 5,000	注	【注の追加】
K444	下顎骨形成術			K444	
	1 おとがい形成の場合	6,490	→ 6,490	1	
	2 短縮又は伸長の場合	22,310	→ 25,660	2	
	3 再建の場合	36,080	→ 43,300	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			
K444-2	4	骨移動を伴う場合	54,210	→ 54,210	4		
	注1	2については、両側を同時に行った場合	3,000	→ 3,000	注1		
		下顎骨延長術			K444-2		
	1	片側	22,310	→ 25,660	1		
	2	両側	33,460	→ 40,150	2		
K445		顎関節形成術	40,870	→ 40,870	K445		
K446		顎関節授動術			K446		
	1	徒手の授動術	990	→ -	1		【名称の見直し】
		パンピングを併用した場合	-	→ 990	イ		【項目の見直し】
		関節腔洗浄療法を併用した場合	-	→ 2,000	ロ		【項目の見直し】
	2	顎関節鏡下授動術	7,310	→ 8,770	2		
	3	開放授動術	22,820	→ 25,100	3		
K447		顎関節円板整位術			K447		
	1	顎関節鏡下円板整位術	18,810	→ 20,690	1		
	2	開放円板整位術	27,300	→ 27,300	2		
<b>(唾液腺)</b>							
K448		がま腫切開術	820	→ 820	K448		
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	K449		
K450		唾石摘出術(一連につき)			K450		
	1	表在性のもの	640	→ 640	1		
	2	深在性のもの	3,770	→ 3,770	2		
	3	腺体内に存在するもの	6,550	→ 6,550	3		
	注	2及び3の場合であって内視鏡を用いた場合	1,000	→ 1,000	注		
K451		がま腫摘出術	5,950	→ 5,950	K451		
K452		舌下腺腫瘍摘出術	5,990	→ 5,990	K452		
K453		顎下腺腫瘍摘出術	9,480	→ 9,480	K453		
K454		顎下腺摘出術	9,670	→ 9,670	K454		
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	28,210	→ 33,010	K455		



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K456		削除			K456	
K457		耳下腺腫瘍摘出術			K457	
	1	耳下腺浅葉摘出術	27,210	→ 27,210	1	
	2	耳下腺深葉摘出術	31,100	→ 34,210	2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
	1	切除	28,210	→ 33,010	1	
	2	全摘	37,620	→ 44,020	2	
K459		唾液腺管形成手術	11,360	→ 11,360	K459	
K460		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	11,360	→ 11,360	1	
	2	結膜嚢内へのもの	14,070	→ 14,070	2	
<b>(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))</b>						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
	1	片葉のみの場合	8,480	→ 8,480	1	
	2	両葉の場合	10,760	→ 10,760	2	
		内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術			K461-2	【新設】
		片葉のみの場合	-	→ 17,410	1	
		両葉の場合	-	→ 25,210	2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	20,800	→ 22,880	K462	
		内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	-	→ 25,210	K462-2	【新設】
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	24,180	→ 24,180	1	
	2	全摘及び亜全摘	30,810	→ 33,790	2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	15,680	→ 15,680	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	33,790	→ 33,790	2	
		内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	-	→ 20,660	K464-2	【新設】
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	39,000	→ 39,000	K465	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(その他の頸部)</b>					
K466	斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467	頸瘻、頸嚢摘出術	11,430	→ 11,430	K467	
K468	頸肋切除術	10,580	→ 12,700	K468	
K469	頸部郭清術			K469	
	1 片側	20,960	→ 23,060	1	
	2 両側	28,900	→ 34,680	2	
K470	頸部悪性腫瘍手術	35,830	→ 41,920	K470	
K471	筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
<b>第7款 胸部</b>					
<b>(乳腺)</b>					
K472	乳腺膿瘍切開術	820	→ 820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
	1 長径5センチメートル未満	2,660	→ 2,660	1	
	2 長径5センチメートル以上	6,730	→ 6,730	2	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	12,820	→ 12,820	K474-2	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	6,240	→ 6,240	K474-3	
K475	乳房切除術	6,040	→ 6,040	K475	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→ 6,040	K475-2	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			K476	
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	14,820	→ 14,820	1	
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	28,210	→ 28,210	2	
	3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	22,520	→ 22,520	3	
	4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))	42,350	→ 42,350	4	
	5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの	42,350	→ 42,350	5	
	6 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの	42,350	→ 42,350	6	
	7 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)	52,820	→ 52,820	7	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K476-2	注1	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	-	→ 27,810	8	【項目の追加】
		乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	-	→ 48,340	9	【項目の追加】
		乳がんセンチネルリンパ節加算1	5,000	→ 5,000	注1	
		乳がんセンチネルリンパ節加算2	3,000	→ 3,000	注2	
		陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→ 7,350	K476-2	
K476-3		動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)			K476-3	
K476-4	1	一次的に行うもの	42,710	→ 49,120	1	
	2	二次的に行うもの	53,560	→ 53,560	2	
K476-4		ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	25,000	→ 25,000	K476-4	
<b>(胸壁)</b>						
K477		胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	K477	
K478		肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	7,460	→ 7,460	K478	
K479		削除			K479	
K480		胸壁冷膿瘍手術	7,670	→ 7,670	K480	
K480-2		流注膿瘍切開搔爬術	7,670	→ 7,670	K480-2	
K481		肋骨骨折観血的手術	7,830	→ 8,610	K481	
K482		肋骨切除術			K482	
K483	1	第1肋骨	16,900	→ 16,900	1	
	2	その他の肋骨	4,300	→ 4,300	2	
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120	→ 12,120	K483	
K484		胸壁悪性腫瘍摘出術			K484	
K484-2	1	胸壁形成手術を併施するもの	47,860	→ 56,000	1	
	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
K484-2	1	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2	
	1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750	→ 43,750	1	
K484-2	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
K485		胸壁腫瘍摘出術	12,960	→ 12,960	K485	
K486		胸壁瘻手術	23,520	→ 23,520	K486	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K487		漏斗胸手術			K487	
	1	胸骨挙上法によるもの	28,210	→ 28,210	1	
	2	胸骨翻転法によるもの	33,970	→ 37,370	2	
	3	胸腔鏡によるもの	39,260	→ 39,260	3	
<b>(胸腔、胸膜)</b>						
K488		試験開胸術	10,800	→ 10,800	K488	
K488-2		試験的開胸開腹術	17,380	→ 17,380	K488-2	
K488-3		胸腔鏡下試験開胸術	13,500	→ 13,500	K488-3	
K488-4		胸腔鏡下試験切除術	13,500	→ 15,800	K488-4	
K489から K492まで		削除			K489から K492まで	
K493		骨膜外、胸膜外充填術	23,520	→ 23,520	K493	
K494		胸腔内(胸膜内)血腫除去術	15,350	→ 15,350	K494	
K495		削除			K495	
K496		膿胸胸膜、胸膜肺切除術			K496	
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340	→ 26,340	1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150	→ 33,150	2	
K496-2		胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	51,850	→ 51,850	K496-2	
K496-3		胸膜外肺剥皮術			K496-3	
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340	→ 26,340	1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150	→ 33,150	2	
K496-4		胸腔鏡下膿胸搔爬術	32,690	→ 32,690	K496-4	
K497		膿胸腔有茎筋肉弁充填術	38,610	→ 38,610	K497	
K497-2		膿胸腔有茎大網充填術	49,650	→ 57,100	K497-2	
K498		胸郭形成手術(膿胸手術の場合)			K498	
	1	肋骨切除を主とするもの	42,020	→ 42,020	1	
	2	胸膜肺切除を併施するもの	49,200	→ 49,200	2	
K499		胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	15,830	→ 15,830	K499	
K500		削除			K500	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K501		乳糜胸手術	12,530	→ 14,410	K501	
K501-2		胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→ 12,530	K501-2	
K501-3		胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230	→ 15,230	K501-3	
<b>(縦隔)</b>						
K502		縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	→ 37,000	K502	
K502-2		縦隔切開術			K502-2	
	1	頸部からのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	1	
	2	経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050	→ 20,050	2	
K502-3		胸腔鏡下縦隔切開術	26,750	→ 31,300	K502-3	
K502-4		拡大胸腺摘出術	31,710	→ 32,270	K502-4	
K502-5		胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950	→ 58,950	K502-5	
K503		縦隔郭清術	37,010	→ 37,010	K503	
K504		縦隔悪性腫瘍手術			K504	
	1	単純摘出	37,000	→ 37,000	1	
	2	広汎摘出	56,020	→ 56,020	2	
K504-2		胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K504-2	
<b>(気管支、肺)</b>						
K505 及び K506		削除			K505 及び K506	
K507		肺膿瘍切開排膿術	28,210	→ 31,030	K507	
K508		気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	10,150	→ 10,150	K508	
K508-2		気管・気管支ステント留置術			K508-2	
	1	硬性鏡によるもの	9,360	→ 9,360	1	
	2	軟性鏡によるもの	8,960	→ 8,960	2	
		気管支熱形成術	-	→ 10,150	K508-3	<b>【新設】</b>
K509		気管支異物除去術			K509	
	1	直達鏡によるもの	9,260	→ 9,260	1	
	2	開胸手術によるもの	45,650	→ 45,650	2	

旧区分番号	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	
K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術	10,000	→ 10,000	K509-3	
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術	4,560	→ 4,560	K509-4	
K510	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→ 6,700	K510	
K510-2	光線力学療法			K510-2	
	1 早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→ 8,710	1	
	2 その他のもの	8,710	→ 8,710	2	
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8,710	→ 10,020	K510-3	
K511	肺切除術			K511	
	1 楔状部分切除	23,520	→ 27,520	1	
	2 区域切除(1肺葉に満たないもの)	58,430	→ 58,430	2	
	3 肺葉切除	58,350	→ 58,350	3	
	4 複合切除(1肺葉を超えるもの)	64,850	→ 64,850	4	
	5 1側肺全摘	59,830	→ 59,830	5	
	6 気管支形成を伴う肺切除	76,230	→ 76,230	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術			K513	
	1 肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	39,830	→ 39,830	1	
	2 その他のもの	58,950	→ 58,950	2	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	53,130	→ 53,130	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
	1 部分切除	60,350	→ 60,350	1	
	2 区域切除	69,250	→ 69,250	2	
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640	→ 72,640	3	
	4 肺全摘	72,640	→ 72,640	4	
	5 隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400	→ 78,400	5	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K514-2	6	気管支形成を伴う肺切除	80,460	→ 80,460	6	【項目の追加】
	7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860	→ 124,860	7	
	8	気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130	→ 127,130	8	
	9	胸膜肺全摘	92,000	→ 92,000	9	
		壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)	-	→ 105,000	10	
		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
K514-3	1	部分切除	60,170	→ 60,170	1	
	2	区域切除	72,640	→ 72,640	2	
	3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	92,000	→ 92,000	3	
K514-3		移植用肺採取術(死体)(両側)	63,200	→ 63,200	K514-3	
K514-4		同種死体肺移植術	119,000	→ 139,230	K514-4	
K514-5	注2	両側肺を移植した場合	45,000	→ 45,000	注2	
K514-5		移植用部分肺採取術(生体)	52,680	→ 52,680	K514-5	
K514-6		生体部分肺移植術	100,980	→ 130,260	K514-6	
K515		肺剥皮術	29,640	→ 32,600	K515	
K516		気管支瘻閉鎖術	59,170	→ 59,170	K516	
K517		肺縫縮術	23,520	→ 28,220	K517	
K518		気管支形成手術			K518	
K519	1	楔状切除術	64,030	→ 64,030	1	
	2	輪状切除術	66,010	→ 66,010	2	
K519		先天性気管狭窄症手術	146,950	→ 146,950	K519	
<b>(食道)</b>						
K520		食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
K520	1	頸部手術	17,070	→ 17,070	1	
	2	開胸手術	28,210	→ 28,210	2	
	3	開腹手術	17,750	→ 17,750	3	
K521		食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
K521	1	開胸手術	26,030	→ 28,210	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		
K522	2	胸骨切開によるもの	16,900	→ 19,440	2	
	3	その他のもの(頸部手術を含む。)	6,600	→ 6,600	3	
		食道狭窄拡張術			K522	
K522-2	1	内視鏡によるもの	9,450	→ 9,450	1	
	2	食道ブジー法	2,950	→ 2,950	2	
	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480	3	
K522-3		食道ステント留置術	6,300	→ 6,300	K522-2	
K523		食道空置バイパス作成術	54,020	→ 65,900	K522-3	
K524		食道異物摘出術			K523	
	1	頸部手術によるもの	25,350	→ 27,890	1	
	2	開胸手術によるもの	28,210	→ 28,210	2	
K524-2	3	開腹手術によるもの	27,720	→ 27,720	3	
		食道憩室切除術			K524	
	1	頸部手術によるもの	22,480	→ 24,730	1	
K525	2	開胸によるもの	31,430	→ 34,570	2	
		胸腔鏡下食道憩室切除術	34,130	→ 39,930	K524-2	
		食道切除再建術			K525	
K525-2	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420	3	
K525-3		胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690	→ 69,690	2	
K526	3	腹部の操作によるもの	51,420	→ 51,420	3	
	4	バイパスのみ作成する場合	45,230	→ 45,230	4	
		非開胸食道抜去術(消化管再建手術を併施するもの)	69,690	→ 69,690	K525-3	
		食道腫瘍摘出術			K526	
	1	内視鏡によるもの	8,480	→ 8,480	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				
K526-2	2	開胸又は開腹手術によるもの	34,140	→	37,550	2	
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250	→	50,250	3	
		内視鏡的食道粘膜切除術				K526-2	
K526-3	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840	→	8,840	1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100	→	22,100	2	
		内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	→	11,490	K526-3	
K527		内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	-	→	6,300	K526-4	【新設】
		食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)				K527	
K528	1	頸部食道の場合	47,530	→	47,530	1	
	2	胸部食道の場合	56,950	→	56,950	2	
K528-2		先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→	64,820	K528	
K529		先天性食道狭窄症根治手術	51,220	→	51,220	K528-2	
		胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	-	→	76,320	K528-3	【新設】
		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)				K529	
K529-2	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540	→	122,540	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490	→	101,490	2	
	3	腹部の操作によるもの	69,840	→	69,840	3	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	7,500	→	7,500	注1	
		血行再建を併せて行った場合	-	→	3,000	注2	【注の追加】
		胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術				K529-2	
		頸部、胸部、腹部の操作によるもの	125,240	→	125,240	1	
K530	2	胸部、腹部の操作によるもの	104,190	→	104,190	2	
		有茎腸管移植を併せて行った場合	-	→	7,500	注	【注の追加】
		食道アカラシア形成手術	32,710	→	32,710	K530	
K530-2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500	→	44,500	K530-2	
K531		内視鏡下筋層切開術	-	→	9,450	K530-3	【新設】
		食道切除後2次的再建術				K531	
	1	皮弁形成によるもの	43,920	→	43,920	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K532	2	消化管利用によるもの 食道・胃静脈瘤手術	54,960	→ 64,300	2	
	1	血行遮断術を主とするもの	34,240	→ 37,620	K532	1
K532-2	2	食道離断術を主とするもの 食道静脈瘤手術(開腹)	37,620	→ 37,620	2	
		食道静脈瘤手術(開腹)	34,240	→ 34,240	K532-2	
K532-3		腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	38,340	→ 46,770	K532-3	
K533		食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→ 8,990	K533	
K533-2		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→ 8,990	K533-2	
<b>(横隔膜)</b>						
K534		横隔膜縫合術			K534	
K534-2	1	経胸又は経腹	27,890	→ 27,890	1	
	2	経胸及び経腹	37,620	→ 37,620	2	
K534-3	1	横隔膜レラクサチオ手術 経胸又は経腹	27,890	→ 27,890	K534-2	1
	2	経胸及び経腹	37,620	→ 37,620	2	
K535		胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	31,990	→ 31,990	K534-3	
K536	1	胸腹裂孔ヘルニア手術 経胸又は経腹	26,870	→ 29,560	K535	1
	2	経胸及び経腹	35,490	→ 39,040	2	
K537		後胸骨ヘルニア手術	27,380	→ 27,380	K536	
K537-2	1	食道裂孔ヘルニア手術 経胸又は経腹	27,380	→ 27,380	K537	1
	2	経胸及び経腹	34,810	→ 38,290	2	
		腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180	→ 42,180	K537-2	
<b>第8款 心・脈管</b>						
<b>(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)</b>						
K538		心膜縫合術	9,180	→ 9,180	K538	
K538-2		心筋縫合止血術(外傷性)	11,800	→ 11,800	K538-2	

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		
K539	心膜切開術	9,420	→ 9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240	→ 15,240	K539-2	
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	→ 16,060	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	51,650	→ 51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	39,270	→ 39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	39,270	→ 39,270	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
	1 単独のもの	60,600	→ 60,600	1	
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→ 77,770	2	
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→ 91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	9,400	→ 9,400	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術			K546	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	32,000	→ 32,000	1	
	2 不安定狭心症に対するもの	22,000	→ 22,000	2	
	3 その他のもの	19,300	→ 19,300	3	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→ 23,950	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)			K548	
	1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	24,500	→ 24,500	1	
	2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,500	→ 24,500	2	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術			K549	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380	→ 34,380	1	
	2 不安定狭心症に対するもの	24,380	→ 24,380	2	
	3 その他のもの	21,680	→ 21,680	3	
K550	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→ 17,410	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640	→ 19,640	K550-2	
K551	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
	1 1箇所のもの	76,550	→ 76,550	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K552	2	2箇所以上のもの	79,860	→	79,860	K552	
	1	冠動脈、大動脈バイパス移植術	71,570	→	71,570		
	2	1吻合のもの	89,250	→	89,250		
K552-2	2	2吻合以上のもの	10,000	→	10,000	K552-2	注
	注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合					
		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)					
K553	1	1吻合のもの	71,570	→	71,570	K553	
	2	2吻合以上のもの	91,350	→	91,350		
	注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000	→	10,000		
K553-2		心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)				K553-2	
	1	単独のもの	63,390	→	63,390		
	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	80,060	→	80,060		
K554	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200	→	100,200	K554	
		左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術					
	1	単独のもの	114,300	→	114,300		
K554	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	147,890	→	147,890	K554	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180	→	167,180		
		弁形成術					
K555	1	1弁のもの	79,860	→	79,860	K555	
	2	2弁のもの	93,170	→	93,170		
	3	3弁のもの	106,480	→	106,480		
K555-2		弁置換術				K555-2	【名称の見直し】
	1	1弁のもの	85,500	→	85,500		
	2	2弁のもの	100,200	→	100,200		
K555-2		経カテーテル大動脈弁置換術	37,430	→	-	K555-2	【項目の見直し】
		経心尖大動脈弁置換術	-	→	61,530		
		経皮的な大動脈弁置換術	-	→	37,560		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K556	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→ 42,940	K556	
K556-2	経皮的動脈弁拡張術	37,430	→ 37,430	K556-2	
K557	大動脈弁上狭窄手術	71,570	→ 71,570	K557	
K557-2	大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	78,260	→ 78,260	K557-2	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380	→ 157,840	K557-3	
K557-4	ダムス・ケー・スタンセル(DKS)吻合を伴う大動脈狭窄症手術	115,750	→ 115,750	K557-4	
K558	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	192,920	→ 192,920	K558	
K559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450	→ 38,450	K559	
K559-2	経皮的僧帽弁拡張術	34,930	→ 34,930	K559-2	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	
1	上行大動脈			1	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510	→ 114,510	イ	
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820	→ 128,820	ロ	
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860	→ 148,860	ハ	
ニ	その他のもの	100,200	→ 100,200	ニ	
2	弓部大動脈	114,510	→ 114,510	2	
3	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			3	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	→ 187,370	イ	
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→ 210,790	ロ	
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→ 243,580	ハ	
ニ	その他のもの	171,760	→ 171,760	ニ	
4	下行大動脈	89,250	→ 89,250	4	
5	胸腹部大動脈	249,750	→ 249,750	5	
6	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	59,080	→ 59,080	6	
7	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	7	
	オープン型ステントグラフト内挿術			K560-2	【新設】
	弓部大動脈	-	→ 114,510	1	
	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			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		
K561	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	-	→ 187,370	イ	
	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	-	→ 210,790	ロ	
	自己弁温存型大動脈基部置換術	-	→ 243,580	ハ	
	その他のもの	-	→ 171,760	ニ	
	下行大動脈	-	→ 89,250	3	
	ステントグラフト内挿術			K561	
	1 胸部大動脈	56,560	→ 56,560	1	
	2 腹部大動脈	49,440	→ 49,440	2	
	3 腸骨動脈	43,830	→ 43,830	3	
K562	動脈管開存症手術			K562	
	1 経皮的動脈管開存閉鎖術	16,510	→ 18,990	1	
	2 動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400	→ 27,400	K562-2	
K563	肺動脈絞扼術	39,410	→ 39,410	K563	
K564	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150	→ 43,150	K564	
K565	巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	71,550	→ 90,870	K565	
K566	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	44,670	→ 44,670	K566	
K567	大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
	1 単独のもの	57,250	→ 57,250	1	
	2 心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→ 100,200	2	
	3 複雑心奇形手術を伴うもの	173,620	→ 173,620	3	
K567-2	経皮的動脈形成術	37,430	→ 37,430	K567-2	
K568	大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1 単独のもの	80,840	→ 80,840	1	
	2 心内奇形手術を伴うもの	97,690	→ 97,690	2	
K569	三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	90,120	→ 103,640	K569	
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
	1 肺動脈弁切開術(単独のもの)	32,500	→ 35,750	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 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460	→ 74,460	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	31,280	→ 34,410	K570-2	
K570-3	経皮的肺動脈形成術	31,280	→ 31,280	K570-3	
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
	1 部分肺静脈還流異常	50,970	→ 50,970	1	
	2 総肺静脈還流異常			2	
	イ 心臓型	109,310	→ 109,310	イ	
	ロ その他のもの	129,310	→ 129,310	ロ	
K572	肺静脈形成術	58,930	→ 58,930	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
	1 経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	11,660	→ 13,410	1	
	2 心房中隔欠損作成術	33,540	→ 36,900	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
	1 単独のもの	39,130	→ 39,130	1	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130	→ 45,130	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850	→ 31,850	K574-2	
K575	三心房心手術	68,940	→ 68,940	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
	1 単独のもの	52,320	→ 52,320	1	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830	→ 65,830	2	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	66,060	→ 66,060	3	
	4 右室流出路形成を伴うもの	71,570	→ 71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
	1 単独のもの	71,570	→ 71,570	1	
	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	→ 85,880	2	
K578	右室二腔症手術	80,490	→ 80,490	K578	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			K579	
	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	60,330	→ 60,330	1	

旧区分番号	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	66,060	→	66,060	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	107,350	→	107,350	1	
	2	ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920	→	192,920	2	
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	94,060	→	94,060	2	
		肺動脈閉鎖症手術				K581	
K583	1	単独のもの	100,200	→	100,200	1	
	2	ラステリ手術を伴うもの	173,620	→	173,620	2	
K584	3	巨大側副血管術を伴うもの	231,500	→	231,500	3	
		両大血管右室起始症手術				K582	
K585	1	単独のもの	85,880	→	85,880	1	
	2	右室流出路形成を伴うもの	128,820	→	128,820	2	
K586	3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ビング奇形手術)	192,920	→	192,920	3	
		大血管転位症手術				K583	
K587	1	心房内血流転換手術(マスタード・セニング手術)	114,510	→	114,510	1	
	2	大血管血流転換術(ジャテーン手術)	144,690	→	144,690	2	
K588	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620	→	173,620	3	
	4	ラステリ手術を伴うもの	154,330	→	154,330	4	
K589		修正大血管転位症手術				K584	
	1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790	→	85,790	1	
K590	2	根治手術(ダブルスイッチ手術)	201,630	→	201,630	2	
		総動脈幹症手術	143,860	→	143,860	K585	
K591		単心室症又は三尖弁閉鎖症手術				K586	
	1	両方向性グレン手術	71,570	→	71,570	1	
K592	2	フォンタン手術	85,880	→	85,880	2	
	3	心室中隔造成術	181,350	→	181,350	3	



旧区分番号	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)	179,310	→ 179,310	K587	
K588	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	→ 53,240	K588	
K589	冠動脈起始異常症手術	85,880	→ 85,880	K589	
K590	心室憩室切除術	76,710	→ 76,710	K590	
K591	心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591	
K592	肺動脈塞栓除去術	48,880	→ 48,880	K592	
K592-2	肺動脈血栓内膜摘除術	135,040	→ 135,040	K592-2	
K593	肺静脈血栓除去術	39,270	→ 39,270	K593	
K594	不整脈手術			K594	
	1 副伝導路切断術	89,250	→ 89,250	1	
	2 心室頻拍症手術	147,890	→ 147,890	2	
	3 メイズ手術	98,640	→ 98,640	3	
K595	経皮的カテーテル心筋焼灼術			K595	
	1 心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	40,760	→ 40,760	1	
	2 その他のもの	34,370	→ 34,370	2	
	注1 三次元カラーマッピング加算	17,000	→ 17,000	注1	
	注2 磁気ナビゲーション加算	5,000	→ 5,000	注2	
K595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	24,390	→ 24,390	K595-2	
K596	体外ペースメーカーキング術	3,370	→ 3,370	K596	
K597	ペースメーカー移植術			K597	
	1 心筋電極の場合	15,060	→ 15,060	1	
	2 経静脈電極の場合	9,520	→ 9,520	2	
K597-2	ペースメーカー交換術	4,000	→ 4,000	K597-2	
K597-3	植込型心電図記録計移植術	1,260	→ 1,260	K597-3	
K597-4	植込型心電図記録計摘出術	840	→ 840	K597-4	
K598	両心室ペースメーカー移植術	31,510	→ 31,510	K598	
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	5,000	→ 5,000	K598-2	
K599	植込型除細動器移植術	31,510	→ -	K599	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K599-2	経静脈リードを用いるもの	-	→ 31,510	1	
	皮下植込型リードを用いるもの	-	→ 24,310	2	
	植込型除細動器交換術	6,000	→ 6,000	K599-2	
K599-3	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000	→ 35,200	K599-3	
K599-4	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	6,000	→ 6,000	K599-4	
K599-5	経静脈電極抜去術	28,600	→ -	K599-5	【名称の見直し】
K600	レーザーシースを用いるもの	-	→ 28,600	1	【項目の見直し】
	レーザーシースを用いないもの	-	→ 22,210	2	【項目の見直し】
	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	→ 26,950	1	
	2日目以降	3,000	→ 3,000	2	
注1	初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合	4,800	→ 4,800	注1	
注2	初日に選択的脳灌流を併せて行った場合	7,000	→ 7,000	注2	
K602	経皮的心肺補助法(1日につき)			K602	
1	初日	11,100	→ 11,100	1	
	2日目以降	3,120	→ 3,120	2	
K603	補助人工心臓(1日につき)			K603	
1	初日	54,370	→ 54,370	1	
	2日目以降30日目まで	5,000	→ 5,000	2	
	31日目以降	4,000	→ 4,000	3	
K604	小児補助人工心臓(1日につき)			K603-2	【新設】
	初日	-	→ 63,150	1	
	2日目以降30日目まで	-	→ 8,680	2	
K604	31日目以降	-	→ 7,680	3	
	植込型補助人工心臓(拍動流型)			K604	【削除】

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K604-2	1	初日(1日につき)	58,500	→ -	K604-2	
	2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	→ -		
	3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	→ -		
	4	91日目以降(1月につき)	6,000	→ -		
		植込型補助人工心臓(非拍動流型)				
K605	1	初日(1日につき)	58,500	→ 58,500	1	
	2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	→ 5,000	2	
	3	31日目以降90日目まで(1日につき)	2,780	→ 2,780	3	
	4	91日目以降(1日につき)	1,500	→ 1,500	4	
K605-2		移植用心採取術	62,720	→ 62,720	K605	
K605-3		同種心移植術	192,920	→ 192,920	K605-2	
K605-4		移植用心肺採取術	100,040	→ 100,040	K605-3	
		同種心肺移植術	286,010	→ 286,010	K605-4	
		骨格筋由来細胞シート心表面移植術	-	→ 9,420	K605-5	【新設】
<b>(動脈)</b>						
K606		血管露出術	530	→ 530	K606	
K607		血管結紮術			K607	
	1	開胸又は開腹を伴うもの	10,550	→ 10,550	1	
	2	その他のもの	3,130	→ 3,130	2	
K607-2		血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3		上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608		動脈塞栓除去術			K608	
	1	開胸又は開腹を伴うもの	28,560	→ 28,560	1	
	2	その他のもの(観血的なもの)	11,180	→ 11,180	2	
K608-2		外シャント血栓除去術	1,680	→ 1,680	K608-2	
K608-3		内シャント血栓除去術	3,130	→ 3,130	K608-3	
K609		動脈血栓内膜摘出術			K609	
	1	大動脈に及ぶもの	40,950	→ 40,950	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K609-2	2	内頸動脈	43,880	→	43,880	2	
	3	その他のもの	25,860	→	28,450	3	
K610		経皮的頸動脈ステント留置術	34,740	→	34,740	K609-2	
		動脈形成術、吻合術				K610	
K610-2	1	頭蓋内動脈	81,720	→	99,700	1	
	2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→	52,570	2	
	3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→	47,790	3	
	4	指(手、足)の動脈	15,340	→	15,340	4	
	5	その他の動脈	18,080	→	21,700	5	
K610-2		脳新生血管造成術	52,550	→	52,550	K610-2	
K610-3		内シャント又は外シャント設置術	18,080	→	18,080	K610-3	
K610-4		四肢の血管吻合術	18,080	→	18,080	K610-4	
K610-5		血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	18,080	→	18,080	K610-5	
K611		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置				K611	
	1	開腹して設置した場合	17,940	→	17,940	1	
	2	四肢に設置した場合	16,250	→	16,250	2	
K612	3	頭頸部その他に設置した場合	16,640	→	16,640	3	
		末梢動静脈瘻造設術	7,760	→	7,760	K612	
K613		腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	31,840	→	31,840	K613	
K614		血管移植術、バイパス移植術				K614	
	1	大動脈	70,700	→	70,700	1	
	2	胸腔内動脈	64,050	→	64,050	2	
	3	腹腔内動脈	56,560	→	56,560	3	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→	55,050	4	
	5	下腿、足部動脈	62,670	→	62,670	5	
K615		膝窩動脈	-	→	42,500	6	【項目の追加】
	6	その他の動脈	30,290	→	30,290	7	
K615		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)				K615	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K615-2 K616 K616-2 K616-3 K616-4	1	止血術	19,260	→ 23,110	1	
	2	選択的動脈化学塞栓術	18,220	→ 20,040	2	
	3	その他のもの	16,930	→ 18,620	3	
		経皮的動脈遮断術	1,390	→ 1,390	K615-2	
		四肢の血管拡張術・血栓除去術	20,540	→ 22,590	K616	
		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	→ 24,550	K616-3	
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080	→ 18,080	K616-4		
	経皮的血管内異物除去術	-	→ 14,000	K616-5	【新設】	
<b>(静脈)</b>						
K617 K617-2 K617-3 K617-4 K617-5 K618 K619 K619-2 K620 K620-2		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	
		大伏在静脈抜去術	11,020	→ 11,020	K617-2	
		静脈瘤切除術(下肢以外)	1,820	→ 1,820	K617-3	
		下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360	→ 14,360	K617-4	
		内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200	→ 10,200	K617-5	
		中心静脈注射用植込型カテーテル設置			K618	
	1	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1	
	2	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	2	
	注1	6歳未満の乳幼児の場合	300	→ 300	注1	
		静脈血栓摘出術			K619	
1	開腹を伴うもの	22,070	→ 22,070	1		
2	その他のもの(観血的なもの)	13,100	→ 13,100	2		
	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→ 32,100	K619-2		
	下大静脈フィルター留置術	10,160	→ 10,160	K620		
	下大静脈フィルター除去術	6,190	→ 6,190	K620-2		

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		
K621		門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40,650	→ 40,650	K621	
K622		胸管内頸静脈吻合術	37,620	→ 37,620	K622	
K623		静脈形成術、吻合術			K623	
	1	胸腔内静脈	25,200	→ 25,200	1	
	2	腹腔内静脈	25,200	→ 25,200	2	
	3	その他の静脈	16,140	→ 16,140	3	
K623-2		脾腎静脈吻合術	21,220	→ 21,220	K623-2	
<b>(リンパ管、リンパ節)</b>						
K624		削除			K624	
K625		リンパ管腫摘出術			K625	
	1	長径5センチメートル未満	10,910	→ 10,910	1	
	2	長径5センチメートル以上	16,390	→ 16,390	2	
K626		リンパ節摘出術			K626	
	1	長径3センチメートル未満	1,200	→ 1,200	1	
	2	長径3センチメートル以上	2,880	→ 2,880	2	
K626-2		リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	K626-2	
K627		リンパ節群郭清術			K627	
	1	顎下部又は舌下部(浅在性)	9,060	→ 9,060	1	
	2	頸部(深在性)	18,250	→ 20,080	2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	12,050	→ 12,050	3	
	4	腋窩	17,750	→ 17,750	4	
	5	胸骨旁	18,250	→ 20,080	5	
	6	鼠径部及び股部	7,370	→ 7,370	6	
	7	後腹膜	37,620	→ 41,380	7	
	8	骨盤	24,360	→ 26,800	8	
K627-2		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	28,460	→ 36,140	K627-2	
K627-3		腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	26,460	→ 26,460	K627-3	
K627-4		腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	39,720	→ 39,720	K627-4	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K628	リンパ管吻合術	34,450	→ 34,450	K628	
<b>第9款 腹部</b>					
<b>(腹壁、ヘルニア)</b>					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
	1 腹壁に限局するもの	1,820	→ 1,820	1	
	2 腹腔に通ずるもの	8,390	→ 8,390	2	
K632	腹壁腫瘍摘出術			K632	
	1 形成手術を必要としない場合	4,310	→ 4,310	1	
	2 形成手術を必要とする場合	11,210	→ 11,210	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
	1 腹壁瘢痕ヘルニア	8,450	→ 8,450	1	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→ 6,200	2	
	3 臍ヘルニア	4,200	→ 4,200	3	
	4 臍帯ヘルニア	18,810	→ 18,810	4	
	5 鼠径ヘルニア	6,000	→ 6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,860	→ 8,860	6	
	7 腰ヘルニア	8,590	→ 8,590	7	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	18,810	→ 18,810	8	
	9 内ヘルニア	18,810	→ 18,810	9	
K633-2	腹腔鏡下ヘルニア手術			K633-2	
	1 腹壁瘢痕ヘルニア	13,770	→ 13,770	1	
	2 大腿ヘルニア	15,460	→ 15,460	2	
	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	-	→ 11,520	3	【項目の追加】
	臍ヘルニア	-	→ 9,520	4	【項目の追加】
	閉鎖孔ヘルニア	-	→ 24,130	5	【項目の追加】
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	22,960	→ 22,960	K634	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)</b>					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	3,470	→ 4,160	K635	
K635-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730	→ 6,730	K635-2	
K635-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	→ 12,000	K635-3	
K636	試験開腹術	5,550	→ 5,550	K636	
K636-2	ダメージコントロール手術	9,370	→ 9,370	K636-2	
K636-3	腹腔鏡下試験開腹術	11,320	→ 11,320	K636-3	
K636-4	腹腔鏡下試験切除術	11,320	→ 11,320	K636-4	
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
	1 横隔膜下膿瘍	10,690	→ 10,690	1	
	2 ダグラス窩膿瘍	5,710	→ 5,710	2	
	3 虫垂周囲膿瘍	5,340	→ 5,340	3	
	4 その他のもの	8,330	→ 8,330	4	
K637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K637-2	
K638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→ 3,290	K638	
K639	急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639	
K639-2	結核性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639-2	
K639-3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	16,460	→ 19,260	K639-3	
K640	腸間膜損傷手術			K640	
	1 縫合、修復のみのもの	10,390	→ 10,390	1	
	2 腸管切除を伴うもの	24,440	→ 26,880	2	
K641	大網切除術	8,720	→ 8,720	K641	
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K642	
	1 腸切除を伴わないもの	11,910	→ 11,910	1	
	2 腸切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
K642-2	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32,310	→ 32,310	K642-2	【名称の見直し】
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310	→ 30,310	K642-3	
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	→ 48,510	K643	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K643-2		腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610	→ 50,610	K643-2	
K644		臍腸管瘻手術			K644	
	1	腸管切除を伴わないもの	5,260	→ 5,260	1	
	2	腸管切除を伴うもの	18,280	→ 18,280	2	
K645		骨盤内臓全摘術	120,980	→ 120,980	K645	
<b>(胃、十二指腸)</b>						
K646		胃血管結紮術(急性胃出血手術)	11,360	→ 11,360	K646	
K647		胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	12,190	→ 12,190	K647	
K647-2		腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460	→ 22,460	K647-2	
K648		胃切開術	9,970	→ 10,970	K648	
K649		胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	11,800	→ 11,800	K649	
K649-2		腹腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	15,900	→ 18,600	K649-2	
K650		削除			K650	
K651		内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210	→ 9,210	K651	
K652		胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	11,530	→ 11,530	K652	
K653		内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653	
	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,460	→ 6,460	1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	18,370	→ 18,370	2	
	3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	6,230	→ 6,230	3	
	4	その他のポリープ・粘膜切除術	5,200	→ 5,200	4	
K653-2		食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	3,200	→ 3,200	K653-2	
K653-3		内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	K653-3	
K653-4		内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460	→ 6,460	K653-4	
K653-5		内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480	→ 12,480	K653-5	
K654		内視鏡的消化管止血術	4,600	→ 4,600	K654	
K654-2		胃局所切除術	11,530	→ 11,530	K654-2	
K654-3		腹腔鏡下胃局所切除術			K654-3	
	1	内視鏡処置を併施するもの	26,500	→ 26,500	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		
K655	2	その他のもの	20,400	→ 20,400	2	【注の追加】
		胃切除術			K655	
	1	単純切除術	28,210	→ 28,210	1	
	2	悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K655-2		腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
	1	単純切除術	34,950	→ 40,890	1	
	2	悪性腫瘍手術	64,120	→ 64,120	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K655-3		十二指腸窓(内方)憩室摘出術	26,910	→ 26,910	K655-3	
K655-4		噴門側胃切除術			K655-4	
	1	単純切除術	40,170	→ 40,170	1	
	2	悪性腫瘍切除術	71,630	→ 71,630	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K655-5		腹腔鏡下噴門側胃切除術			K655-5	
	1	単純切除術	44,270	→ 54,010	1	
	2	悪性腫瘍切除術	75,730	→ 75,730	2	
		有茎腸管移植を併せて行った場合	-	→ 5,000	注	
K656		胃縮小術	28,210	→ 28,210	K656	
K656-2		腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	36,410	→ 40,050	K656-2	
K657		胃全摘術			K657	
	1	単純全摘術	50,920	→ 50,920	1	
	2	悪性腫瘍手術	69,840	→ 69,840	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K657-2		腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
	1	単純全摘術	64,740	→ 64,740	1	
	2	悪性腫瘍手術	83,090	→ 83,090	2	
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K658	削除			K658	
K659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K659	
	1 単独のもの	13,600	→ 13,600	1	
	2 ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	2	
	3 胃切除術を併施するもの	37,620	→ 37,620	3	
K659-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	21,780	→ 25,480	K659-2	
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
	1 単独のもの	19,500	→ 19,500	1	
	2 ドレナージを併施するもの	28,210	→ 28,210	2	
	3 胃切除術を併施するもの	37,620	→ 37,620	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	→ 31,310	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	17,400	→ 17,400	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 13,600	K662	
K662-2	腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→ 17,700	K662-2	
K663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K663	
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	6,070	→ 6,070	K664	
K664-2	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	14,610	→ 14,610	K664-2	
K665	胃瘻閉鎖術	12,040	→ 12,040	K665	
K665-2	胃瘻抜去術	2,000	→ 2,000	K665-2	
K666	幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。)	10,500	→ 10,500	K666	
K666-2	腹腔鏡下幽門形成術	17,060	→ 17,060	K666-2	
K667	噴門形成術	15,440	→ 16,980	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620	→ 37,620	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190	→ 15,190	K667-3	
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	28,210	→ 28,210	K668	
<b>(胆嚢、胆道)</b>					
K669	胆管切開術	12,460	→ 12,460	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	11,800	→ 11,800	K670	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
	1 胆嚢摘出を含むもの	28,210	→ 28,210	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	24,440	→ 26,880	2	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	
	1 胆嚢摘出を含むもの	35,470	→ 35,470	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	33,610	→ 33,610	2	
K672	胆嚢摘出術	20,960	→ 23,060	K672	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500	→ 21,500	K672-2	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	37,620	→ 37,620	K673	
K674	総胆管拡張症手術	41,320	→ 49,580	K674	
	注 乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	-	→ 34,880	K674-2	【新設】
	乳頭形成を併せて行った場合	-	→ 5,000	注	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	38,910	→ 45,520	1	
	2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	47,370	→ 57,790	2	
	3 肝切除(葉以上)を伴うもの	77,450	→ 77,450	3	
	4 膵頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→ 101,590	4	
	5 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	209,520	→ 209,520	5	
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	72,390	→ -	K677	【項目の見直し】
	膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	-	→ 119,280	1	
	その他のもの	-	→ 84,700	2	
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	
	1 血行再建あり	180,990	→ 180,990	1	
	2 血行再建なし	101,090	→ 101,090	2	
K678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	11,580	→ 11,580	K679	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K680	総胆管胃(腸)吻合術	28,210	→ 28,210	K680	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,420	→ 9,420	K681	
K682	胆管外瘻造設術			K682	
	1 開腹によるもの	12,300	→ 12,300	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2	
K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800	→ 10,800	K682-3	
K682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	21,320	→ 23,450	K682-4	
K683	削除			K683	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→ 60,000	K684	
K685	内視鏡的胆道結石除去術			K685	
	1 胆道碎石術を伴うもの	11,920	→ 11,920	1	
	2 その他のもの	8,320	→ 8,320	2	
	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	-	→ 3,500	注	【注の追加】
K686	内視鏡的胆道拡張術	13,820	→ 13,820	K686	
	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	-	→ 3,500	注	【注の追加】
K687	内視鏡的乳頭切開術			K687	
	1 乳頭括約筋切開のみのもの	11,270	→ 11,270	1	
	2 胆道碎石術を伴うもの	24,550	→ 24,550	2	
	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	-	→ 3,500	注	【注の追加】
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→ 11,540	K688	
	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	-	→ 3,500	注	【注の追加】
K689	経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→ 12,270	K689	
<b>(肝)</b>					
K690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	K690	
K691	肝膿瘍切開術			K691	
	1 開腹によるもの	11,860	→ 11,860	1	
	2 開胸によるもの	12,520	→ 12,520	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520	→ 12,520	K692	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210	→ 28,210	K692-2	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	28,210	→ 28,210	K693	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210	→ 28,210	K694	
K695	肝切除術			K695	
	1 部分切除	36,340	→ 36,340	1	
	2 亜区域切除	46,130	→ 56,280	2	
	3 外側区域切除	46,130	→ 46,130	3	
	4 1区域切除(外側区域切除を除く。)	49,750	→ 60,700	4	
	5 2区域切除	76,210	→ 76,210	5	
	6 3区域切除以上のもの	97,050	→ 97,050	6	
	7 2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	126,230	→ 126,230	7	
K695-2	腹腔鏡下肝切除術			K695-2	
	1 部分切除	59,680	→ 59,680	1	
	2 外側区域切除	74,880	→ 74,880	2	
	亜区域切除	-	→ 108,820	3	【項目の追加】
	1区域切除(外側区域切除を除く。)	-	→ 130,730	4	【項目の追加】
	2区域切除	-	→ 152,440	5	【項目の追加】
	3区域切除以上のもの	-	→ 174,090	6	【項目の追加】
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	→ 28,210	K696	
K697	肝内胆管外瘻造設術			K697	
	1 開腹によるもの	18,810	→ 18,810	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)			K697-2	
	1 腹腔鏡によるもの	18,710	→ 18,710	1	
	2 その他のもの	17,410	→ 17,410	2	
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)			K697-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K697-4 K697-5 K697-6 K697-7	1	2センチメートル以内のもの			1	
	イ	腹腔鏡によるもの	16,300	→ 16,300	イ	
	ロ	その他のもの	15,000	→ 15,000	ロ	
	2	2センチメートルを超えるもの			2	
	イ	腹腔鏡によるもの	23,260	→ 23,260	イ	
	ロ	その他のもの	21,960	→ 21,960	ロ	
			移植用部分肝採取術(生体)	72,000	→ 82,800	K697-4
		生体部分肝移植術	145,610	→ 189,290	K697-5	
		移植用肝採取術(死体)	86,700	→ 86,700	K697-6	
		同種死体肝移植術	193,060	→ 193,060	K697-7	
<b>(膵)</b>						
K698		急性膵炎手術			K698	
	1	感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→ 49,390	1	
	2	その他のもの	28,210	→ 28,210	2	
K699		膵結石手術			K699	
	1	膵切開によるもの	28,210	→ 28,210	1	
	2	経十二指腸乳頭によるもの	28,210	→ 28,210	2	
K699-2		体外衝撃波膵石破砕術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K699-2	
	注	内視鏡的膵石除去加算(一連につき1回に限る)	5,640	→ 5,640	注	
K700		膵中央切除術	53,560	→ 53,560	K700	
		膵腫瘍摘出術	-	→ 21,750	K700-2	【新設】
K701		膵破裂縫合術	22,080	→ 22,080	K701	
K702		膵体尾部腫瘍切除術			K702	
	1	膵尾部切除術の場合			1	【名称の見直し】
	イ	脾同時切除の場合	24,000	→ 24,000	イ	
	ロ	脾温存の場合	21,750	→ 21,750	ロ	
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	46,880	→ 57,190	2	
	3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730	→ 52,730	3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K702-2	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→ 55,870	4	【項目の見直し】
		腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	47,250	→ -	K702-2	
	脾同時切除の場合	-	→ 47,250	1		
	脾温存の場合	-	→ 56,240	2		
K703		膵頭部腫瘍切除術			K703	
	1	膵頭十二指腸切除術の場合	77,950	→ 77,950	1	
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	83,810	→ 83,810	2	
	3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	83,810	→ 83,810	3	
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	128,230	→ 128,230	4	
		腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	-	→ 158,450	K703-2	
K704		膵全摘術	91,990	→ 103,030	K704	
K705		膵嚢胞胃(腸)吻合術	28,210	→ 28,210	K705	
K706		膵管空腸吻合術	37,620	→ 37,620	K706	
K707		膵嚢胞外瘻造設術			K707	
	1	内視鏡によるもの	18,370	→ 18,370	1	
	2	開腹によるもの	12,460	→ 12,460	2	
K708		膵管外瘻造設術	18,810	→ 18,810	K708	
K708-2		膵管誘導手術	18,810	→ 18,810	K708-2	
K708-3		内視鏡的膵管ステント留置術	22,240	→ 22,240	K708-3	
K709		膵瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K709	
K709-2		移植用膵採取術(死体)	63,310	→ 77,240	K709-2	
K709-3		同種死体膵移植術	112,570	→ 112,570	K709-3	
K709-4		移植用膵腎採取術(死体)	84,080	→ 84,080	K709-4	
K709-5		同種死体膵腎移植術	140,420	→ 140,420	K709-5	
<b>(脾)</b>						
K710		脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	→ 24,410	K710	
K711		脾摘出術	28,210	→ 31,030	K711	
K711-2		腹腔鏡下脾摘出術	37,060	→ 37,060	K711-2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)</b>					
K712	破裂腸管縫合術	10,400	→ 10,400	K712	【新設】
K713	腸切開術	9,650	→ 9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	12,010	→ 12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剝離術	20,650	→ 20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	4,490	→ 4,490	1	
	2 観血的なもの	6,040	→ 6,040	2	
	腹腔鏡下腸重積症整復術	-	→ 14,660	K715-2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	15,940	→ 15,940	1	
	2 悪性腫瘍手術	34,150	→ 34,150	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術			K716-2	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	31,370	→ 31,370	1	
	2 悪性腫瘍手術	37,380	→ 37,380	2	
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	18,810	→ 18,810	K717	
K718	虫垂切除術			K718	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→ 6,210	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	→ 18,380	2	
K719	結腸切除術			K719	
	1 小範囲切除	22,140	→ 22,140	1	
	2 結腸半側切除	29,940	→ 29,940	2	
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680	→ 35,680	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
	1 小範囲切除、結腸半側切除	42,680	→ 42,680	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
	2	全切除、垂全切除	51,750	→	59,510	2	
K719-3		腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51,750	→	59,510	K719-3	
K719-4		ピックレル氏手術	13,700	→	13,700	K719-4	
K719-5		全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	42,510	→	51,860	K719-5	
K720		結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	16,610	→	16,610	K720	
K721		内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術				K721	【名称の見直し】
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	5,000	1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	7,000	2	
K721-2		内視鏡的大腸ポリープ切除術				K721-2	【削除】
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	-		
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	-		
K721-3		内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→	5,360	K721-3	
K721-4		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370	→	18,370	K721-4	
K722		小腸結腸内視鏡的止血術	10,390	→	10,390	K722	
K723		削除				K723	
K724		腸吻合術	9,330	→	9,330	K724	
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→	6,140	K725	
K725-2		腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	→	12,080	K725-2	
K726		人工肛門造設術	7,980	→	7,980	K726	
		腹腔鏡下人工肛門造設術	-	→	13,920	K726-2	【新設】
K727		腹壁外腸管前置術	8,340	→	8,340	K727	
K728		腸狭窄部切開縫合術	11,220	→	11,220	K728	
K729		腸閉鎖症手術				K729	
	1	腸管切除を伴わないもの	12,190	→	12,190	1	
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→	28,210	2	
K729-2		多発性小腸閉鎖症手術	47,020	→	47,020	K729-2	
K729-3		腹腔鏡下腸閉鎖症手術	32,310	→	32,310	K729-3	
K730		小腸瘻閉鎖術				K730	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K731	1	腸管切除を伴わないもの	11,580	→ 11,580	1	【注の追加】
	2	腸管切除を伴うもの	17,900	→ 17,900	2	
		結腸瘻閉鎖術			K731	
K732	1	腸管切除を伴わないもの	11,750	→ 11,750	1	
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
		人工肛門閉鎖術			K732	
K733	1	腸管切除を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1	
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
		盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734		腸回転異常症手術	18,810	→ 18,810	K734	
K734-2		腹腔鏡下腸回転異常症手術	22,910	→ 26,800	K734-2	
K735		先天性巨大結腸症手術	50,830	→ 50,830	K735	
K735-2		小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	11,090	→ 11,090	K735-2	
		バルーン内視鏡を用いて実施した場合	-	→ 3,500	注	
K735-3		腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710	→ 63,710	K735-3	
K735-4		下部消化管ステント留置術	9,100	→ 9,100	K735-4	
K736		人工肛門形成術			K736	
	1	開腹を伴うもの	10,030	→ 10,030	1	
	2	その他のもの	3,670	→ 3,670	2	
<b>(直腸)</b>						
K737		直腸周囲膿瘍切開術	2,610	→ 2,610	K737	
K738		直腸異物除去術			K738	
	1	経肛門(内視鏡によるもの)	6,700	→ 6,700	1	
	2	開腹によるもの	11,530	→ 11,530	2	
K739		直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	
	1	経肛門	4,010	→ 4,010	1	
	2	経括約筋	9,940	→ 9,940	2	
	3	経腹及び経肛	18,810	→ 18,810	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K739-2	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	26,100	→ 26,100	K739-2	
K739-3	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	16,700	→ 16,700	K739-3	
K740	直腸切除・切断術			K740	
	1 切除術	42,850	→ 42,850	1	
	2 低位前方切除術	66,300	→ 66,300	2	
	3 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840	→ 69,840	3	
	4 切断術	77,120	→ 77,120	4	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
	1 切除術	75,460	→ 75,460	1	
	2 低位前方切除術	83,930	→ 83,930	2	
	3 切断術	83,930	→ 83,930	3	
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	28,210	→ 28,210	K741	
K742	直腸脱手術			K742	
	1 経会陰によるもの	8,410	→ -	1	【項目の見直し】
	腸管切除を伴わないもの	-	→ 8,410	イ	
	腸管切除を伴うもの	-	→ 25,780	ロ	
	2 直腸挙上固定を行うもの	10,900	→ 10,900	2	
	3 骨盤底形成を行うもの	18,810	→ 18,810	3	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620	→ 37,620	4	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	25,810	→ 30,200	K742-2	
<b>(肛門、その周辺)</b>					
K743	痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
	1 硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
	2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010	→ 4,010	2	
	3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	3	
	4 根治手術	5,190	→ 5,190	4	
	5 PPH	11,260	→ 11,260	5	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	【削除】
K743-3	脱肛根治手術	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	7,470	→ 7,470	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	8,120	→ 8,120	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
	1 切除	28,210	→ 28,210	1	
	2 直腸切断を伴うもの	70,680	→ 70,680	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	→ 1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
	1 瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→ 3,990	1	
	2 組織置換によるもの	23,660	→ 23,660	2	
K751	鎖肛手術			K751	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	1	
	2 会陰式	18,810	→ 18,810	2	
	3 仙骨会陰式	35,270	→ 35,270	3	
	4 腹会陰、腹仙骨式	62,660	→ 62,660	4	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	42,680	→ 46,950	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	70,140	→ 70,140	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
	1 肛門狭窄形成手術	5,210	→ 5,210	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		
K753	2	直腸粘膜脱形成手術	7,710	→ 7,710	2	
		毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680		
<b>第10款 尿路系・副腎</b>						
<b>(副腎)</b>						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210	→ 28,210	K754	
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	40,100	→ 40,100	K754-2	
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390	→ 34,390	K754-3	
K755		副腎腫瘍摘出術			K755	
	1	皮質腫瘍	35,830	→ 39,410	1	
	2	髓質腫瘍(褐色細胞腫)	42,930	→ 47,020	2	
K755-2		腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030	→ 47,030	K755-2	
K756		副腎悪性腫瘍手術	47,020	→ 47,020	K756	
K756-2		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120	→ 51,120	K756-2	
<b>(腎、腎盂)</b>						
K757		腎破裂縫合術	37,620	→ 37,620	K757	
K757-2		腎破裂手術	38,270	→ 38,270	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759		腎切半術	37,620	→ 37,620	K759	
K760		癒合腎離断術	47,020	→ 47,020	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	10,660	→ 10,660	K761	
K762		腎固定術	10,350	→ 10,350	K762	
K763		腎切石術	27,550	→ 27,550	K763	
K764		経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800	→ 32,800	K764	
K765		経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	33,040	→ 33,040	K765	
K766		経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→ 13,000	K766	
K767		腎盂切石術	27,210	→ 27,210	K767	
K768		体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769		腎部分切除術	32,620	→ 35,880	K769	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930	→ 43,930	K769-2	【新設】
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900	→ 42,900	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	11,580	→ 11,580	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850	→ 18,850	K770-2	
K770-3	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360	→ 20,360	K770-3	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	17,680	→ 17,680	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	54,250	→ 54,250	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240	→ 40,240	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,770	→ 42,770	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	64,720	→ 64,720	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	49,870	→ 49,870	K773-3	
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	52,800	→ 52,800	K773-4	
	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	-	→ 70,730	K773-5	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	13,860	→ 13,860	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	25,350	→ 27,890	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K777	
K778	腎盂形成手術	33,120	→ 33,120	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600	→ 51,600	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	35,700	→ 35,700	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	43,400	→ 43,400	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→ 51,850	K779-3	
K780	同種死体腎移植術	98,770	→ 98,770	K780	
	注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合	40,000	→ 40,000	注1	
K780-2	生体腎移植術	62,820	→ 62,820	K780-2	
<b>(尿管)</b>					
K781	経尿道的尿路結石除去術			K781	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K781-2	1	レーザーによるもの	22,270	→ 22,270	1	【新設】
	2	その他のもの	14,800	→ 14,800	2	
		ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770	→ 7,770	K781-2	
K782		経尿道的腎盂尿管凝固止血術	-	→ 8,250	K781-3	
		尿管切石術			K782	
	1	上部及び中部	10,310	→ 10,310	1	
	2	膀胱近接部	15,310	→ 15,310	2	
K783		経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930	→ 20,930	K783	
K783-2		経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→ 3,400	K783-2	
K783-3		経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→ 1,300	K783-3	
K784		残存尿管摘出術	18,810	→ 18,810	K784	
K784-2		尿管剥離術	18,810	→ 18,810	K784-2	
K785		経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420	→ 21,420	K785	
K785-2		腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040	→ 31,040	K785-2	
K786		尿管膀胱吻合術	19,370	→ 21,310	K786	
K787		尿管尿管吻合術	27,210	→ 27,210	K787	
K788		尿管腸吻合術	17,070	→ 17,070	K788	
K789		尿管腸膀胱吻合術	40,390	→ 46,450	K789	
K790		尿管皮膚瘻造設術	12,910	→ 14,200	K790	
K791		尿管皮膚瘻閉鎖術	25,860	→ 28,450	K791	
K792		尿管腸瘻閉鎖術	36,840	→ 36,840	K792	
K793		尿管腔瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K793	
K794		尿管口形成手術	16,580	→ 16,580	K794	
K794-2		経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→ 15,500	K794-2	
<b>(膀胱)</b>						
K795		膀胱破裂閉鎖術	11,170	→ 11,170	K795	
K796		膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	K796	
K797		膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	K797	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
	1 経尿道的手術	8,320	→ 8,320	1	
	2 膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	8,320	→ 8,320	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	9,260	→ 9,260	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
K800-3	膀胱水圧拡張術	6,410	→ 6,410	K800-3	
K801	膀胱単純摘除術			K801	
	1 腸管利用の尿路変更を行うもの	48,650	→ 59,350	1	
	2 その他のもの	44,790	→ 51,510	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	10,610	→ 10,610	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	
	1 メッシュを使用するもの	30,880	→ 30,880	1	
	2 その他のもの	16,860	→ 19,390	2	
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,100	→ 11,100	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 21,700	2	
K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710	→ 12,710	K802-4	
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	14,710	→ 18,680	K802-5	
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	34,980	→ 40,930	K802-6	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	
	1 切除	29,190	→ 34,150	1	
	2 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	66,890	→ 66,890	2	
	3 全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	80,160	→ 80,160	3	
	4 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	107,800	→ 107,800	4	
	5 全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	110,600	→ 110,600	5	
	6 経尿道的手術			6	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K803-2	イ	電解質溶液利用のもの	12,300	→ 12,300	イ	
	ロ	その他のもの	10,400	→ 10,400		
		狭帯域光強調加算	-	→ 200	注	【注の追加】
K803-2		腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380	→ 89,380	K803-2	
K803-3		腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	87,380	→ 87,380	K803-3	
K804		尿膜管摘出術	10,950	→ 10,950	K804	
K804-2		腹腔鏡下尿膜管摘出術	15,050	→ 18,360	K804-2	
K805		膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	→ 7,870	K806	
K807		膀胱腔瘻閉鎖術	25,180	→ 27,700	K807	
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	25,180	→ 27,700	K808	
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	33,800	→ 37,180	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	23,520	→ 23,520	K809-2	
		巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合	-	→ 9,400	注	【注の追加】
K809-3		腹腔鏡下膀胱内手術	32,000	→ 37,440	K809-3	
K810		ボアリー氏手術	35,150	→ 36,840	K810	
K811		腸管利用膀胱拡大術	41,910	→ 48,200	K811	
K812		回腸(結腸)導管造設術	43,100	→ 49,570	K812	
K812-2		排泄腔外反症手術			K812-2	
	1	外反膀胱閉鎖術	64,030	→ 70,430	1	
	2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
<b>(尿道)</b>						
K813		尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814		外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815		尿道結石、異物摘出術			K815	
	1	前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
	2	後部尿道	5,250	→ 5,250	2	
K816		外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	K816	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
	1 摘出	27,550	→ 32,230	1	
	2 内視鏡による場合	20,110	→ 23,130	2	
	3 尿路変更を行う場合	54,060	→ 54,060	3	
K818	尿道形成手術			K818	
	1 前部尿道	17,030	→ 17,030	1	
	2 後部尿道	37,700	→ 37,700	2	
K819	尿道下裂形成手術	33,790	→ 33,790	K819	
K819-2	陰茎形成術	33,790	→ 43,930	K819-2	
K820	尿道上裂形成手術	39,000	→ 39,000	K820	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	15,040	→ 15,040	K821	
K821-2	尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→ 14,200	K821-2	
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3	
K822	女子尿道脱手術	7,560	→ 7,560	K822	
K823	尿失禁手術			K823	
	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	23,510	→ 23,510	1	
	2 その他のもの	20,680	→ 20,680	2	
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	23,320	→ 23,320	K823-2	
K823-3	膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	23,320	→ 23,320	K823-3	
K823-4	腹腔鏡下尿失禁手術	32,440	→ 32,440	K823-4	
K823-5	人工尿道括約筋植込・置換術	23,920	→ 23,920	K823-5	
<b>第11款 性器</b>					
<b>(陰茎)</b>					
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	K824	
K825	陰茎全摘術	16,630	→ 16,630	K825	
K826	陰茎切断術	5,850	→ 5,850	K826	
K826-2	陰茎折症手術	8,550	→ 8,550	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	5,850	→ 5,850	K826-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K827		陰茎悪性腫瘍手術			K827	
	1	陰茎切除	18,590	→ 21,750	1	
	2	陰茎全摘	36,500	→ 36,500	2	
K828		包茎手術			K828	
	1	背面切開術	740	→ 740	1	
	2	環状切除術	2,040	→ 2,040	2	
K828-2		陰茎持続勃起症手術			K828-2	
	1	亀頭—陰茎海綿体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	4,060	→ 4,670	1	
	2	その他のシャント術によるもの	18,600	→ 18,600	2	
<b>(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)</b>						
K829		精管切断、切除術(両側)	2,550	→ 2,550	K829	
K830		精巣摘出術	2,770	→ 2,770	K830	
K830-2		精巣外傷手術			K830-2	
	1	陰囊内血腫除去術	3,200	→ 3,200	1	
	2	精巣白膜縫合術	3,400	→ 3,400	2	
K831 及び K831-2		削除			K831 及び K831-2	
K832		精巣上体摘出術	4,200	→ 4,200	K832	
K833		精巣悪性腫瘍手術	10,290	→ 10,290	K833	
K834		精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,480	K834	
K834-2		腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590	→ 18,590	K834-2	
K835		陰囊水腫手術			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	8,470	→ 9,740	K836	
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	31,770	→ 37,170	K836-2	
K837		精管形成手術	11,310	→ 11,310	K837	
K838		精索捻転手術			K838	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,810	→ 7,810	1	
	2	その他のもの	8,230	→ 8,230	2	
<b>(精囊、前立腺)</b>						
K839		前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	K839	
K840		前立腺被膜下摘出術	15,920	→ 15,920	K840	
K841		経尿道的前立腺手術			K841	
	1	電解質溶液利用のもの	20,400	→ 20,400	1	
	2	その他のもの	18,500	→ 18,500	2	
K841-2		経尿道的レーザー前立腺切除術			K841-2	
	1	ホルミウムレーザーを用いるもの	20,470	→ 20,470	1	
	2	その他のもの	19,000	→ 19,000	2	
K841-3		経尿道的前立腺高温治療(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-3	
K841-4		焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-4	
K842		削除			K842	
K843		前立腺悪性腫瘍手術	41,080	→ 41,080	K843	
K843-2		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430	→ 77,430	K843-2	
K843-3		腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780	→ 59,780	K843-3	
		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	-	→ 95,280	K843-4	【新設】
<b>(外陰、会陰)</b>						
K844		バルトリン腺膿瘍切開術	780	→ 780	K844	
K845		処女膜切開術	790	→ 790	K845	
K846		処女膜切除術	980	→ 980	K846	
K847		輪状処女膜切除術	2,230	→ 2,230	K847	
K848		バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760	→ 2,760	K848	
K849		女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→ 2,340	K849	
K850		女子外性器悪性腫瘍手術			K850	
	1	切除	29,190	→ 29,190	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K850-2	2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	54,020	→ 63,200	2	
	K851	腔絨毛性腫瘍摘出術	23,830	→ 23,830		
		会陰形成手術			K851	
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 5,760	2	
K851-2		外陰・腔血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2	
K851-3		癒合陰唇形成手術			K851-3	
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→ 5,760	2	
<b>(腔)</b>						
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	5,410	→ 5,410	2	
	3	腔円蓋に及ぶ裂創	8,280	→ 8,280	3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	31,940	→ 31,940	4	
K853		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	29,190	→ 37,070	K857	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K858		膣腸瘻閉鎖術	31,940	→ 35,130	K858	
K859		造膣術、膣閉鎖症術			K859	
	1	拡張器利用によるもの	2,130	→ 2,130	1	
	2	遊離植皮によるもの	18,810	→ 18,810	2	
	3	膣断端挙上によるもの	28,210	→ 28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	40,900	→ 47,040	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	55,810	→ 55,810	5	
K859-2		腹腔鏡下造膣術	38,690	→ 38,690	K859-2	
K860		膣壁形成手術	7,160	→ 7,880	K860	
K860-2		膣断端挙上術(膣式、腹式)	29,190	→ 29,190	K860-2	
(子宮)						
K861		子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	
K862		クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863		腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	20,610	→ 20,610	K863	
K863-2		子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	18,590	→ 18,590	K863-2	
K863-3		子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17,810	→ 17,810	K863-3	
K864		子宮位置矯正術			K864	
	1	アレキサンダー手術	4,040	→ 4,040	1	
	2	開腹による位置矯正術	7,540	→ 7,540	2	
	3	癒着剥離矯正術	14,070	→ 14,070	3	
K865		子宮脱手術			K865	
	1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	16,900	→ 16,900	1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	16,900	→ 16,900	2	
	3	マンチェスター手術	14,110	→ 14,110	3	
	4	膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	28,210	→ 28,210	4	
		腹腔鏡下仙骨膣固定術	-	→ 48,240	K865-2	【新設】
K866		子宮頸管ポリープ切除術	990	→ 990	K866	
K866-2		子宮膣部冷凍凝固術	990	→ 990	K866-2	

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		
K867	子宮頸部(腔部)切除術	3,330	→ 3,330	K867	
K867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	→ 470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む。)	3,330	→ 3,330	K867-3	
K867-4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→ 3,330	K867-4	
K868から K870まで	削除			K868から K870まで	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(腔式)	3,810	→ 3,810	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
	1 腹式	24,510	→ 24,510	1	
	2 腔式	14,290	→ 14,290	2	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	37,620	→ 37,620	K872-2	
K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→ 4,730	K872-3	
K872-4	痕跡副角子宮手術			K872-4	
	1 腹式	15,240	→ 15,240	1	
	2 腔式	8,450	→ 8,450	2	
K872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	→ 8,450	K872-5	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	17,100	→ 17,100	K873	
K874 及び K875	削除			K874 及び K875	
K876	子宮腔上部切断術	9,500	→ 9,500	K876	
K876-2	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	14,620	→ 14,620	K876-2	
K877	子宮全摘術	28,210	→ 28,210	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050	→ 42,050	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	14,290	→ 14,290	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130	→ 28,130	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	62,000	→ 62,000	K879	
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	70,200	→ 70,200	K879-2	
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	21,130	→ 23,240	K881	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K882		重複子宮、双角子宮手術	22,980	→ 25,280	K882	
K883		子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	K883	
K883-2		子宮頸管閉鎖症手術			K883-2	
	1	非観血的	180	→ 180	1	
	2	観血的	3,590	→ 3,590	2	
K884		奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	21,130	→ 23,240	K884	
<b>(子宮附属器)</b>						
K885		膣式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
K885-2		経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1,490	→ 1,490	K885-2	
K886		子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
	1	開腹によるもの	11,580	→ 11,580	1	
	2	腹腔鏡によるもの	21,370	→ 21,370	2	
K887		卵巣部分切除術(膣式を含む。)			K887	
	1	開腹によるもの	5,130	→ 5,130	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-2		卵管結紮術(膣式を含む。)(両側)			K887-2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-3		卵管口切開術			K887-3	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→ 18,810	2	
K887-4		腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20,620	→ 24,130	K887-4	
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)			K888	
	1	開腹によるもの	15,720	→ 15,720	1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,940	→ 25,940	2	
K888-2		卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)			K888-2	
	1	開腹によるもの	12,460	→ 12,460	1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,540	→ 25,540	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500	→ 58,500	K889	
K890	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	27,380	→ 27,380	K890	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	46,410	→ 46,410	K890-2	
K890-3	腹腔鏡下卵管形成術	42,120	→ 46,410	K890-3	
<b>(産科手術)</b>					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	3,170	→ 3,170	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,550	→ 2,550	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
	1 低位(出口)鉗子	2,700	→ 2,700		1
	2 中位鉗子	4,760	→ 4,760		2
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰(脛壁)裂創縫合術(分娩時)			K896	
	1 筋層に及ぶもの	1,650	→ 1,650		1
	2 肛門に及ぶもの	3,860	→ 3,860		2
	3 膣円蓋に及ぶもの	4,320	→ 4,320		3
	4 直腸裂創を伴うもの	8,200	→ 8,200		4
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	4,900	→ 4,900	K897	
K898	帝王切開術			K898	
	1 緊急帝王切開	20,140	→ 22,200		1
	2 選択帝王切開	20,140	→ 20,140		2
	3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合 複雑な場合	21,640	→ - - → 2,000		注
K899	胎児縮小術(娩出術を含む。)	3,220	→ 3,220	K899	
K900	臍帯還納術	1,240	→ 1,240	K900	
K900-2	脱垂肢整復術	1,240	→ 1,240	K900-2	
K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	2,460	→ 2,460	K901	
K902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	K902	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K903	子宮破裂手術			K903	
	1 子宮全摘除を行うもの	29,190	→ 29,190	1	
	2 子宮腔上部切断を行うもの	26,700	→ 29,190	2	
	3 その他のもの	14,500	→ 14,500	3	
K904	妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	33,120	→ 33,120	K904	
K905	子宮内反症整復手術(腔式、腹式)			K905	
	1 非観血的	340	→ 340	1	
	2 観血的	13,820	→ 13,820	2	
K906	子宮頸管縫縮術			K906	
	1 マクドナルド法	1,680	→ 1,680	1	
	2 シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→ 3,090	2	
	3 縫縮解除術(チューブ除去術)	1,500	→ 1,500	3	
K907	胎児外回転術	670	→ 670	K907	
K908	胎児内(双合)回転術	1,190	→ 1,190	K908	
K909	流産手術			K909	
	1 妊娠11週までの場合	2,000	→ 2,000	1	
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110	→ 5,110	2	
K909-2	子宮内容除去術(不全流産)	1,980	→ 1,980	K909-2	
K910	削除			K910	
K910-2	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000	→ 40,000	K910-2	
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)	10,800	→ 11,880	K910-3	
K911	胞状奇胎除去術	4,120	→ 4,120	K911	
K912	子宮外妊娠手術			K912	
	1 開腹によるもの	14,110	→ 14,110	1	
	2 腹腔鏡によるもの	22,950	→ 22,950	2	
K913	新生児仮死蘇生術			K913	
	1 仮死第1度のもの	840	→ 840	1	
	2 仮死第2度のもの	2,700	→ 2,700	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(その他)</b>					
K913-2	性腺摘出術			K913-2	
1	開腹によるもの	6,280	→ 6,280	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,590	→ 18,590	2	
<b>第12款 削除</b>					
<b>第13款 臓器提供管理料</b>					
K914	脳死臓器提供管理料	20,000	→ 20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000	→ 5,000	K915	
<b>第2節 輸血料</b>					
K920	輸血			K920	
1	自家採血輸血(200mLごとに)			1	
イ	1回目	750	→ 750	イ	
ロ	2回目以降	650	→ 650	ロ	
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	250	→ 250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500	→ 500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	
(1)	液状保存の場合	250	→ 250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500	→ 500	(2)	
4	自己血輸血			4	
イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
(1)	液状保存の場合	750	→ 750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K920-2	(1) 液状保存の場合	750	→ 750	(1)	【項目の追加】
	(2) 凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)	
	希釈式自己血輸血			5	
	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	-	→ 1,000	イ	
	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	-	→ 1,000	ロ	
	5 交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250	6	
	注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用	48	→ 48	注5	
	注6 不規則抗体検査の費用	200	→ 197	注6	
	注7 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI(A、B、C)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,000	→ 1,000	注7	
	注7 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスII(DR、DQ、DP)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,400	→ 1,400	注7	
	注8 輸血に伴って、血液交叉試験を行った場合	30	→ 30	注8	
	注8 輸血に伴って、間接クームス検査を行った場合	34	→ 34	注8	
注9 6歳未満の乳幼児の場合	26	→ 26	注9		
注12 血小板洗浄術加算	580	→ 580	注12		
	輸血管管理料			K920-2	
1	輸血管管理料I	220	→ 220	1	
2	輸血管管理料II	110	→ 110	2	
注2	輸血適正使用加算(輸血管管理料Iの場合)	120	→ 120	注2	
注2	輸血適正使用加算(輸血管管理料IIの場合)	60	→ 60	注2	
注3	貯血式自己血輸血管理体制加算	50	→ 50	注3	
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921	
1	骨髓採取			1	
イ	同種移植の場合	21,640	→ 21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440	→ 17,440	ロ	
2	末梢血幹細胞採取			2	
イ	同種移植の場合	21,640	→ 21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440	→ 17,440	ロ	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K922		造血幹細胞移植			K922	
	1	骨髄移植			1	
	イ	同種移植の場合	66,450	→ 66,450	イ	
	ロ	自家移植の場合	25,850	→ 25,850	ロ	
	2	末梢血幹細胞移植			2	
	イ	同種移植の場合	66,450	→ 66,450	イ	
	ロ	自家移植の場合	30,850	→ 30,850	ロ	
	3	臍帯血移植	66,450	→ 66,450	3	
	注3	6歳未満の乳幼児の場合	26	→ 26	注3	
	注7	抗HLA抗体検査加算	4,000	→ 4,000	注7	
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	
K924		自己生体組織接着剤作成術	1,400	→ 1,400	K924	
<b>第3節 手術医療機器等加算</b>						
K930		脊髄誘発電位測定等加算			K930	
	1	脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	3,130	→ 3,130	1	
	2	甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	2,500	→ 2,500	2	
K931		超音波凝固切開装置等加算	3,000	→ 3,000	K931	
K932		創外固定器加算	10,000	→ 10,000	K932	
K933		イオンフォレーゼ加算	45	→ 45	K933	
K934		副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→ 1,000	K934	
K934-2		副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	1,000	→ 1,000	K934-2	
K935		止血用加熱凝固切開装置加算	700	→ 700	K935	
K936		自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936	
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	
		術中グラフト血流測定加算	-	→ 2,500	K937-2	【新設】
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	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	1	ナビゲーションによるもの	2,000	→ 2,000	1	
	2	実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	→ 2,000	2	
	3	患者適合型手術支援ガイドによるもの	2,000	→ 2,000	3	
K939-2		術中血管等描出撮影加算	500	→ 500	K939-2	
K939-3		人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	450	→ 450	K939-3	
K939-4		内視鏡手術用支援機器加算	54,200	→ -	K939-4	【削除】
K939-5		胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500	→ 2,500	K939-5	
		凍結保存同種組織加算	-	→ 9,960	K939-6	【新設】

## 別表2

## 第10部 手術（名称を変更する項目）

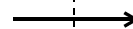
旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)
K171-2	内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
K446 1	徒手の授動術(パンピングを併用した場合)	K446 1	徒手の授動術
K555-2	経皮的大動脈弁置換術	K555-2	経カテーテル大動脈弁置換術
K599-5	経静脈電極抜去術(レーザーシースを用いるもの)	K599-5	経静脈電極抜去術
K642-2	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	K642-2	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
K702 1	腓尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合	K702 1	腓尾部切除術の場合
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p> <p>L008-2 低体温療法（1日につき）</p>		<p>(追加) → 注9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加) → 注10 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号K672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。</p>

【注の追加】

(追加)



注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 放射線治療</p> <p>通則</p> <p>【通則の追加】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p>	<p>1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM001-3まで及びM002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。</p>

【新設】

(新設)

第1節 放射線治療管理・実施料

【新設】

(新設)

M001-4 粒子線治療（一連につき）

1 重粒子線治療の場合 150,000点

2 陽子線治療の場合 150,000点

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

注2 別に厚生労働大臣が定める患者に対して粒子線治療を行った場合は、所定点数の100分の25に相当する点数を加算する。

注3 粒子線治療の適応判定体制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、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

M004 密封小線源治療（一連につ

き)

【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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

第2節 特定保険医療材料

【新設】

(新設)

M200 特定保険医療材料  
材料価格を10円で除して得た点数  
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 病理診断 第1節 病理標本作製料 N002 免疫染色（免疫抗体法） 病理組織標本作製  <b>【項目の見直し】</b>  <b>【注の見直し】</b>  N004 細胞診（1部位につき）  <b>【項目の見直し】</b>	 6 その他（1臓器につき） 400点  注2 6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、1,600点を所定点数に加算する。  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	 6 ALK融合タンパク 2,700点 7 CD30 400点 8 その他（1臓器につき） 400点  注2 8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、1,600点を所定点数に加算する。  1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点 3 セルブロック法によるもの 860点

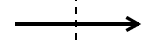
第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

【点数の見直し】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

400点  
200点



450点  
200点

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成30年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>イ 区分番号D003の9に掲げるキモトリプシン（糞便）</p> <p>ロ 区分番号D004の1に掲げる酸度測定（胃液）</p> <p>ハ 区分番号D004の9に掲げる乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）半定量（腔分泌液）</p> <p>ニ 区分番号D004の11に掲げるⅡ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）</p> <p>ホ 区分番号D006の2に掲げる全血凝固時間</p> <p>ヘ 区分番号D006の7に掲げるヘパラスチンテスト</p> <p>ト 区分番号D006の14に掲げるフィブリノゲン分解産物（FgDP）</p> <p>チ 区分番号D006の35に掲げるフィブリノペプチド</p> <p>リ 区分番号D007の1に掲げる膠質反応</p> <p>ヌ 区分番号D007の50に掲げるCKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ（PH）</p> <p>ル 区分番号D007の51に掲げるα-フェトプロテイン（AFP）定性（腔分泌液）</p> <p>ヲ 区分番号D009の9に掲げるCA50</p> <p>ワ 区分番号D009の16に掲げるⅠ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（PICP）、SP1</p> <p>カ 区分番号D009の20に掲げる遊離型フコース（尿）</p> <p>ヨ 区分番号D009の22に掲げるCA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（HCGβ-CF）（尿）</p> <p>タ 区分番号D009の23に掲げる腓癌胎児性抗原（POA）</p> <p>レ 区分番号D009の25に掲げるHER2蛋白（乳頭分泌液）</p> <p>ソ 区分番号D012の5に掲げる連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量</p> <p>ツ 区分番号D012の16に掲げる抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量</p> <p>ネ 区分番号D012の21に掲げるノイラミニダーゼ定性</p> <p>ナ 区分番号D012の37に掲げるレプトスピラ抗体</p>



- ラ 区分番号D 0 1 2 の46に掲げるボレリア・ブルグドルフェリ抗体
- ム 区分番号D 0 1 2 の49に掲げるダニ特異 I g G抗体、W e i l - F e l i x反応
- ウ 区分番号D 0 1 4 の22に掲げるC<sub>3</sub>d結合免疫複合体
- キ 区分番号D 0 2 3 - 2 の3に掲げる腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）定性

- 3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A 1 0 1 の注11に規定する診療料は、平成30年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 4 第2章の規定にかかわらず、区分番号B 0 0 1 の22の2に規定する診療料は、平成29年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 5 旧算定方法別表第一区分番号H 0 0 0 の注2及び注3、区分番号H 0 0 1 の注1本文及び注4、区分番号H 0 0 2 の注1本文及び注4並びに区分番号H 0 0 3 の注2及び注3の規定については、平成28年3月31日においてこれらの規定の適用を受ける患者に限り、なおその効力を有するものとする。
- 6 平成28年3月31日において旧算定方法別表第一区分番号H 0 0 1 の1のロ、2のロ若しくは3のロ又は注4のイの(2)、ロの(2)若しくはハの(2)の規定の適用を受ける患者に対する区分番号H 0 0 1 - 2 の注1から注4までの規定の適用については、注1については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日以内」、注2については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注3については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注4については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日」とする。

### 3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1節 調剤技術料</p> <p>00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>41点</p> <p>注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、ロに該当する保険薬局であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについてはこの限りでない。</p> <p>イ 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。）</p> <p>ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係</p>	<p>1 調剤基本料 1 41点</p> <p>2 調剤基本料 2 25点</p> <p>3 調剤基本料 3 20点</p> <p>4 調剤基本料 4 31点</p> <p>5 調剤基本料 5 19点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方せんの受付1回につき、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、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。</p>

る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限り、イに該当するものを除く。  
)

【注の追加】

(追加)

注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

【注の見直し】

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

なお、注1のロに該当する場合にあっては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてのみ加算できる。

- イ 基準調剤加算1 12点
- ロ 基準調剤加算2 36点

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。

なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。

【注の見直し】

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

- |                |     |
|----------------|-----|
| イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |

注5 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- |                |     |
|----------------|-----|
| イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |

【注の削除】

注6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算

（削除）

定する。

【注の追加】

(追加)

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

01 調剤料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。  
（1剤につき））

【点数の見直し】

イ	14日分以下の場合		
	(1) 7日目以下の部分（1日分につき）	5点	5点
	(2) 8日目以上の部分（1日分につき）	4点	4点
ロ	15日分以上21日分以下の場合	71点	70点
ハ	22日分以上30日分以下の場合	81点	80点

	<p>ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 290点</p>	→	<p>87点</p> <p>注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43日分以上の場合 220点</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>【項目の見直し】</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） 41点</p>	→	<p>10 薬剤服用歴管理指導料</p> <p>1 原則6月以内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、ハを除く</p>	→	<p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せ</p>

【注の追加】

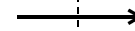
すべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。

イ・ロ (略)

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ・ホ (略)

(追加)



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

イ・ロ (略)

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ・ホ (略)

注2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、患者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

【注の見直し】

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。  
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

【注の見直し】

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、4点を所定点数に加算する。

必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

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

注5 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、10点を所定点数に加算する。



【注の見直し】	<p>注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、5点を所定点数に加算する。</p>	<p>注6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注8 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
1 3 長期投薬情報提供料	<p>1 長期投薬情報提供料1 (情報提供1回につき18点) 2 長期投薬情報提供料2 (服薬指導1回につき28点)</p>	(削除)
【削除】	<p>注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家</p>	

【新設】

族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同じの疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。

注3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

（新設）

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 70点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

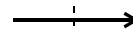
注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

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

【新設】

(新設)



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、10点を所定点数に加算する。

注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。

注6 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、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。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 270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薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、診療報酬点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得

1 4 の 2 外来服薬支援料

【注の見直し】

注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。

て、必要な指導等を行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（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に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

【注の追加】

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の見直し】

1 5 の 5 服薬情報等提供料

(追加)

注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

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を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定できる。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【点数の見直し】

15点

20点

【注の見直し】

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

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

【注の見直し】

注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

注2 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

【新設】

(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点  
注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的

で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については算定しない。