診療報酬点数表 新旧対照表

（平成28年4月実施）

Ⅰ　医科診療報酬点数表
第１章　基本診療料 ―― 2
第１部　初・再診料 ―― 2
第２部　入院料等 ―― 8
　第１節　入院基本料 ―― 9
　第２節　入院基本料等加算 ―― 32
　第３節　特定入院料 ―― 54
　第４節　短期滞在手術等基本料 ―― 76
第２章　特掲診療料 ―― 80
第１部　医学管理等 ―― 80
第２部　在宅医療 ―― 111
第３部　検査 ―― 139
　⑴①新検査項目一覧 ―― 139
　　②名称を変更する項目 ―― 161
　　③１つの検査を複数に分ける項目 ―― 161
　⑵新設、注の追加・見直し等 ―― 162
第４部　画像診断 ―― 165
第５部　投薬 ―― 174
第６部　注射 ―― 179
第７部　リハビリテーション ―― 184
第８部　精神科専門療法 ―― 194
第９部　処置 ―― 208
第10部　手術 ―― 225
　⑴①新手術項目一覧 ―― 225
　　②名称を変更する項目 ―― 269
　⑵新設、注の追加・見直し等 ―― 270
第11部　麻酔 ―― 277
第12部　放射線治療 ―― 283
第13部　病理診断 ―― 287
第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料 ―― 290
第４章　経過措置 ―― 293
改正告示（適用年月日） ―― 293

Ⅱ　調剤報酬点数表 ―― 294

Ⅰ　医科診療報酬点数表 新旧対照表

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

項　　目	現　　行	改　　正
通則 【通則の見直し】	1　健康保険法第63条第１項第１号及び高齢者医療確保法第64条第１項第１号の規定による初診及び再診の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に２以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注５のただし書、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注３及び区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注５に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、１回として算定する。 2　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料(外来診療料を含む。）を算定する。 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。	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Ａ001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Ａ002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。
第１節　初診料	**Ａ000 初診料**　282点 注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院(同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 注３　病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割	

項　　目	現　　行	改　　正
	合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 注４　当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が５割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 注５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り141点（注２から注４までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注９までに規定する加算は算定しない。 注６　６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、75点を所定点数に加算する。ただし、注７又は注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児の場合においては、345点）を所定点数に加算する。 注８　小児科を標榜する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届	→ 第60号 → 施設基準を満たす保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注７のただし書又は注８に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。	
第２節　再診料 **Ａ001 再診料**	**Ａ001 再診料**　72点 注１　保険医療機関（許可病床のうち医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。 注２　当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、53点を算定する。 注３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、36点（注２に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注４から注８まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。 注４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注５又は注６に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注５　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。 注６　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注５の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。 注７　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に	→ 注４から注８まで及び注10から注13まで → 施設基準を満たす保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	おいて再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注５のただし書又は注６に規定する場合にあっては、この限りでない。 注８　入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。 注９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。 注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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 ロ　時間外対応加算２　３点 ハ　時間外対応加算３　１点 注11　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。	→ 注８の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算 → 施設基準を満たす保険医療機関
【注の追加】	（追加）	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を所定点数に加算する。
Ａ002 外来診療料	**Ａ002 外来診療料**　73点 注１　許可病床のうち医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医	

項　　目	現　　行	改　　正
	療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54点を算定する。 注３　病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54点を算定する。 注４　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54点を算定する。 注５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り36点（注２から注４までに規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注９までに規定する加算は算定しない。	
【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　糞便検査 区分番号Ｄ003に掲げるもの ハ　血液形態・機能検査 区分番号Ｄ005（９のうちヘモグロビンA1$_c$（HbA1$_c$）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの ニ　創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの ホ　削除 ヘ　皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの ト　膀胱洗浄 チ　腟洗浄 リ　眼処置 ヌ　睫毛抜去 ル　耳処置 ヲ　耳管処置 ワ　鼻処置 カ　口腔、咽頭処置 ヨ　間接喉頭鏡下喉頭処置 タ　ネブライザー レ　超音波ネブライザー	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）

項　　目	現　　行	改　　正
	ソ　介達牽引 ツ　消炎鎮痛等処置 注７　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注９に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注８　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。 注９　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。	

第１章　基本診療料　第２部　入院料等

項　　目	現　　行	改　　正
通則		
	1　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第４節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、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。	
【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。	2　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、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。
	3　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ400の３に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。	
	4　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。	
	5　第１節から第４節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。	
	6　別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	
	7　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	
	8　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に	

項　　目	現　　行	改　　正
	掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	
第１節　入院基本料 **Ａ100 一般病棟入院基本料（１日につき）**	**Ａ100 一般病棟入院基本料（１日につき）** １　７対１入院基本料　1,591点 ２　10対１入院基本料　1,332点 ３　13対１入院基本料　1,121点 ４　15対１入院基本料　960点 注１　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。	
【注の見直し】	注２　注１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３　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　450点 （特別入院基本料等については、300点） ロ　15日以上30日以内の期間　192点 （特別入院基本料等については、155点）	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	注５　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法第８条第27項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	→ 介護保険法（平成９年法律第123号）
【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７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。 注８　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。 注９　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注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　総合入院体制加算 ロ　地域医療支援病院入院診療加算 ハ　臨床研修病院入院診療加算 ニ　救急医療管理加算 ホ　超急性期脳卒中加算 ヘ　妊産婦緊急搬送入院加算 ト　在宅患者緊急入院診療加算 チ　診療録管理体制加算 リ　医師事務作業補助体制加算 ヌ　急性期看護補助体制加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ル　看護職員夜間配置加算（７対１入院基	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）

項　　目	現　　行	改　　正
	本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ヲ　乳幼児加算・幼児加算 ワ　難病等特別入院診療加算 カ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ヨ　看護配置加算 タ　看護補助加算 レ　地域加算 ソ　離島加算 ツ　療養環境加算 ネ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ナ　二類感染症患者療養環境特別加算 ラ　重症者等療養環境特別加算 ム　小児療養環境特別加算 ウ　無菌治療室管理加算 ヰ　放射線治療病室管理加算 ノ　緩和ケア診療加算 オ　精神科リエゾンチーム加算 ク　強度行動障害入院医療管理加算 ヤ　重度アルコール依存症入院医療管理加算 マ　摂食障害入院医療管理加算 ケ　がん診療連携拠点病院加算 フ　栄養サポートチーム加算 コ　医療安全対策加算 エ　感染防止対策加算 テ　患者サポート体制充実加算 ア　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 サ　ハイリスク妊娠管理加算 キ　ハイリスク分娩管理加算 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 ヱ　総合評価加算 ヒ　呼吸ケアチーム加算 モ　後発医薬品使用体制加算 セ　病棟薬剤業務実施加算 ス　データ提出加算	ケ　がん拠点病院加算 フ～キ　（略） 〈現ユ　削除〉 〈現メ　削除〉 〈現ミ　削除〉 〈現シ　削除〉 ユ　（略） メ　（略） ミ　（略） シ　病棟薬剤業務実施加算１ ヱ　（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11　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注10までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。	
【注の見直し】	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

項　　目	現　　行	改　　正
A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	**A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）** 1　療養病棟入院基本料1 イ　入院基本料A　1,810点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点） ロ　入院基本料B　1,755点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,741点） ハ　入院基本料C　1,468点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,454点） ニ　入院基本料D　1,412点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,397点） ホ　入院基本料E　1,384点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,370点） ヘ　入院基本料F　1,230点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,215点） ト　入院基本料G　967点 （生活療養を受ける場合にあっては、952点） チ　入院基本料H　919点 （生活療養を受ける場合にあっては、904点） リ　入院基本料I　814点 （生活療養を受ける場合にあっては、800点） 2　療養病棟入院基本料2 イ　入院基本料A　1,745点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,731点） ロ　入院基本料B　1,691点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,677点） ハ　入院基本料C　1,403点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,389点） ニ　入院基本料D　1,347点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,333点） ホ　入院基本料E　1,320点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,305点） ヘ　入院基本料F　1,165点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,151点） ト　入院基本料G　902点 （生活療養を受ける場合にあっては、888点） チ　入院基本料H　854点 （生活療養を受ける場合にあっては、	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	840点） リ　入院基本料Ⅰ　750点 （生活療養を受ける場合にあっては、735点） 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院基本料Ⅰを算定する。	
【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っては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料２については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあっては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料２については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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３　療養病棟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４　入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。	
【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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	に限り2,000点を所定点数に加算する。
	注６　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点（療養病棟入院基本料１を算定する場合にあっては、１日につき300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　地域医療支援病院入院診療加算 ロ　臨床研修病院入院診療加算 ハ　在宅患者緊急入院診療加算 ニ　診療録管理体制加算 ホ　乳幼児加算・幼児加算 ヘ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ト　地域加算 チ　離島加算 リ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ヌ　療養病棟療養環境加算 ル　療養病棟療養環境改善加算 ヲ　重症皮膚潰瘍管理加算 ワ　栄養サポートチーム加算 カ　医療安全対策加算 ヨ　感染防止対策加算 タ　患者サポート体制充実加算 レ　退院調整加算 ソ　救急搬送患者地域連携受入加算 ツ　地域連携認知症支援加算 ネ　総合評価加算 ナ　病棟薬剤業務実施加算 ラ　データ提出加算	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～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。） ヘ　（略） ト　（略） チ　（略） リ　（略） ヌ　（略） ル　（略） ヲ　（略） ワ　（略） カ　（略） ヨ　（略） タ　（略） レ　（略） 〈現レ　削除〉 〈現ソ　削除〉 〈現ツ　削除〉 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のロに限る。） ラ　認知症ケア加算 ム　薬剤総合評価調整加算
	注８　別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。	
	注９　当該病棟（療養病棟入院基本料１を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番	

項　　目	現　　行	改　　正
	号Ｊ038に掲げる人工腎臓、Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ039に掲げる血漿交換療法又はＪ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。 注10　療養病棟入院基本料１を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、１日につき10点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	（追加）	注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料２を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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ていた病棟（療養病棟入院基本料２を届け出ていた病棟に限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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、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。
Ａ102 結核病棟入院基本料（１日につき）	**Ａ102 結核病棟入院基本料（１日につき）** １　７対１入院基本料　1,591点 ２　10対１入院基本料　1,332点 ３　13対１入院基本料　1,121点 ４　15対１入院基本料　960点 ５　18対１入院基本料　822点 ６　20対１入院基本料　775点 注１　病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第７条第２項第３号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号	

項　　目	現　　行	改　　正
	に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。	
【注の見直し】	注２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、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３　注１及び注２の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。	注２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、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　地域医療支援病院入院診療加算 ロ　臨床研修病院入院診療加算 ハ　救急医療管理加算 ニ　妊産婦緊急搬送入院加算 ホ　在宅患者緊急入院診療加算 ヘ　診療録管理体制加算 ト　乳幼児加算・幼児加算 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　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ヌ　看護配置加算 ル　看護補助加算 ヲ　地域加算 ワ　離島加算 カ　療養環境加算 ヨ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 タ　二類感染症患者療養環境特別加算 レ　医療安全対策加算 ソ　感染防止対策加算 ツ　患者サポート体制充実加算 ネ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ナ　ハイリスク妊娠管理加算 ラ　退院調整加算	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ナ　（略） 〈現ラ　削除〉

項　　目	現　　行	改　　正
	ム　総合評価加算 ウ　後発医薬品使用体制加算 キ　病棟薬剤業務実施加算 ノ　データ提出加算	ラ　（略） 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。
Ａ103 精神病棟入院基本料（１日につき）	**Ａ103 精神病棟入院基本料（１日につき）** １　10対１入院基本料　1,271点 ２　13対１入院基本料　946点 ３　15対１入院基本料　824点 ４　18対１入院基本料　735点 ５　20対１入院基本料　680点 注１　病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
【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。

項　　目	現　　行	改　　正
	注３　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　465点 （特別入院基本料等については、300点） ロ　15日以上30日以内の期間　250点 （特別入院基本料等については、155点） ハ　31日以上90日以内の期間　125点 （特別入院基本料等については、100点） ニ　91日以上180日以内の期間　10点 ホ　181日以上１年以内の期間　３点 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。 注５　当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号Ａ238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号Ａ238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	→ 区分番号Ａ238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算
【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　地域医療支援病院入院診療加算 ロ　臨床研修病院入院診療加算 ハ　救急医療管理加算 ニ　妊産婦緊急搬送入院加算 ホ　在宅患者緊急入院診療加算 ヘ　診療録管理体制加算 ト　乳幼児加算・幼児加算 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　特殊疾患入院施設管理加算 ヌ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ル　看護配置加算 ヲ　看護補助加算 ワ　地域加算 カ　離島加算 ヨ　療養環境加算 タ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 レ　精神科措置入院診療加算 ソ　精神科応急入院施設管理加算 ツ　精神科隔離室管理加算 ネ　精神病棟入院時医学管理加算 ナ　精神科地域移行実施加算 ラ　精神科身体合併症管理加算（18対１入院基本料及び20対１入院基本料を算定するものを除く。） ム　強度行動障害入院医療管理加算	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～ヘ　（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　（略） ル　（略） ヲ　（略） ワ　（略） カ　（略） ヨ　（略） タ　（略） レ　（略） ソ　二類感染症患者療養環境特別加算 ツ　（略） ネ　（略） ナ　（略） ラ　（略） ム　（略） ウ　（略） ヰ　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	ウ　重度アルコール依存症入院医療管理加算 キ　摂食障害入院医療管理加算 ノ　医療安全対策加算 オ　感染防止対策加算 ク　患者サポート体制充実加算 ヤ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 マ　ハイリスク妊娠管理加算 ケ　救急搬送患者地域連携受入加算 フ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算 コ　後発医薬品使用体制加算 エ　病棟薬剤業務実施加算 テ　データ提出加算	ノ　（略） オ　（略） ク　（略） ヤ　（略） マ　（略） ケ　（略） フ　（略） 〈現ケ　削除〉 コ　（略） 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。） キ　薬剤総合評価調整加算
	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。 注８　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ005-1-2に掲げる介護支援連携指導料、区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。	
【注の追加】	（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。
Ａ104 特定機能病院入院基本料（１日につき）	**Ａ104 特定機能病院入院基本料（１日につき）** １　一般病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,599点 ロ　10対１入院基本料　1,339点 ２　結核病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,599点 ロ　10対１入院基本料　1,339点 ハ　13対１入院基本料　1,126点 ニ　15対１入院基本料　965点 ３　精神病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,350点 ロ　10対１入院基本料　1,278点 ハ　13対１入院基本料　951点 ニ　15対１入院基本料　868点 注１　特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に	

項　　目	現　　行	改　　正
	厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注２　注１の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号Ａ102に掲げる結核病棟入院基本料の注３に規定する特別入院基本料の例により算定する。 注３　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　一般病棟の場合 (1)　14日以内の期間　712点 (2)　15日以上30日以内の期間　207点 ロ　結核病棟の場合 (1)　30日以内の期間　330点 (2)　31日以上90日以内の期間　200点 ハ　精神病棟の場合 (1)　14日以内の期間　505点 (2)　15日以上30日以内の期間　250点 (3)　31日以上90日以内の期間　125点 (4)　91日以上180日以内の期間　30点 (5)　181日以上１年以内の期間　15点 注４　当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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	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６　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。 注７　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注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　臨床研修病院入院診療加算 ロ　救急医療管理加算 ハ　超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。） ニ　妊産婦緊急搬送入院加算 ホ　在宅患者緊急入院診療加算 ヘ　診療録管理体制加算	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）

項　　目	現　　行	改　　正
		ト　医師事務作業補助体制加算１
	ト　急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）	チ　（略）
	チ　看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）	リ　（略）
	リ　乳幼児加算・幼児加算	ヌ　（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　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。）
	ル　超重症児(者)入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ヲ　（略）
	ヲ　看護補助加算	ワ　（略）
	ワ　地域加算	カ　（略）
	カ　離島加算	ヨ　（略）
	ヨ　療養環境加算	タ　（略）
	タ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	レ　（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　二類感染症患者療養環境特別加算
	ソ　重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	ツ　（略）
	ツ　小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	ネ　（略）
	ネ　無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）	ナ　（略）
	ナ　放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）	ラ　（略）
	ラ　緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	ム　（略）
	ム　精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）	ウ　（略）
	ウ　精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）	ヰ　（略）
	ヰ　精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）	ノ　（略）
	ノ　精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）	オ　（略）
	オ　精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）	ク　（略）
	ク　精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）	ヤ　（略）
	ヤ　精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）	マ　（略）
	マ　強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	ケ　（略）
	ケ　重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	フ　（略）
	フ　摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	コ　（略）
	コ　がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。）	エ　がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
	エ　栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）	テ　（略）
	テ　医療安全対策加算	ア　（略）
	ア　感染防止対策加算	サ　（略）
	サ　患者サポート体制充実加算	キ　（略）
	キ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	ユ　（略）
	ユ　ハイリスク妊娠管理加算	メ　（略）
	メ　ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。）	ミ　（略）
	ミ　退院調整加算（精神病棟を除く。）	〈現ミ　削除〉
	シ　新生児特定集中治療室退院調整加算（一般病棟に限る。）	〈現シ　削除〉
	エ　救急搬送患者地域連携紹介加算（一般病棟に限る。）	〈現エ　削除〉
	ヒ　総合評価加算（精神病棟を除く。）	シ　（略）
	モ　呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限	エ　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	る。） セ　後発医薬品使用体制加算 ス　病棟薬剤業務実施加算 ン　データ提出加算	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。） ン　認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。） イイ　精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。） 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。） イハ　薬剤総合評価調整加算
	注９　当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注８までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。	
【注の見直し】	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。	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。
Ａ105 専門病院入院基本料（１日につき）	**Ａ105 専門病院入院基本料（１日につき）** １　７対１入院基本料　1,591点 ２　10対１入院基本料　1,332点 ３　13対１入院基本料　1,121点 注１　専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。 注２　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　512点 ロ　15日以上30日以内の期間　207点	
【注の見直し】	注３　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護必要度加算１　30点 ロ　看護必要度加算２　15点	注３　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護必要度加算１　55点 ロ　看護必要度加算２　45点

項　　　目	現　　　　行	改　　　　正
		ハ　看護必要度加算３　　25点
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。	
	注５　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
	注６　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	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　臨床研修病院入院診療加算 ロ　救急医療管理加算 ハ　超急性期脳卒中加算 ニ　妊産婦緊急搬送入院加算 ホ　在宅患者緊急入院診療加算 ヘ　診療録管理体制加算 ト　医師事務作業補助体制加算 チ　急性期看護補助体制加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） リ　看護職員夜間配置加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ヌ　乳幼児加算・幼児加算 ル　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。） ヲ　超重症児(者)入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ワ　看護補助加算 カ　地域加算 ヨ　離島加算 タ　療養環境加算 レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ソ　二類感染症患者療養環境特別加算 ツ　重症者等療養環境特別加算 ネ　小児療養環境特別加算 ナ　無菌治療室管理加算 ラ　放射線治療病室管理加算 ム　緩和ケア診療加算 ウ　精神科リエゾンチーム加算 ヰ　強度行動障害入院医療管理加算 ノ　重度アルコール依存症入院医療管理加算 オ　摂食障害入院医療管理加算	イ～オ　（略）
	ク　がん診療連携拠点病院加算	ク　がん拠点病院加算
	ヤ　栄養サポートチーム加算 マ　医療安全対策加算 ケ　感染防止対策加算 フ　患者サポート体制充実加算 コ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 エ　ハイリスク妊娠管理加算	ヤ～エ　（略）
	テ　退院調整加算	〈現テ　削除〉
	ア　新生児特定集中治療室退院調整加算	〈現ア　削除〉

項　　目	現　　行	改　　正
	サ　救急搬送患者地域連携紹介加算 キ　総合評価加算 ユ　呼吸ケアチーム加算 メ　後発医薬品使用体制加算 ミ　病棟薬剤業務実施加算 シ　データ提出加算	〈現サ　削除〉 テ　（略） ア　（略） 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 ヱ　薬剤総合評価調整加算
	注８　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注７までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。	
【注の見直し】	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点を所定点数に加算する。	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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。
Ａ106 障害者施設等入院基本料（１日につき）	**Ａ106 障害者施設等入院基本料（１日につき）** １　７対１入院基本料　1,588点 ２　10対１入院基本料　1,329点 ３　13対１入院基本料　1,118点 ４　15対１入院基本料　978点 注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
【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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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３　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　312点 ロ　15日以上30日以内の期間　167点	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。	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。
【注の追加】	（追加）	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３⑴のイの④に規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,465点 ⑵　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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,317点 ⑵　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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,219点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,086点
【注の見直し】	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に

項　　目	現　　行	改　　正
	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　臨床研修病院入院診療加算 ロ　在宅患者緊急入院診療加算 ハ　診療録管理体制加算 ニ　医師事務作業補助体制加算 ホ　乳幼児加算・幼児加算 ヘ　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。） ト　特殊疾患入院施設管理加算 チ　超重症児(者)入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 リ　看護配置加算 ヌ　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ル　地域加算 ヲ　離島加算 ワ　療養環境加算 カ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ヨ　二類感染症患者療養環境特別加算 タ　重症者等療養環境特別加算 レ　強度行動障害入院医療管理加算 ソ　医療安全対策加算 ツ　感染防止対策加算 ネ　患者サポート体制充実加算 ナ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ラ　退院調整加算 ム　救急搬送患者地域連携受入加算 ウ　後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ヰ　データ提出加算	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）

項　　目	現　　行	改　　正
	イ　14日以内の期間　775点 ロ　15日以上30日以内の期間　602点 ハ　31日以上の期間　510点 5　有床診療所入院基本料５ イ　14日以内の期間　693点 ロ　15日以上30日以内の期間　520点 ハ　31日以上の期間　469点 6　有床診療所入院基本料６ イ　14日以内の期間　511点 ロ　15日以上30日以内の期間　477点 ハ　31日以上の期間　450点 注１　有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注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。	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３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して７日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。 注４　夜間の緊急体制確保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、夜間緊急体制確保加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注５　医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　88点 ロ　医師配置加算２　60点	
【注の見直し】	注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護配置加算１　40点 ロ　看護配置加算２　20点 ハ　夜間看護配置加算１　80点 ニ　夜間看護配置加算２　30点 ホ　看護補助配置加算１　10点	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）

項　　目	現　　行	改　　正
	へ　看護補助配置加算２　　5点 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、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　救急医療管理加算 ロ　超急性期脳卒中加算 ハ　妊産婦緊急搬送入院加算 ニ　在宅患者緊急入院診療加算 ホ　診療録管理体制加算 ヘ　乳幼児加算・幼児加算 ト　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。） チ　特殊疾患入院施設管理加算 リ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ヌ　地域加算 ル　離島加算 ヲ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ワ　二類感染症患者療養環境特別加算 カ　小児療養環境特別加算 ヨ　無菌治療室管理加算 タ　放射線治療病室管理加算 レ　重症皮膚潰瘍管理加算 ソ　有床診療所緩和ケア診療加算 ツ　医療安全対策加算 ネ　感染防止対策加算 ナ　患者サポート体制充実加算 ラ　ハイリスク妊娠管理加算 ム　退院調整加算 ウ　総合評価加算 ヰ　後発医薬品使用体制加算	注８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ラ　（略） 〈現ム　削除〉 ム　（略） ウ　（略） ヰ　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９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。 注10　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、１日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。	
【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ものとして地方厚生局長等に届け

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
Ａ109 有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）	**Ａ109 有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）** １　入院基本料Ａ　994点 （生活療養を受ける場合にあっては、980点） ２　入院基本料Ｂ　888点 （生活療養を受ける場合にあっては、874点） ３　入院基本料Ｃ　779点 （生活療養を受ける場合にあっては、765点） ４　入院基本料Ｄ　614点 （生活療養を受ける場合にあっては、599点） ５　入院基本料Ｅ　530点 （生活療養を受ける場合にあっては、516点） 注１　有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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、当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、入院基本料Ｅを算定する。 注２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあっては、444点）を算定できる。 注３　有床診療所療養病床入院基本料を算定してい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療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室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４　入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。	
【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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、2,000点）を所定点数に加算する。	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　在宅患者緊急入院診療加算 ロ　診療録管理体制加算 ハ　乳幼児加算・幼児加算 ニ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ホ　地域加算 ヘ　離島加算 ト　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 チ　診療所療養病床療養環境加算 リ　診療所療養病床療養環境改善加算 ヌ　重症皮膚潰瘍管理加算 ル　有床診療所緩和ケア診療加算 ヲ　医療安全対策加算 ワ　感染防止対策加算 カ　患者サポート体制充実加算 ヨ　退院調整加算 タ　地域連携認知症支援加算 レ　総合評価加算 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。 注10　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、１日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ001の10に掲げ	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） 〈現ヨ　削除〉 〈現タ　削除〉 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

項　　目	現　　行	改　　正
【注の追加】	る入院栄養食事指導料は、算定できない。 （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に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。

項　　目	現　　行	改　　正
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】	**Ａ200 総合入院体制加算（１日につき）** １　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　120点 注　急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。	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
	Ａ201 削除 **Ａ202 削除** **Ａ203 削除** **Ａ204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）**　1,000点 注　地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	
	Ａ204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日） １　基幹型　40点 ２　協力型　20点 注　医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。	→ 施設基準を満たす保険医療機関
Ａ205 救急医療管理加算（１日につき） 【点数の見直し】	**Ａ205 救急医療管理加算（１日につき）** １　救急医療管理加算１　800点 ２　救急医療管理加算２　400点 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定	１　900点 ２　300点 → 施設基準を満たす保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。 注２　救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。 注３　救急医療管理加算を算定する患者が６歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。 **Ａ205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日）** 12,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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、超急性期脳卒中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、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）** 7,000点 注　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）** １　他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号Ｃ000に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号Ｃ012に掲げる在宅患者共同診療料の注１に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合　2,500点 ２　連携医療機関である場合（１の場合を除く。）　2,000点 ３　１及び２以外の場合　1,000点 注１　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第	→ 施設基準を満たすもの → 施設入居時等医学総合管理料

項　　目	現　　行	改　　正
	３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 注２　１について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ207 診療録管理体制加算（入院初日）** １　診療録管理体制加算１　100点 ２　診療録管理体制加算２　30点 注　診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。	
Ａ207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日） 【点数の見直し】	**Ａ207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）** １　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　860点 ロ　20対１補助体制加算　648点 ハ　25対１補助体制加算　520点 ニ　30対１補助体制加算　435点 ホ　40対１補助体制加算　350点 ヘ　50対１補助体制加算　270点 ト　75対１補助体制加算　190点 チ　100対１補助体制加算　143点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　810点 ロ　20対１補助体制加算　610点 ハ　25対１補助体制加算　490点 ニ　30対１補助体制加算　410点 ホ　40対１補助体制加算　330点 ヘ　50対１補助体制加算　255点 ト　75対１補助体制加算　180点 チ　100対１補助体制加算　138点 注　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。	870点 658点 530点 445点 355点 275点 195点 148点 ２　（略）
Ａ207-3 急性期看護補助体制加算（１日につき）	**Ａ207-3 急性期看護補助体制加算（１日につき）** １　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割以上）　160点	

項　　目	現　　行	改　　正
	2　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割未満）　140点 3　50対１急性期看護補助体制加算　120点 4　75対１急性期看護補助体制加算　80点 注１　病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該施設基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間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）	**Ａ207-4 看護職員夜間配置加算（１日につき）**	
【項目の見直し】	50点	1　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　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。
	Ａ208 乳幼児加算・幼児加算（１日につき） 1　乳幼児加算 イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　333点 ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　289点 ハ　診療所の場合　289点 2　幼児加算 イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　283点 ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　239点 ハ　診療所の場合　239点 注１　乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院してい	

項　　目	現　　行	改　　正
	る３歳未満の乳幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 注２　幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している３歳以上６歳未満の幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **Ａ209 削除** **Ａ210 難病等特別入院診療加算（１日につき）** １　難病患者等入院診療加算　250点 ２　二類感染症患者入院診療加算　250点 注１　難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 注２　二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第６条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第３項に規定する二類感染症の患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **Ａ211 特殊疾患入院施設管理加算（１日につき）**　350点 注　重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。 **Ａ212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）** １　超重症児（者）入院診療加算 イ　６歳未満の場合　800点 ロ　６歳以上の場合　400点 ２　準超重症児（者）入院診療加算 イ　６歳未満の場合　200点 ロ　６歳以上の場合　100点 注１　超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料	

項　　目	現　　行	改　　正
	等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 注２　準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 注３　当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ301に掲げる特定集中治療室管理料の注２に規定する小児加算、区分番号Ａ301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ303の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して５日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。 注４　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟に入院している患者（区分番号Ａ106に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号Ａ306に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号Ａ309に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。	
	Ａ212-2 削除	
	Ａ213 看護配置加算（１日につき）　12点 注　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
Ａ214 看護補助加算（１日につき）	**Ａ214 看護補助加算（１日につき）** １　看護補助加算１　109点 ２　看護補助加算２　84点 ３　看護補助加算３　56点 注　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	注１　（略）
【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

項　　目	現　　行	改　　正
		間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。
【注の追加】	（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基準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。
	Ａ215 削除 **Ａ216 削除** **Ａ217 削除**	
Ａ218 地域加算（１日につき）		
【項目の見直し】	**Ａ218 地域加算（１日につき）** １　１級地　18点 ２　２級地　15点 ３　３級地　12点 ４　４級地　10点 ５　５級地　６点 ６　６級地　３点 注　一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の３第１項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、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、地域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、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。	１　１級地　18点 ２　２級地　15点 ３　３級地　14点 ４　４級地　11点 ５　５級地　９点 ６　６級地　５点 ７　７級地　３点
	Ａ218-2 離島加算（１日につき）　18点 注　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に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、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、離島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。	
	Ａ219 療養環境加算（１日につき）　25点 注　１床当たりの平均床面積が８平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第２項第４号及び高齢者医療確保法第64条第２項第４号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	→　第５号 →　第５号
	Ａ220 ＨＩＶ感染者療養環境特別加算（１日につき） １　個室の場合　350点 ２　２人部屋の場合　150点 注　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	

項　　目	現　　行	改　　正
	A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 1　個室加算　300点 2　陰圧室加算　200点 注　保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。 **A 221 重症者等療養環境特別加算（1日につき）** 1　個室の場合　300点 2　2人部屋の場合　150点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。 **A 221-2 小児療養環境特別加算（1日につき）** 300点 注　治療上の必要があって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。 **A 222 療養病棟療養環境加算（1日につき）** 1　療養病棟療養環境加算1　132点 2　療養病棟療養環境加算2　115点 注　療養病棟であって、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。 **A 222-2 療養病棟療養環境改善加算（1日につき）** 1　療養病棟療養環境改善加算1　80点 2　療養病棟療養環境改善加算2　20点 注　療養病棟であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方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、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	

項　　目	現　　行	改　　正
	A 223 診療所療養病床療養環境加算（1日につき） 100点 注　診療所の療養病床であって、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。 **A 223-2 診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき）** 35点 注　診療所の療養病床であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。 **A 224 無菌治療室管理加算（1日につき）** 1　無菌治療室管理加算1　3,000点 2　無菌治療室管理加算2　2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。 **A 225 放射線治療病室管理加算（1日につき）** 2,500点 注　治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **A 226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）** 18点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）** 400点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 注2　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方	→ 施設基準を満たす保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	厚生局長等に届け出たものにおいては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。 注３　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。 **Ａ226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）**　150点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。 **Ａ227 精神科措置入院診療加算（入院初日）**　2,500点 注　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日）**　2,500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の７第１項に規定する入院等に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ229 精神科隔離室管理加算（１日につき）**　220点 注　精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第３項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月７日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の７第１項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。 **Ａ230 精神病棟入院時医学管理加算（１日につき）**　５点 注　医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神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含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
Ａ230-2 精神科地域移行実施加算（１日につき）		

項　　目	現　　行	改　　正
【点数の見直し】	**A 230-2 精神科地域移行実施加算（1日につき）** 10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、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	20点
	A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき） 1　7日以内　450点 2　8日以上10日以内　225点 注　精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。	
A 230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 【点数の見直し】 【注の見直し】	**A 230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回）** 200点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。	300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。
	A 231 削除	
	A 231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき） 300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。	→ 施設基準を満たす保険医療機関
	A 231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき） 1　30日以内　200点 2　31日以上60日以内　100点	

項　　目	現　　行	改　　正
	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 **Ａ231-4 摂食障害入院医療管理加算（１日につき）** １　30日以内　200点 ２　31日以上60日以内　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。	
Ａ232 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 【項目の見直し】	**Ａ232 がん診療連携拠点病院加算（入院初日）** 500点	**Ａ232 がん拠点病院加算（入院初日）** 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
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に、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。	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。
Ａ233-2　栄養サポートチーム加算（週１回）	**Ａ233 削除** **Ａ233-2 栄養サポートチーム加算（週１回）** 200点 注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加	

項　　目	現　　行	改　　正
	算する。この場合において、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。	
【注の追加】	（追加）	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。
	Ａ234 医療安全対策加算（入院初日） １　医療安全対策加算１　85点 ２　医療安全対策加算２　35点 注　別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。 **Ａ234-2 感染防止対策加算（入院初日）** １　感染防止対策加算１　400点 ２　感染防止対策加算２　100点 注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。 注２　感染防止対策加算１を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。 **Ａ234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日）**　70点 注　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ235 削除**	

項　　目	現　　行	改　　正
	A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回） 500点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。 **A 236-2 ハイリスク妊娠管理加算（１日につき）** 1,200点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。 **A 237 ハイリスク分娩管理加算（１日につき）** 3,200点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。 注２　ハイリスク分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。	
A 238 退院調整加算（退院時１回） 【削除】	**A 238 退院調整加算（退院時１回）** 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日以上の期間　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いる患者が退院した場合	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	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日以上の期間　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。 **Ａ238-2 削除**	
Ａ238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算 【削除】	**Ａ238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算** 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Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ303の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り、所定点数に	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	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） 【削除】	**Ａ238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）**　1,000点 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回に限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ238に掲げる退院調整加算、区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は、別に算定できない。	（削除）
Ａ238-5 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）		

項　　目	現　　行	改　　正
【削除】	**A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）** 2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 238-4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 005-3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。 **A 238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）** 1,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。 **A 238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）** 2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 238-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	（削除）
A 238-8 地域連携認知症支援加算 【削除】	**A 238-8 地域連携認知症支援加算** 1,500点 注　認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関の病棟（区分番号A 314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、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。	（削除）
A 238-9 地域連携認知症集中治療加算（退院時１回） 【削除】	**A 238-9 地域連携認知症集中治療加算（退院時１回）** 1,500点 注　認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	101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Ａ109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。 **Ａ239 削除** **Ａ240 総合評価加算（入院中１回）**　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。 **Ａ241 削除** **Ａ242 呼吸ケアチーム加算（週１回）**　150点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ011-4に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。	
Ａ243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 【項目の見直し】	**Ａ243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）** １　後発医薬品使用体制加算１　35点 ２　後発医薬品使用体制加算２　28点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	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
Ａ244 病棟薬剤業務実施加算（週１回） 【項目の見直し】	**Ａ244 病棟薬剤業務実施加算（週１回）**　100点	**Ａ244 病棟薬剤業務実施加算** 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

項　　目	現　　行	改　　正
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟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にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては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。
Ａ245 データ提出加算（入院中１回）		
【点数の見直し】	**Ａ245 データ提出加算（入院中１回）** １　データ提出加算１ イ　200床以上の病院の場合　100点 ロ　200床未満の病院の場合　150点 ２　データ提出加算２ イ　200床以上の病院の場合　110点 ロ　200床未満の病院の場合　160点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、退院時に、所定点数に加算する。	 120点 170点 130点 180点
【新設】	（新設）	**Ａ246 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

項　　目	現　　行	改　　正
		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Ａ303-２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定したことがあるもの（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機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療

項　　目	現　　行	改　　正
		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）	**Ａ247　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 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Ａ230-4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。
【新設】	（新設）	**Ａ248　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。）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

項　　目	現　　行	改　　正
		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）	**Ａ249 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。
【新設】	（新設）	**Ａ250 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

項　　目	現　　行	改　　正
第３節　特定入院料 **Ａ300 救命救急入院料（１日につき）**	**Ａ300 救命救急入院料（１日につき）** １　救命救急入院料１ イ　３日以内の期間　9,869点 ロ　４日以上７日以内の期間　8,929点 ハ　８日以上14日以内の期間　7,623点 ２　救命救急入院料２ イ　３日以内の期間　11,393点 ロ　４日以上７日以内の期間　10,316点 ハ　８日以上14日以内の期間　9,046点 ３　救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間　9,869点 (2)　４日以上７日以内の期間　8,929点 (3)　８日以上14日以内の期間　7,623点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　３日以内の期間　9,869点 (2)　４日以上７日以内の期間　8,929点 (3)　８日以上60日以内の期間　8,030点 ４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間　11,393点 (2)　４日以上７日以内の期間　10,316点 (3)　８日以上14日以内の期間　9,046点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　３日以内の期間　11,393点 (2)　４日以上７日以内の期間　10,316点 (3)　８日以上14日以内の期間　9,046点 (4)　15日以上60日以内の期間　8,030点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき1,000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救命救急医療が行われた場合には、１日につき500点を	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	所定点数に加算する。 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。 注６　当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　急性薬毒物中毒加算１（機器分析）　5,000点 ロ　急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）　350点 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注８　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。） ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料	注８　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、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 特定集中治療室管理料（１日につき）	**Ａ301 特定集中治療室管理料（１日につき）** １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　13,650点 ロ　８日以上14日以内の期間　12,126点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　13,650点 (2)　８日以上14日以内の期間　12,126点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　７日以内の期間　13,650点 (2)　８日以上60日以内の期間　12,319点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,361点 ロ　８日以上14日以内の期間　7,837点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,361点	

項　　目	現　　行	改　　正
	(2)　8日以上14日以内の期間　7,837点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　7日以内の期間　9,361点 (2)　8日以上60日以内の期間　8,030点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ　7日以内の期間　2,000点 ロ　8日以上14日以内の期間　1,500点	
【注の見直し】	注3　第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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　第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第1節の病理標本作製料	注3　第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、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）
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）	**A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）** 1　ハイケアユニット入院医療管理料1　6,584点 2　ハイケアユニット入院医療管理料2　4,084点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。	
【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	注2　第1章基本診療料並びに第2章第3部検

項　　目	現　　行	改　　正
	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　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料	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）
Ａ301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）	**Ａ301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）**　5,804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、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14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、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　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料	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）	**Ａ301-4 小児特定集中治療室管理料（１日につ**	

項　　目	現　　行	改　　正
	き） 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	
【項目の見直し】		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、必要があっ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、必要があっ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っては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては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。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ　第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第1節の病理標本作製料	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） 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、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）
A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）	**A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）** 1　新生児特定集中治療室管理料1　10,174点 2　新生児特定集中治療室管理料2　8,109点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注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。	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 へ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ　第13部第１節の病理標本作製料	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）
Ａ303 総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）	**Ａ303 総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）** １　母体・胎児集中治療室管理料　7,125点 ２　新生児集中治療室管理料　10,174点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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　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	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、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）

項　　目	現　　行	改　　正
	ホ　中心静脈注射 へ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） リ　第13部第１節の病理標本作製料	
Ａ303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）	**Ａ303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）**　5,499点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ303の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90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、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。） ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 へ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ　第13部第１節の病理標本作製料	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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）
Ａ305 一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）	**Ａ304 削除** **Ａ305 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	１　14日以内の期間　9,046点 ２　15日以上の期間　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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料	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。） 〈現ハ　削除〉 〈現ニ　削除〉 〈現ホ　削除〉 ハ　（略） ニ　（略） ホ　（略）
Ａ306 特殊疾患入院医療管理料（１日につき）	**Ａ306 特殊疾患入院医療管理料（１日につき）** 2,009点 注１　重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。 注２　当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、１日につき所定点数に600点を加算する。 注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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。	→ Ａ246に掲げる退院支援加算３
【注の追加】	（追加）	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３⑴のイの④に規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵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
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定す	注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定す

項　　目	現　　行	改　　正
	る加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。	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のロ及び２のロに限る。）、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。
Ａ307 小児入院医療管理料（１日につき）	**Ａ307 小児入院医療管理料（１日につき）** １　小児入院医療管理料１　4,584点 ２　小児入院医療管理料２　4,076点 ３　小児入院医療管理料３　3,670点 ４　小児入院医療管理料４　3,060点 ５　小児入院医療管理料５　2,145点	
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。	注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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。 注３　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、１日につき600点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	（追加）	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
Ａ308 回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）	**Ａ308 回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）** １　回復期リハビリテーション病棟入院料１　2,025点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,011点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　1,811点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,796点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,657点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,642点） 注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医	

項　　目	現　　行	改　　正
	療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の入院基本料Ⅰ又は療養病棟入院基本料２の入院基本料Ⅰの例により、それぞれ算定する。 注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料２又は回復期リハビリテーション病棟入院料３を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。 注３　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者１人につき１日につき40点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用、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。	注４　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）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）	**Ａ308-2 削除** **Ａ308-3 地域包括ケア病棟入院料（１日につき）**	

項　　目	現　　行	改　　正
	1　地域包括ケア病棟入院料１　　2,558点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,544点） 2　地域包括ケア入院医療管理料１　2,558点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,544点） 3　地域包括ケア病棟入院料２　　2,058点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,044点） 4　地域包括ケア入院医療管理料２　2,058点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,044点） 注１　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の入院基本料Ｉ又は療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｉの例により、それぞれ算定する。 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,191点、2,191点、1,763点又は1,763点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,177点、2,177点、1,749点又は1,749点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の入院基本料Ｉ又は療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｉの例により、それ	

項　　目	現　　行	改　　正
	ぞれ算定する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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のイに限る。）及び認知症ケア加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２に含まれるものとする。
Ａ309 特殊疾患病棟入院料（１日につき）	**Ａ309 特殊疾患病棟入院料（１日につき）** １　特殊疾患病棟入院料１　2,008点 ２　特殊疾患病棟入院料２　1,625点 注１　別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注２　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、１日につき600点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、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。

項　　目	現　　行	改　　正
【注の追加】	（追加）	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３⑴のイの④に規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,857点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,701点 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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,608点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,452点
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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。	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。
Ａ310 緩和ケア病棟入院料（１日につき）	**Ａ310 緩和ケア病棟入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　30日以内の期間　4,926点 ２　31日以上60日以内の期間　4,412点 ３　61日以上の期間　3,384点	4,926点 4,400点 3,300点
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。	
【注の追加】	（追加）	注２　当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
Ａ311 精神科救急入院料（１日につき）		
	Ａ311 精神科救急入院料（１日につき） １　精神科救急入院料１ イ　30日以内の期間　3,557点 ロ　31日以上の期間　3,125点 ２　精神科救急入院料２ イ　30日以内の期間　3,351点 ロ　31日以上の期間　2,920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（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。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。
	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。	
Ａ311-2 精神科急性期治療病棟入院料（１日につ		

項　　目	現　　行	改　　正
き）		
	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき） 1　精神科急性期治療病棟入院料1 イ　30日以内の期間　1,984点 ロ　31日以上の期間　1,655点 2　精神科急性期治療病棟入院料2 イ　30日以内の期間　1,881点 ロ　31日以上の期間　1,552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（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。	注2　診療に係る費用（注3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、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。）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、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。
	注3　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。	
【注の削除】	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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	200点を所定点数に加算する。	算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
Ａ311-3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）	**Ａ311-3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）** １　30日以内の期間　3,560点 ２　31日以上の期間　3,128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（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）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３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。	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。
Ａ311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）	**Ａ311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）**　2,957点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定す	

項　　目	現　　行	改　　正
	る。	
【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。
Ａ312 精神療養病棟入院料（１日につき）	**Ａ312 精神療養病棟入院料（１日につき）** 1,090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、所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３から注６に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。 注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注４　別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。 イ　重症者加算１　60点 ロ　重症者加算２　30点 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算と	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	して、１日につき30点を所定点数に加算する。 注７　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注５に規定する加算、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。 **Ａ313 削除**	
Ａ314 認知症治療病棟入院料（１日につき）	**Ａ314 認知症治療病棟入院料（１日につき）** １　認知症治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,809点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,501点 ハ　61日以上の期間　1,203点 ２　認知症治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,316点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,111点 ハ　61日以上の期間　987点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。 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病院である保険医療機関において、当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。 注３　当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、１日につき84点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注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Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号Ｈ007-3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Ｊ038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	注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Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号Ｈ007-3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Ｊ038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
	Ａ315 削除 **Ａ316 削除**	
Ａ317 特定一般病棟入院料（１日につき）	**Ａ317 特定一般病棟入院料（１日につき）** １　特定一般病棟入院料１　1,121点 ２　特定一般病棟入院料２　960点	

項　　目	現　　行	改　　正
	注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注２　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　450点 ロ　15日以上30日以内の期間　192点	
【注の見直し】	注３　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。	注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、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、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

項　　目	現　　行	改　　正
	算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算及びデータ提出加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,191点又は1,763点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。	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。
【注の見直し】	注８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。 注９　注１から注６までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。	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。
【新設】	（新設）	**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、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

項　　目	現　　行	改　　正
		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本文に規定する加算、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。

項　　目	現　　行	改　　正
第４節　短期滞在手術等基本料 **Ａ400 短期滞在手術等基本料** 【項目の見直し】	**Ａ400 短期滞在手術等基本料** １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）2,856点 ２　短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）4,918点 （生活療養を受ける場合にあっては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、43,408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っては、27,022点） ヌ　Ｋ282　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っては、21,561点） ル　Ｋ474　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５セ	１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）2,856点 ２　短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）4,918点 （生活療養を受ける場合にあっては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、40,595点） リ　Ｋ282　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　22,096点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,025点） ヌ　Ｋ282　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　37,054点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,983点） ル　Ｋ282　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　20,065点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,994点） ヲ　Ｋ282　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　30,938点 （生活療養を受ける場合にあっては、30,867点） ワ　Ｋ474　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５セ

項　　目	現　　行	改　　正
	ンチメートル未満　20,112点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,041点）	ンチメートル未満　19,806点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,735点） カ　K616-4　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っては、37,517点）
	ヲ　K617　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っては、27,240点） ワ　K617　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っては、9,779点） カ　K617　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っては、12,300点）	ヨ　K617　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っては、23,942点） タ　K617　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っては、12,598点） レ　K617　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っては、11,678点）
	ヨ　K633　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っては、29,022点） タ　K633　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っては、24,734点）	ソ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）　35,052点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,981点） ツ　K633　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っては、28,069点） ネ　K633　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っては、25,427点） ナ　K633　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っては、24,395点） ラ　K634　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っては、68,658点） ム　K634　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っては、55,031点）
	レ　K634　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っては、56,112点） ソ　K634　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っては、51,409点）	ウ　K634　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っては、43,850点） キ　K634　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っては、50,141点）
	ツ　K721　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満　14,661点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,590点） ネ　K721　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径2センチメートル以上　18,932点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,861点） ナ　K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）　13,410点 （生活療養を受ける場合にあっては、	ノ　K721　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っては、14,243点） オ　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径2センチメートル以上　17,847点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,776点） ク　K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）　12,291点 （生活療養を受ける場合にあっては、

項　　目	現　　行	改　　正
	13,339点） ラ　K867　子宮頸部(腟部)切除術 18,400点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,329点） ム　K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,524点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,453点） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料１を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料２を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。 注２　保険医療機関（診療所を除く。）において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料３を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。 注３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料１に含まれるものとする。 イ　尿中一般物質定性半定量検査 ロ　血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査 ハ　出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（PT）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ） ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレス	12,220点） ヤ　K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 28,010点 （生活療養を受ける場合にあっては、27,939点） マ　K867　子宮頸部(腟部)切除術 17,344点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,273点） ケ　K873　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っては、34,367点） フ　M001-2　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っては、59,784点） → 乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ → リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール

項　　目	現　　行	改　　正
	テロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カルシウム ホ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性 ヘ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量 ト　血漿蛋白免疫学的検査 Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ） チ　心電図検査 区分番号Ｄ208の１に掲げるもの リ　写真診断 区分番号Ｅ001の１に掲げるもの ヌ　撮影 区分番号Ｅ002の１に掲げるもの ル　麻酔管理料（Ⅰ） 区分番号Ｌ009に掲げるもの ヲ　麻酔管理料（Ⅱ） 区分番号Ｌ010に掲げるもの	→ ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸
【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　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、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　注３のイからヲまでに掲げるもの	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。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

項　　目	現　　行	改　　正
	Ｂ000 特定疾患療養管理料 １　診療所の場合　225点 ２　許可病床数が100床未満の病院の場合　147点 ３　許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合　87点 注１　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から１月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	
Ｂ001 特定疾患治療管理料	**Ｂ001 特定疾患治療管理料** １　ウイルス疾患指導料 イ　ウイルス疾患指導料１　240点 ロ　ウイルス疾患指導料２　330点 注１　イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人Ｔ細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者１人につき１回に限り、ロについては患者１人につき月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を算定している患者については算定しない。 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、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。 ２　特定薬剤治療管理料　470点 注１　ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。 注２　同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月２回以上行った場合においては、特	

項　　目	現　　行	改　　正
	定薬剤治療管理料は１回に限り算定することとし、第１回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。 注３　ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、１回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。 注４　抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、４月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 注５　てんかんの患者であって、２種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、２回に限り所定点数を算定できる。 注６　臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。 ３　悪性腫瘍特異物質治療管理料 イ　尿中ＢＴＡに係るもの　220点 ロ　その他のもの (1)　１項目の場合　360点 (2)　２項目以上の場合　400点 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 注３　注２に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、１回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。 注４　注１に規定する検査及び治療管理並びに注２に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。 注５　腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。	

項　　目	現　　行	改　　正
	注６　注１及び注２に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注１又は注２に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。 ４　小児特定疾患カウンセリング料 イ　月の１回目　500点 ロ　月の２回目　400点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	
５　小児科療養指導料 【点数の見直し】 【注の見直し】	５　小児科療養指導料 250点 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。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。 ６　てんかん指導料　250点 注１　小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき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２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第	270点 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。

項　　目	現　　行	改　　正
	１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料又は区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 注５　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。 ７　難病外来指導管理料　270点 注１　入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　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８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。 ８　皮膚科特定疾患指導管理料 イ　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）　250点 ロ　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）　100点 注１　皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。	
９　外来栄養食事指導料 【項目の見直し】 【注の見直し】	９　外来栄養食事指導料 130点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その	イ　初回　260点 ロ　２回目以降　200点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者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っては月２回に限り、その他の月にあっては

項　　目	現　　行	改　　正
	他の月にあっては月１回に限り算定する。	月１回に限り算定する。
10　入院栄養食事指導料（週１回）	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、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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】	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。	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。
	11　集団栄養食事指導料　80点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	
12　心臓ペースメーカー指導管理料	12　心臓ペースメーカー指導管理料	
【項目の見直し】	イ　遠隔モニタリングによる場合　550点 ロ　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	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
【注の見直し】	注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（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、イにあっては４月に１回に限り、ロ及びハにあっては１月に１回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、１月に１回に限りハを算定する。	注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。
	注２　区分番号Ｋ597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号Ｋ598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号Ｋ599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号Ｋ599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。	
	注３　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	
【注の見直し】	注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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
【注の追加】	（追加）	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点に当該期間の月数（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。
	13　在宅療養指導料　170点 注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 注２　１回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。 14　高度難聴指導管理料 イ　区分番号Ｋ328に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　500点 ロ　イ以外の場合　420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、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。 注２　区分番号Ｋ328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。 15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,250点 注１　入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ　尿中一般物質定性半定量検査 ロ　尿沈渣（鏡検法） ハ　糞便検査 糞便中ヘモグロビン定性 ニ　血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ） ホ　出血・凝固検査 出血時間、全血凝固時間 ヘ　血液化学検査	

項　　目	現　　行	改　　正
	総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（1,5ＡＧ）、1,25－ジヒドロキシビタミンD_3、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T_3）、サイロキシン（T_4）、甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、遊離サイロキシン（FT_4）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ＡＮＰ）、脳性Na利尿ペプチド（ＢＮＰ） チ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量 リ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量 ヌ　血漿蛋白免疫学的検査 Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）、血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン、C_3、C_4、トランスフェリン（Tf）、β_2-マイクログロブリン ル　心電図検査 ヲ　写真診断 単純撮影（胸部） ワ　撮影 単純撮影（胸部）	→ アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、グリコアルブミン → ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画
16　喘息治療管理料 【項目の見直し】	16　喘息治療管理料 イ　１月目　75点 ロ　２月目以降　25点 注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に	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 → １については、別に厚生労働大臣が定める基準 → １については、別に厚生労働大臣が定める

項　　目	現　　行	改　　正
	適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５又は区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去１年間に３回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週１回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月１回に限り加算する。 ⑴　１月目　2,525点 ⑵　２月目以降６月目まで　1,975点	施設基準
【注の追加】	（追加） 17　慢性疼痛疾患管理料　130点 注１　診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、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２　区分番号Ｊ118に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ118-2に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号Ｊ119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点 注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。 19　削除 20　糖尿病合併症管理料　170点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　１回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。 21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　150点 注１　耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 22　がん性疼痛緩和指導管理料 １　緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合　200点 ２　１以外の場合　100点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月１回に限り算定する。 注２　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。 23　がん患者指導管理料 １　医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合　500点 ２　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点 ３　医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合　200点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当	

項　　目	現　　行	改　　正
	該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。 注４　２について、区分番号Ａ226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。 注５　３について、区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ100に掲げる処方料の注７に規定する加算又は区分番号Ｆ400に掲げる処方せん料の注６に規定する加算は、別に算定できない。 24　外来緩和ケア管理料　300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。 注３　区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。 注４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保	

項　　目	現　　行	改　　正
	険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。 25　移植後患者指導管理料 1　臓器移植後の場合　300点 2　造血幹細胞移植後の場合　300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点 注１　植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。	
27　糖尿病透析予防指導管理料	27　糖尿病透析予防指導管理料　350点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｂ001の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。 注３　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。	
【注の追加】	（追加）	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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

項　　目	現　　行	改　　正
		数に加算する。
	B001-2 小児科外来診療料（1日につき） 1　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ　初診時　572点 ロ　再診時　383点 2　1以外の場合 イ　初診時　682点 ロ　再診時　493点 注1　小児科を標榜する保険医療機関であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 注2　区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。 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8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。 **B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料** 1　地域連携小児夜間・休日診療料1　450点 2　地域連携小児夜間・休日診療料2　600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小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。 **B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料**　130点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。 **B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料**　200点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜に	→ 小児科を標榜する保険医療機関において → 注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節

項　　目	現　　行	改　　正
	おいて、入院中の患者以外の患者（区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。 **Ｂ001-2-5 院内トリアージ実施料**　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。	
Ｂ001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 【点数の見直し】 【注の見直し】	**Ｂ001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料** 200点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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２　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。	600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、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。）にあっては、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。
	Ｂ001-2-7 外来リハビリテーション診療料 １　外来リハビリテーション診療料１　72点 ２　外来リハビリテーション診療料２　109点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。 注２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。 注３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に	→　施設基準を満たす保険医療機関 →　区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料

項　　目	現　　行	改　　正
	掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。 **Ｂ001-2-8 外来放射線照射診療料**　292点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。 注２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 注３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料及び区分番号Ａ002に掲げる外来診療料は、算定しない。 **Ｂ001-2-9 地域包括診療料（月１回）**　1,503点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号Ａ001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Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ100に掲げる処方料及び区分番号Ｆ400に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、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。	→ 施設入居時等医学総合管理料
【新設】	（新設）	**Ｂ001-2-10 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、

項　　目	現　　行	改　　正
		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Ａ001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Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ002-2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Ｆ100に掲げる処方料及び区分番号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。
【新設】	（新設）	**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歳以上の患者にあっては、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。）の患者であっ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８及び注９に規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）並びに区分番号Ｃ000に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
	Ｂ001-3 生活習慣病管理料 １　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ　脂質異常症を主病とする場合　650点 ロ　高血圧症を主病とする場合　700点 ハ　糖尿病を主病とする場合　800点 ２　１以外の場合 イ　脂質異常症を主病とする場合　1,175点 ロ　高血圧症を主病とする場合　1,035点 ハ　糖尿病を主病とする場合　1,280点 注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす	

項　　目	現　　行	改　　正
	保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。 注３　糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年１回に限り所定点数に500点を加算する。	
Ｂ001-3-2 ニコチン依存症管理料	**Ｂ001-3-2 ニコチン依存症管理料** １　初回　230点 ２　２回目から４回目まで　184点 ３　５回目　180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、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。	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。
	注２　区分番号Ｄ200に掲げるスパイログラフィー等検査の４の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｂ001-4 手術前医学管理料**　1,192点 注１　手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号Ｌ002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号Ｌ004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。 注２　同一の患者につき１月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を２回以上行った場合は、第１回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日１回に限り、手術前医学管理料を算定する。 注３　手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号Ｄ208に掲げる心電図検査を算定し	

項　　目	現　　行	改　　正
	た場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 注４　同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号Ｅ001に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ002に掲げる撮影と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。 注５　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。 イ　尿中一般物質定性半定量検査 ロ　血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査 ハ　出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（ＰＴ）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ） ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）及びイオン化カルシウム ホ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性	→ 乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ → 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）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法），総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸

項　　目	現　　行	改　　正
	へ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量 ト　血漿蛋白免疫学的検査 Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ） チ　心電図検査 区分番号Ｄ208の１に掲げるもの リ　写真診断 区分番号Ｅ001の１のイに掲げるもの ヌ　撮影 区分番号Ｅ002の１に掲げるもの 注６　区分番号Ｄ026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。 注７　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は区分番号Ｄ027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。 **Ｂ001-5 手術後医学管理料（１日につき）** １　病院の場合　1,188点 ２　診療所の場合　1,056点 注１　病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日に限り算定する。 注２　同一の手術について、同一月に区分番号Ｂ001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する３日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。 注３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ　尿中一般物質定性半定量検査 ロ　尿中特殊物質定性定量検査 尿蛋白及び尿グルコース ハ　血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査 ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、	→ 乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ → 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）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色

項　　目	現　　行	改　　正
	リン脂質、遊離脂肪酸、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析 ホ　心電図検査 へ　呼吸心拍監視 ト　経皮的動脈血酸素飽和度測定 チ　終末呼気炭酸ガス濃度測定 リ　中心静脈圧測定 ヌ　動脈血採取 注４　区分番号Ｄ026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査（Ｉ）判断料を算定している患者については算定しない。 注５　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は区分番号Ｄ027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。 注６　区分番号Ａ300の救命救急入院料又は区分番号Ａ301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。 **Ｂ001-6 肺血栓塞栓症予防管理料**　305点 注１　病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があって身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 注２　肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	法），総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸
Ｂ001-7 リンパ浮腫指導管理料 【注の見直し】	**Ｂ001-7 リンパ浮腫指導管理料**　100点 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２　注１に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号Ｂ005-6の注１に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に	注１　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。

項　　目	現　　行	改　　正
	注１に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、１回に限り算定する。 **Ｂ001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料**　100点 注　保険医療機関において、医師が１歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。 **Ｂ002 開放型病院共同指導料（Ⅰ）**　350点 注１　診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用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（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者１人１日につき１回算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料又は区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。 **Ｂ003 開放型病院共同指導料（Ⅱ）**　220点 注　診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者１人１日につき１回算定する。	
Ｂ004 退院時共同指導料１ 【点数の見直し】	**Ｂ004 退院時共同指導料１** 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 注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 注２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。 注３　区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号Ｃ000に掲げる往診料又は区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。	1,500点 900点

項　　目	現　　行	改　　正
B005 退院時共同指導料2 【点数の見直し】	**B005 退院時共同指導料2**　300点 注1　入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 注2　注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。 注3　注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。 注4　注1の規定にかかわらず、区分番号A238に掲げる退院調整加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。 注5　区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。	400点 →　A246に掲げる退院支援加算
B005-1-2 介護支援連携指導料 【点数の見直し】	**B005-1-2 介護支援連携指導料**　300点 注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。 **B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料**　500点 注　入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4又は注5並びに区分番号H002の注4	400点 →　注4若しくは注5、区分番号H001-2の注

項　　目	現　　行	改　　正
	又は注５を算定する者に限る。）に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者１人につき１回を限度として算定する。	４若しくは注５又は区分番号Ｈ002の注４若しくは注５
Ｂ005-2 地域連携診療計画管理料 【削除】	**Ｂ005-2 地域連携診療計画管理料**　900点 注１　転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に１回に限り所定点数を算定する。 注２　注１の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注３　当該患者に対して行われた区分番号Ｂ005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注４　区分番号Ａ238に掲げる退院調整加算、区分番号Ａ238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号Ｂ003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。	（削除）
Ｂ005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ） 【削除】	**Ｂ005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ）**　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Ｂ005-2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	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	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。 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） 【削除】	**Ｂ005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）** 300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注１に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。 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。 **Ｂ005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）** 800点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号Ａ236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号Ａ237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者１人につき１回算定する。 **Ｂ005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）** 500点 注　区分番号Ａ236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号Ａ237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号Ｂ005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者１人につき１回算定する。 **Ｂ005-6 がん治療連携計画策定料** １　がん治療連携計画策定料１　750点 ２　がん治療連携計画策定料２　300点 注１　がん治療連携計画策定料１については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に１回に限り所定点数を算定する。 注２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。 注３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注４　区分番号Ｂ003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。 **Ｂ005-6-2 がん治療連携指導料**　300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号Ｂ005-6に掲げるがん治療連携計画策定料１又はがん治療連携計画策定料２を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。	

項　　目	現　　行	改　　正
	注２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
Ｂ005-6-3 がん治療連携管理料		
【項目の見直し】	**Ｂ005-6-3 がん治療連携管理料** 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。
Ｂ005-7 認知症専門診断管理料		
【項目の見直し】	**Ｂ005-7 認知症専門診断管理料** 1　認知症専門診断管理料１　700点 2　認知症専門診断管理料２　300点	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
	注１　認知症専門診断管理料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が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。	→ 施設基準を満たす保険医療機関
	注２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計	→ 施設基準を満たす病院である保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。 注３　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。 **Ｂ005-7-2 認知症療養指導料**　350点 注１　当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号Ｂ005-7に掲げる認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。 注２　注１の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注３　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。 **Ｂ005-8 肝炎インターフェロン治療計画料**　700点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。 注２　注１の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
【新設】	（新設） **Ｂ006 救急救命管理料**　500点 注１　患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。 注２　救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｂ006-2 削除** **Ｂ006-3 退院時リハビリテーション指導料**　300点	**Ｂ005-9 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。

項　　目	現　　行	改　　正
	注　患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。	
B007 退院前訪問指導料 【点数の見直し】	**B007 退院前訪問指導料**　555点 注1　入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。 注2　注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	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】	**B008 薬剤管理指導料** 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 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のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。 注2　麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき50点を所定点数に加算する。	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 →　1については →　2については
【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

項　　目	現　　行	改　　正
		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）	**Ｂ009 診療情報提供料（Ｉ）**　250点 注１　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注３　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注４　保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注５　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注６　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注７　保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定	

項　　目	現　　行	改　　正
	点数に加算する。 注８　区分番号Ｂ005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ｉ）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ｉ）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料（Ｉ）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中１回に限り200点を所定点数に加算する。 注９　保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。 注10　保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。 注11　精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。 注12　保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。 注13　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。	
【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

項　　目	現　　行	改　　正
【注の追加】	（追加）	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） **Ｂ010 診療情報提供料（Ⅱ）**　500点 注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 **Ｂ011及びＢ011-2 削除** **Ｂ011-3 薬剤情報提供料**　10点 注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 注２　注１の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に３点を加算する。 注３　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。 **Ｂ011-4 医療機器安全管理料** １　臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（１月につき）　100点 ２　放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）　1,100点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方	**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
	厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。 **Ｂ012 傷病手当金意見書交付料**　100点 注　健康保険法第99条第１項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。 **Ｂ013 療養費同意書交付料**　100点 注　健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。 **Ｂ014 退院時薬剤情報管理指導料**　90点 注　保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。 **Ｂ015からＢ018まで 削除**	

項　　目	現　　行	改　　正
通則	1　在宅医療の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。 2　在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。 3　在宅療養指導管理に当たって、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。）を支給した場合は、前２号により算定した点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。 4　第１節又は第２節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第１節又は第２節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。	
第１節　在宅患者診療・指導料 **C000 往診料** 【注の見直し】	**C000 往診料**　720点 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。 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 (1)　病床を有する場合 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	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。 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 (1)　病床を有する場合 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

項　　目	現　　行	改　　正
	医療機関の保険医が行う場合 (1)　緊急に行う往診　325点 (2)　夜間（深夜を除く。）の往診　650点 (3)　深夜の往診　1,300点 注２　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。 注３　患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。 注４　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 注５　往診に要した交通費は、患家の負担とする。	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、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
Ｃ001 在宅患者訪問診療料（１日につき）		
【項目の見直し】	**Ｃ001 在宅患者訪問診療料（１日につき）** 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	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１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ000に掲げる往診料は、算定しない。	
【注の見直し】	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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ000に掲げる往診料は、算定しない。 注３　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注１及び注２の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。 注４　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ400点を所定点数に加算する。 注５　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。	掲げる往診料は、算定しない。
【注の見直し】	注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。 イ　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 ⑴　病床を有する場合　6,000点 ⑵　病床を有しない場合　5,000点 ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合　4,000点 ハ　イ及びロに掲げるもの以外の場合　3,000点 注７　往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。 注８　患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。ただし、注７の加算を算定する場合は、算定できない。 注９　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。 注10　往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを	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。 イ～ハ　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	除く。）の費用は算定しない。 注11　訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。	
C002 在宅時医学総合管理料（月１回） 【項目の見直し】	**C002 在宅時医学総合管理料（月１回）** 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①　同一建物居住者以外の場合　5,000点 ②　同一建物居住者の場合　1,200点 (2)　処方せんを交付しない場合 ①　同一建物居住者以外の場合　5,300点 ②　同一建物居住者の場合　1,500点 ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①　同一建物居住者以外の場合　4,600点 ②　同一建物居住者の場合　1,100点 (2)　処方せんを交付しない場合 ①　同一建物居住者以外の場合　4,900点 ②　同一建物居住者の場合　1,400点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 (1)　同一建物居住者以外の場合　4,200点 (2)　同一建物居住者の場合　1,000点 ロ　処方せんを交付しない場合	1　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　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　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。）

項　　目	現　　行	改　　正
	(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	(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　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	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、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（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２　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注３　（略）
	注３　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。	注４　（略）
【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	注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学

項　　目	現　　行	改　　正
	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　区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。	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6　区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
【注の見直し】	注6　2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。	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　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】	**C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）**	**C002-2 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	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

項　　目	現　　行	改　　正
		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)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①　同一建物居住者以外の場合　3,300点 ②　同一建物居住者の場合　800点 (2)　処方せんを交付しない場合 ①　同一建物居住者以外の場合　3,600点 ②　同一建物居住者の場合　1,100点	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　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　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 (1)　同一建物居住者以外の場合　3,000点 (2)　同一建物居住者の場合　720点 ロ　処方せんを交付しない場合 (1)　同一建物居住者以外の場合　3,300点 (2)　同一建物居住者の場合　1,020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　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	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

項　　目	現　　行	改　　正
		(1)　単一建物診療患者が１人の場合　1,230点 (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。	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２　特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注３　施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
	注３　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。	注４　（略）
【注の見直し】	注４　特定施設入居時等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　施設入居時等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５　区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。	注６　（略）
【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

項　　目	現　　行	改　　正
		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）	**C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）** 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,800点 (2)　処方せんを交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,650点 (2)　処方せんを交付しない場合　1,850点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,495点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,685点 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。 注2　患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。 注3　注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。 注4　在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。	
【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	**C004 救急搬送診療料**　1,300点 注1　患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。	
【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）	**C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）**	

項　　目	現　　行	改　　正
【点数の見直し】	1　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ　週３日目まで　555点 ロ　週４日目以降　655点 2　准看護師による場合 イ　週３日目まで　505点 ロ　週４日目以降　605点 3　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点 注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。 注２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。 注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。 注４　１及び２については、患者又はその看護	580点 680点 530点 630点 1,285点 →　保健師、助産師又は看護師若しくは准看護師

項　　目	現　　行	改　　正
	に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。 注５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り、520点を所定点数に加算する。 注６　１及び２については、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。 注７　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週１日に限り算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　300点 注８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り300点を所定点数に加算する。 注９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要	

項　　目	現　　行	改　　正
	な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り200点を所定点数に加算する。 注10　１及び２については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、2,000点を所定点数に加算する。 注11　１及び２については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、500点を所定点数に加算する。 注12　１及び２については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。区分番号Ｃ005-1-2において同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。区分番号Ｃ005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。 注13　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。 注14　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。	
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】	**Ｃ005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）** １　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ　同一日に２人 (1)　週３日目まで　555点 (2)　週４日目以降　655点 ロ　同一日に３人以上 (1)　週３日目まで　278点 (2)　週４日目以降　328点 ２　准看護師による場合 イ　同一日に２人 (1)　週３日目まで　505点 (2)　週４日目以降　605点 ロ　同一日に３人以上 (1)　週３日目まで　253点 (2)　週４日目以降　303点 ３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡	580点 680点 293点 343点 530点 630点 268点 318点

項　　目	現　　行	改　　正
	ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点 注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。 注２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。 注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。 注４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。 注５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り、520点を所	1,285点 →　保健師、助産師又は看護師若しくは准看護師

項　　目	現　　行	改　　正
	定点数に加算する。 注６　１及び２については、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。 注７　１及び２については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週１日に限り算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　430点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　300点 注８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月１回に限り300点を所定点数に加算する。 注９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り200点を所定点数に加算する。 注10　１及び２については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算と	

項　　目	現　　行	改　　正
	して、2,000点を所定点数に加算する。 注11　1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。 注12　1及び2については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。 注13　同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。 注14　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。	
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 【点数の見直し】	**C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）**　60点 注　区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。 **C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）** 1　同一建物居住者以外の場合　300点 2　同一建物居住者の場合　255点 注1　1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者	100点

項　　目	現　　行	改　　正
	（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者１人につき、１と２を合わせて週６単位（退院の日から起算して３月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。 注２　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１と２を合わせて、６月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として１日４単位に限り、算定する。 注３　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。	
Ｃ007 訪問看護指示料	**Ｃ007 訪問看護指示料**　300点 注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回（別に厚生労働大臣が定める者については、月２回）に限り、100点を所定点数に加算する。	
【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。
	注３　訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｉ012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。 **Ｃ007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料**　240点	注４　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	注　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第３項に規定する訪問入浴介護、同条第７項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第８条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。	
Ｃ008 在宅患者訪問薬剤管理指導料		
	Ｃ008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 １　同一建物居住者以外の場合　650点 ２　同一建物居住者の場合　300点	
【注の見直し】	注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、１と２を合わせて患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１と２を合わせて薬剤師１人につき１日につき５回に限り算定できる。 注２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、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、必要な薬学的管理指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。 注３　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。	注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、１と２を合わせて患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１と２を合わせて薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。
Ｃ009 在宅患者訪問栄養食事指導料		
	Ｃ009 在宅患者訪問栄養食事指導料 １　同一建物居住者以外の場合　530点 ２　同一建物居住者の場合　450点	
【注の見直し】	注１　１については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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２　在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。 **Ｃ010 在宅患者連携指導料**　900点 注１　訪問診療を実施している保険医療機関（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。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 注３　当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　区分番号Ｂ001の１に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号Ｂ001の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ001の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。 注５　在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注６　区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。 **Ｃ011 在宅患者緊急時等カンファレンス料**　200点 注　訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。	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。 → 施設入居時医学総合管理料

項　　目	現　　行	改　　正
C012 在宅患者共同診療料 【項目の見直し】	**C012 在宅患者共同診療料** 1　往診の場合　1,500点 2　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点 3　訪問診療の場合（同一建物居住者） イ　特定施設等に入居する者の場合　240点 ロ　イ以外の場合　120点 注１　１については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。 注２　２については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。	1　往診の場合　1,500点 2　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点 3　訪問診療の場合（同一建物居住者）　240点
【注の見直し】	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。 注４　注１から注３までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。 注5　往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。 **C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料**　750点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。 注2　区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。	
第2節　在宅療養指導管理料 **第1款　在宅療養指導管理料**	**通則** 在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。 **通則** 1　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。 2　同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。 3　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理	

項　　目	現　　行	改　　正
	及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。 4　入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。 **C100 退院前在宅療養指導管理料**　120点 注1　入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。 注2　6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。	
C101 在宅自己注射指導管理料 【項目の見直し】

項　　目	現　　行	改　　正
	自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。 注２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又はＪ042に規定する腹膜灌流の１を算定する場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。 **Ｃ102-2 在宅血液透析指導管理料**　8,000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、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して２月までの間は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。 注２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。	
Ｃ103 在宅酸素療法指導管理料		
【点数の見直し】	**Ｃ103 在宅酸素療法指導管理料** １　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　1,300点 ２　その他の場合　2,500点 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、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	520点 2,400点
	Ｃ104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点 注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **Ｃ105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料** 2,500点 注　在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **Ｃ105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料** 1,050点 注　在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。	
Ｃ106 在宅自己導尿指導管理料		
	Ｃ106 在宅自己導尿指導管理料　1,800点 注１　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、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【注の見直し】	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。	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。
	Ｃ107 在宅人工呼吸指導管理料　2,800点 注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。	
Ｃ107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料		

項　　目	現　　行	改　　正
【項目の見直し】	**C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料** 250点 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、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	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
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 【名称の見直し】 【注の見直し】	**C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料**　1,500点 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。 **C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料** 1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料** 1,050点 注１　在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。 **C110 在宅自己疼痛管理指導管理料**　1,300点 注　疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料** 810点 注１　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。 **C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料** 810点 注１　てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においてててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。 **C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料** 810点 注　便失禁のコントロールのため植込型仙骨神	**C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料** 1,500点 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。 →　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

項　　目	現　　行	改　　正
	経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料** 1,500点 注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI_2製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。 **C112 在宅気管切開患者指導管理料** 900点 注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C113 削除** **C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料** 1,000点 注１　皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　区分番号Ｂ001の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。	
C115 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料 【削除】	**C115 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料** 6,000点 注　第10部手術の通則第４号に規定する区分番号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。	（削除）
C116 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】	**C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料** 45,000点 注　第10部手術の通則第４号に規定する区分番号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	**通則** １　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定する。 ２　前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについ	

項　　目	現　　行	改　　正
	ては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第４節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。	
Ｃ150 血糖自己測定器加算	**Ｃ150 血糖自己測定器加算** １　月20回以上測定する場合　400点 ２　月40回以上測定する場合　580点 ３　月60回以上測定する場合　860点 ４　月80回以上測定する場合　1,140点 ５　月100回以上測定する場合　1,320点 ６　月120回以上測定する場合　1,500点	
【注の見直し】	注１　１から３までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者 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。）
【注の見直し】	注２　４から６までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 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。）	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。）
	Ｃ151 注入器加算　300点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ152 間歇注入シリンジポンプ加算** １　プログラム付きシリンジポンプ　2,500点 ２　１以外のシリンジポンプ　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ152-2 持続血糖測定器加算** １　２個以下の場合　1,320点 ２　４個以下の場合　2,640点 ３　５個以上の場合　3,300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	

項　　目	現　　行	改　　正
	注２　当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第１款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。 **Ｃ153 注入器用注射針加算** １　治療上の必要があって、１型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合　200点 ２　１以外の場合　130点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ154 紫外線殺菌器加算**　360点 注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ155 自動腹膜灌流装置加算**　2,500点 注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ156 透析液供給装置加算**　10,000点 注　在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ157 酸素ボンベ加算	**Ｃ157 酸素ボンベ加算** １　携帯用酸素ボンベ　880点 ２　１以外の酸素ボンベ　3,950点	
【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ158 酸素濃縮装置加算	**Ｃ158 酸素濃縮装置加算**　4,000点	
【注の見直し】	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に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。	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に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。
Ｃ159 液化酸素装置加算	**Ｃ159 液化酸素装置加算** １　設置型液化酸素装置　3,970点 ２　携帯型液化酸素装置　880点	
【注の見直し】	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。	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。
Ｃ159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	**Ｃ159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算**　300点	
【注の見直し】	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、	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、

項　　目	現　　行	改　　正
	第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算** 2,000点 注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	第１款の所定点数に加算する。
Ｃ161 注入ポンプ加算 【注の見直し】	**Ｃ161 注入ポンプ加算**　1,250点 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。	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。
	Ｃ162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点 注　在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 【項目の見直し】	**Ｃ163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算**　600点	**Ｃ163 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。
	Ｃ164 人工呼吸器加算 1　陽圧式人工呼吸器　7,480点 注　気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 2　人工呼吸器　6,480点 注　鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 3　陰圧式人工呼吸器　7,480点 注　陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 【項目の見直し】	**Ｃ165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算** 1,210点	**Ｃ165 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。
	Ｃ166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点 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、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款	

項　　目	現　　行	改　　正
	の所定点数に加算する。 **C167 疼痛等管理用送信器加算**　600点 注　疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **C168 携帯型精密輸液ポンプ加算**　10,000点 注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
【新設】	（新設）	**C168-2 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。
	C169 気管切開患者用人工鼻加算　1,500点 注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **C170 排痰補助装置加算**　1,800点 注　人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
【新設】	（新設）	**C171 在宅酸素療法材料加算** 1　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　780点 2　その他の場合　100点 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。
【新設】	（新設）	**C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算** 100点 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。
第３節　薬剤料	**C200 薬剤** 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。 注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第４節　特定保険医療材料料	**C300 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。	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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（腟分泌液）	170 →	170	D004 9	
D004 10	マイクロバブルテスト	200 →	200	D004 10	
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）	300 →	300	D004 11	
D004 12	肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）（羊水）	380 →	－	－－	（削除）
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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-Fli 1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	ヘ　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	（新設）
－ －	ル　RAS 遺伝子検査	－ →	**2,500**	D004-2 1	（新設）
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500 →	2,500	D004-2 2	
	（血液学的検査）				
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度（ESR）	9 →	9	D005 1	
D005 2	網赤血球数	12 →	12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15 →	15	D005 3	
D005 3	好酸球（鼻汁・喀痰）	15 →	15	D005 3	
D005 3	末梢血液像（自動機械法）	15 →	15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17 →	17	D005 4	
D005 5	末梢血液一般検査	21 →	21	D005 5	
D005 6	末梢血液像（鏡検法）	25 →	25	D005 6	
D005 6	注　特殊染色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 $A1_C$（$HbA1_C$）	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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量	80 →	80	D006 11	
D006 11	プラスミン	80 →	80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性	80 →	80	D006 11	
D006 11	α_1-アンチトリプシン	80 →	80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	93 →	93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100 →	100	D006 13	
D006 13	プラスミノゲン抗原	100 →	100	D006 13	
D006 13	凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）	100 →	100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物（FgDP）	116 →	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	α_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	
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-トロンボグロブリン（β-TG）	177 →	177	D006 26	
D006 24	血小板第4因子（PF_4）	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	
D006-10	CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）	10,000 →	10,000	D006-10	
	（生化学的検査（Ⅰ））				
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	

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	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	
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	アデノシンデアミナーゼ（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	
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	（項目の分割）
－－	イ　1項目の場合	－ →	**31**	D007 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
－－	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	
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（Al）	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	
－－	セレン	－ →	**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_{12}	155 →	**152**	D007 39	
D007 41	葉酸	165 →	**162**	D007 40	
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	腟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_2（PLA_2）	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（腟分泌液）	250 →	250	D007 51	
D007 53	ビタミン B_1	262 →	**259**	D007 52	
D007 54	ビタミン B_2	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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D007 58	1,25-ジヒドロキシビタミン D_3	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	
	(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-ハイ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-ハイドロキシインドール酢酸（5-HIAA）	95 →	95	D008 5	
D008 6	プロラクチン（PRL）	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_3）	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	サイロキシン（T_4）	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	遊離サイロキシン（FT_4）	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_3）	136 →	**134**	D008 15	
D008 14	コルチゾール	136 →	**134**	D008 15	
D008 14	サイロキ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	
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ゲン（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 PⅠNP）	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（PINP）	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_3）	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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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_2）	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	17α-ヒドロキシプロゲステロン（17α-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	α-フェトプロテイン（AFP）	112 →	**110**	D009 3	
D009 3	組織ポリペプタイド抗原（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	シアリル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	シアリルLe^x-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	シアリルLe^x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	
D009 13	SP1	170 →	170	D009 16	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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（HCG β-CF）（尿）	200 →	200	D009 22	
D009 19	膵癌胎児性抗原（POA）	220 →	220	D009 23	
－－	可溶性メソテリン関連ペプチド	－ →	**220**	D009 23	（新設）
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	
D010 5	ロ　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	
	（免疫学的検査）				
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO 血液型	21 →	21	D011 1	
D011 1	Rh（D）血液型	21 →	21	D011 1	
D011 2	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	抗ストレプトリジン O（ASO）定性	15 →	15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジン O（ASO）半定量	15 →	15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジン 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	抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性	29 →	29	D012 3	
D012 3	抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量	29 →	29	D012 3	
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32 →	32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32 →	32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32 →	32	D012 4	
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量	34 →	34	D012 5	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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-1 抗体	118 →	**116**	D012 17	
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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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_{1q} 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	
D014 21	C_3d 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_2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	
− −	IgG_2（TIA 法によるもの）	− →	**239**	D014 25	（新設）
D014 24	抗デスモグレイン 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	抗好中球細胞質ミエ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	抗デスモグレイン 1 抗体	300 →	300	D014 30	
D014 28	甲状腺刺激抗体（TSAb）	350 →	350	D014 31	
D014 29	IgG_4	388 →	388	D014 32	
− −	IgG_2（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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D014 注	包括項目：３項目以上	490 →	490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査			D015	
D015 1	C 反応性蛋白（CRP）定性	16 →	16	D015 1	
D015 1	C 反応性蛋白（CRP）	16 →	16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30 →	30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ（G-6-Pase）	30 →	30	D015 2	
D015 3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ（G-6-PD）定性	34 →	34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34 →	34	D015 3	
D015 4	血清補体価（CH_{50}）	38 →	38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38 →	38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42 →	42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42 →	42	D015 5	
D015 6	血清アミロイド A 蛋白（SAA）	47 →	47	D015 6	
D015 7	トランスフェリン（Tf）	60 →	60	D015 7	
D015 8	C_3	70 →	70	D015 8	
D015 8	C_4	70 →	70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90 →	90	D015 9	
D015 10	非特異的 IgE 半定量	100 →	100	D015 10	
D015 10	非特異的 IgE 定量	100 →	100	D015 10	
D015 11	特異的 IgE 半定量・定量	110 →	110	D015 11	
D015 12	β_2-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_1-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_3プロアクチベータ	160 →	160	D015 14	
D015 16	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（HRT）	163 →	163	D015 15	
D015 17	ヘモペキシン	180 →	180	D015 16	
D015 18	APR スコア定性	194 →	**191**	D015 17	
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（頸管腟分泌液）	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_1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ン-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	
	（微生物学的検査）				
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50 →	50	D017 1	
D017 1	注　集菌塗抹法加算	32 →	32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45 →	45	D017 2	
D017 3	その他のもの	61 →	61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	421 →	421	D023 9	
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	（新設）
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	
	（基本的検体検査実施料）				
D025	基本的検体検査実施料（１日につき）			D025	
D025 1	入院の日から起算して４週間以内の期間	140 →	140	D025 1	
D025 2	入院の日から起算して４週間を超えた期間	110 →	110	D025 2	
	第２款　検体検査判断料				
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34 →	34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	125 →	125	D026 2	
D026 3	生化学的検査（Ⅰ）判断料	144 →	144	D026 3	
D026 4	生化学的検査（Ⅱ）判断料	144 →	144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144 →	144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150 →	150	D026 6	
D026 注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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
－－	注　国際標準検査管理加算	－ →	**40**	D026 注4	（新設）
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	（新設）
D027	基本的検体検査判断料	604 →	604	D027	
第2節	**削除**				
第3節	**生体検査料**				
	（呼吸循環機能検査等）				
D200	スパイログラフィー等検査			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	
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	
－－	皮膚灌流圧測定	－ →	**100**	D207 2	（新設）
D207 2	皮弁血流検査	100 →	100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定（色素希釈法によるもの）	100 →	100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100 →	100	D207 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D207 3	心拍出量測定	150 →	150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150 →	150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）	150 →	150	D207 3	
D207 3	脳循環測定（色素希釈法によるもの）	150 →	150	D207 3	
D207 3	注１　心拍出量測定に際してカテーテルを挿入した場合（開始日に限る）	1,300 →	1,300	D207 3	
D207 4	血管内皮機能検査（一連につき）	200 →	200	D207 4	
D207 5	脳循環測定（笑気法によるもの）	1,350 →	1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130 →	130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150 →	150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150 →	150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150 →	150	D208 3	
D208 4	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200 →	200	D208 4	
D208 5	その他（６誘導以上）	90 →	90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320 →	320	D209 1	
D209 2	その他（６誘導以上）	190 →	190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90 →	90	D210 1	
D210 2	８時間を超えた場合	1,500 →	1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500 →	1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90 →	90	D210-3	
D210-4	Ｔ波オルタナンス検査	1,100 →	1,100	D210-4	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800 →	**1,200**	D211	
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	
－－	シャ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	
	（超音波検査等）				
D215	超音波検査（記録に要する費用を含む。）			D215	
D215 1	Ａモード法	150 →	150	D215 1	
D215 2	断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）			D215 2	
D215 2	イ　胸腹部	530 →	530	D215 2	
D215 2	ロ　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）	350 →	350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ　経胸壁心エコー法	880 →	880	D215 3	
D215 3	ロ　Ｍモード法	500 →	500	D215 3	
D215 3	ハ　経食道心エコー法	1,500 →	1,500	D215 3	
D215 3	ニ　胎児心エコー法	1,000 →	1,000	D215 3	
D215 3	ホ　負荷心エコー法	1,680 →	1,680	D215 3	
D215 4	ドプラ法（１日につき）			D215 4	
D215 4	イ　胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20 →	20	D215 4	
D215 4	ロ　脳動脈血流速度連続測定	150 →	150	D215 4	
D215 4	ハ　脳動脈血流速度マッピング法	400 →	400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600 →	3,600	D215 5	
D215 注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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
－ －	超音波エラストグラフィー	－ →	**200**	D215-3	（新設）
D216	サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）	200 →	200	D216	
D216 注	負荷検査を行った場合	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	
	（監視装置による諸検査）				
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	１時間以内の場合	400 →	400	D218 1	
D218 2	１時間を超え１時間30分以内の場合	550 →	550	D218 2	
D218 3	１時間30分を超えた場合	700 →	700	D218 3	
D219	ノンストレステスト（一連につき）	200 →	200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	１時間以内又は１時間につき	50 →	50	D220 1	
D220 2	３時間を超えた場合（１日につき）			D220 2	
D220 2	イ　７日以内の場合	150 →	150	D220 2	
D220 2	ロ　７日を超え14日以内の場合	130 →	130	D220 2	
D220 2	ハ　14日を超えた場合	50 →	50	D220 2	
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	
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	人工膵臓検査（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	
	（脳波検査等）				

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
	（神経・筋検査）				
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき））	200 →	**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	
	（耳鼻咽喉科学的検査）				
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350 →	350	D244 1	
D244 1	自記オージ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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	喉頭ストロボスコピー	450 →	450	D251 1	
D251 2	音響分析	450 →	450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450 →	450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40 →	40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450 →	450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45 →	45	D253 2	
D254	電気味覚検査（一連につき）	300 →	300	D254	
	（眼科学的検査）				
D255	精密眼底検査（片側）	56 →	56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査（片側）	150 →	150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	－ →	－	D256 1	
D256 1	イ　アナログ撮影	54 →	54	D256 1	
D256 1	ロ　デジタル撮影	58 →	58	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400 →	400	D256 2	
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510 →	510	D256 3	
D256 注2	広角眼底撮影加算	100 →	100	D256 注2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200 →	200	D256-2	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
－－	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）
	（皮膚科学的検査）				
D282-4	ダーモスコピー	72 →	72	D282-4	
	（臨床心理・神経心理検査）				
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80 →	80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D283 2	
D283 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450 →	450	D283 3	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80 →	80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450 →	450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80 →	80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450 →	450	D285 3	
	（負荷試験等）				
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150 →	150	D286	
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1,280 →	1,280	D286-2	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	イ　成長ホルモン（GH）（一連として）	1,200 →	1,200	D287 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D287 1	ロ　ゴナドトロピン（LH 及び FSH）（一連として月１回）	1,600 →	1,600	D287 1	
D287 1	ハ　甲状腺刺激ホルモン（TSH）（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 1	
D287 1	ニ　プロラクチン（PRL）（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 1	
D287 1	ホ　副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ　鉱質コルチコイド（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 5	
D287 5	ロ　糖質コルチコイド（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験（一連として月１回）	1,200 →	1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験（血糖及び尿糖検査を含む。）	200 →	200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中 C-ペプチド測定を行った場合）、グルカゴン負荷試験	900 →	900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膵機能テスト（PFD テスト）	100 →	100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト（ICG １回又は２回法、BSP ２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	
D291 1	21箇所以内の場合（１箇所につき）	16 →	16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合（一連につき）	350 →	350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000 →	1,000	D291-2	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000 →	1,000	D291-3	
	（ラジオアイソトープを用いた諸検査）				
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480 →	480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480 →	480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800 →	800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550 →	1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550 →	1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600 →	2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600 →	2,600	D292 4	
D293	シンチグラム（画像を伴わないもの）			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）	365 →	365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575 →	575	D293 2	
D293 2	肝血流量（ヘパトグラム）	575 →	575	D293 2	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110 →	110	D294	
	（内視鏡検査）				
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	喫裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D299	喉頭ファイバースコピー	600 →	600	D299	
D300	中耳ファイバースコピー	240 →	240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査（片側）	1,000 →	1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500 →	-	- -	（削除）
D301	気管支カメラ	500 →	-	- -	（削除）
D302	気管支ファイバースコピー	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ピー	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ピー	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ピー	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	
D312	直腸ファイバースコピー	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	ファイバースコピーによるもの			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ピー	1,800 →	1,800	D315	
D316	クルドスコピー	400 →	400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー	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ピー（片側）	1,500 →	1,500	D319	
D320	ヒステロスコピー	220 →	220	D320	
D321	コルポスコピー	150 →	**210**	D321	
D322	子宮ファイバースコピー	800 →	800	D322	
D323	乳管鏡検査	800 →	800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700 →	1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600 →	3,600	D325	
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	
第４節	**診断穿刺・検体採取料**				
D400	血液採取（１日につき）			D400	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
D417 9	乳腺	650 →	650	D417 9	
D417 10	直腸	650 →	650	D417 10	
D417 11	精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）	400 →	400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620 →	620	D417 12	
D417 13	心筋	5,000 →	5,000	D417 13	
D417 注	6歳未満の乳幼児に対して行った場合	100 →	100	D417 注	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
D418	子宮腟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	子宮腟部組織採取	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）

第３部　検査（１）　②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）

第３部　検査（１）　③１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	アポリポ蛋白
		D007 23	イ　１項目の場合
		D007 23	ロ　２項目の場合
		D007 23	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	長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）
		D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査１
		D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査２
D238	脳波検査判断料	D238	脳波検査判断料
		D238 1	脳波検査判断料１
		D238 2	脳波検査判断料２
D261	屈折検査	D261	屈折検査
		D261 1	６歳未満の場合
		D261 2	１以外の場合

項　　目	現　　行	改　　正
第１節　検体検査料		
第１款　検体検査実施料		
Ｄ006 出血・凝固検査 【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の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。 イ・ロ　（略）	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。 イ・ロ　（略）
Ｄ006-4 遺伝学的検査 【注の追加】	（追加）	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。
Ｄ007 血液化学検査 【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から９までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　117点 注　（略）	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。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　115点 注　（略）
Ｄ008 内分泌学的検査 【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の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。 イ～ハ　（略）	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から47までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ　（略）
Ｄ009 腫瘍マーカー 【注の見直し】	注２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から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。 イ～ハ　（略）	注２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から26までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ　（略）
Ｄ013 肝炎ウイルス関連検査 【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から12までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　５項目以上　469点	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
Ｄ014 自己抗体検査 【注の見直し】	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。	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。
Ｄ017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 【注の追加】	（追加）	注　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ002に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号Ｄ002-2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。

項　　目	現　　行	改　　正
D025 基本的検体検査実施料（1日につき） 【注の見直し】	注2　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～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 カ・ヨ　（略）	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 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の点数は、算定しない。	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掲げる他の点数は、算定しない。
第3節　生体検査料 **通則** 【通則の見直し】	1　新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。 イ～ヘ　（略） ト～ヨ　（略）	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～ヘ　（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～ヘ　（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～ヘ　（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しているものと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D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であって、シャトルウォー

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）		
【注の追加】	（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】	（新設）	**D215-3 超音波エラストグラフィー　　200点** 注　区分番号Ｄ215-2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。
D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）		
【注の追加】	（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合に算定する。
D238 脳波検査判断料		
【注の追加】	（追加）	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。
D282-3 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。	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。
D317 膀胱尿道ファイバースコピー		
【注の追加】	（追加）	注　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。
D317-2 膀胱尿道鏡検査		
【注の追加】	（追加）	注　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。

項　　目	現　　行	改　　正
通則		
	1　画像診断の費用は、第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数により、又は第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2　画像診断に当たって、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、前号により算定した点数及び第５節の所定点数を合算した点数により算定する。 3　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、１日につき110点を所定点数に加算する。	
【通則の見直し】	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。	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。
【通則の見直し】	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、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。	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、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。	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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
第１節　エックス線診断料	1　エックス線診断の費用は、区分番号Ｅ000に掲げる透視診断若しくは区分番号Ｅ001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号Ｅ001に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号Ｅ001に掲げる写真診断、区分番号Ｅ002に掲げる撮影及び区分番号Ｅ003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。 2　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第１の診断については区分番号Ｅ001に掲げる写真診断の各所定点数により、第２の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 3　同一の部位につき、同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号Ｅ001に掲げる写真診断の２及び４並びに区分番号Ｅ002に掲げる撮影の２及び４並びに注４及び注５に掲げる場合を除き、第１枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ001に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ002に掲げる撮影の各所定点数により、第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ001に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。 4　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第１号から第３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。 イ　単純撮影の場合　57点 ロ　特殊撮影の場合　58点 ハ　造影剤使用撮影の場合　66点 ニ　乳房撮影の場合　54点 5　特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号Ｅ004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。 **Ｅ000　透視診断**　110点 **Ｅ001　写真診断** 1　単純撮影 イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎　85点 ロ　その他　43点	

項　　目	現　　行	改　　正
	2　特殊撮影（一連につき）　96点 3　造影剤使用撮影　72点 4　乳房撮影（一連につき）　306点 注　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
E002 撮影	**E002 撮影** 1　単純撮影 イ　アナログ撮影　60点 ロ　デジタル撮影　68点 2　特殊撮影（一連につき） イ　アナログ撮影　260点 ロ　デジタル撮影　270点 3　造影剤使用撮影 イ　アナログ撮影　144点 ロ　デジタル撮影　154点 4　乳房撮影（一連につき） イ　アナログ撮影　192点 ロ　デジタル撮影　202点 注１　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	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。	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。
	注３　造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、148点を加算する。 注４　造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号Ｄ206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。 注５　造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号Ｄ308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピーの所定点数（加算を含む。）により算定する。	
E003 造影剤注入手技	**E003 造影剤注入手技** 1　点滴注射　区分番号Ｇ004に掲げる点滴注射の所定点数 2　動脈注射　区分番号Ｇ002に掲げる動脈注射の所定点数 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。	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、1,000点を所定点数に加算する。
	ロ　イ以外の場合　1,180点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。	ロ　（略）
	4　静脈造影カテーテル法　3,600点 5　内視鏡下の造影剤注入	
	イ　気管支鏡挿入 区分番号Ｄ301に掲げる気管支鏡検査の	〈現イ　削除〉

項　　目	現　　行	改　　正
	所定点数 ロ　気管支ファイバースコピー挿入 区分番号Ｄ302に掲げる気管支ファイバースコピーの所定点数 ハ　尿管カテーテル法(両側) 区分番号Ｄ318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数 6　腔内注入及び穿刺注入 イ　注腸　300点 ロ　その他のもの　120点 7　嚥下造影　240点 **Ｅ004 基本的エックス線診断料（１日につき）** 1　入院の日から起算して４週間以内の期間　55点 2　入院の日から起算して４週間を超えた期間　40点 注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。 注２　次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ　区分番号Ｅ001に掲げる写真診断の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。） ロ　区分番号Ｅ002に掲げる撮影の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。） 注３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。	イ　（略） ロ　（略）
第２節　核医学診断料 **Ｅ100 シンチグラム（画像を伴うもの）**	1　同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号Ｄ292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号Ｄ293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号Ｅ100からＥ101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。 2　核医学診断の費用は、区分番号Ｅ100からＥ101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号Ｅ102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。 3　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。 **Ｅ100 シンチグラム（画像を伴うもの）** 1　部分（静態）（一連につき）　1,300点 2　部分（動態）（一連につき）　1,800点 3　全身（一連につき）　2,200点 注１　同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。 注２　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した	

項　　目	現　　行	改　　正
	場合は、100点を所定点数に加算する。	
【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。
	注４　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。	
Ｅ101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）		
	Ｅ101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）　1,800点 注１　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。	
【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。
	注３　負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 注４　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｅ101-2 ポジトロン断層撮影** １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500点 ３　^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,500点 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 **Ｅ101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）** １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625点 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届	

項　　目	現　　行	改　　正
	け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 **E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）** 9,160点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 **E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影**　4,000点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 **E102 核医学診断** １　区分番号Ｅ101-2に掲げるポジトロン断層撮影、Ｅ101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、Ｅ101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びＥ101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合　450点 ２　１以外の場合　370点 注　行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。	
第３節　コンピューター断層撮影診断料	１　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ201に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 ２　区分番号Ｅ200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及び区分番号Ｅ202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 ３　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。	
【通則の見直し】	４　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除	４　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
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】	**Ｅ200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）** １　ＣＴ撮影 イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合　1,000点 ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　770点 ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　580点 ２　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300点 注１　ＣＴ撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　ＣＴ撮影及び脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 注３　ＣＴ撮影について造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 注４　ＣＴ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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 注５　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 注６　ＣＴ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、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身ＣＴ加算として、800点を所定点数に加算する。 注７　ＣＴ撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）	１　ＣＴ撮影 イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合 (1)　共同利用施設において行われる場合　1,020点 (2)　その他の場合　1,000点 ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点 ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560点 ２　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300点 →　施設基準を満たす保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	は、所定点数に含まれるものとする。	
【注の追加】	（追加）	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し行われる場合に限り算定する。
	Ｅ201 非放射性キセノン脳血流動態検査　2,000点 注　非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
Ｅ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）		
	Ｅ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）	
【項目の見直し】	１　３テスラ以上の機器による場合　1,600点	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	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	３　１又は２以外の場合　900点
	注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　１、２及び３を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 注３　ＭＲＩ撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 注４　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のＭＲＩ撮影を行った場合は、心臓ＭＲＩ撮影加算として、300点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	（追加）	注５　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のＭＲＩ撮影を行った場合は、乳房ＭＲＩ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　ＭＲＩ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。
	Ｅ203 コンピューター断層診断　450点 注　コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。	

項　　目	現　　行	改　　正
第４節　薬剤料	**Ｅ300 薬剤** 　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。 注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第５節　特定保険医療材料料	**Ｅ400 フィルム** 　材料価格を10円で除して得た点数 注１　６歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。 注２　使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。 **Ｅ401 特定保険医療材料（フィルムを除く。）** 　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（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第２章　特掲診療料　第５部　投　薬

項　　目	現　　行	改　　正
通則	1　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第５節の所定点数のみにより算定する。 2　投薬に当たって、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。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第４節の所定点数により算定する。 3　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。	
第１節　調剤料 **Ｆ000 調剤料** 【注の追加】	**Ｆ000 調剤料** 1　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　9点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　6点 2　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　7点 注１　麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、１に係る場合には１処方につき１点を、２に係る場合には１日につき１点をそれぞれ加算する。 注２　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。 （追加）	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。
第２節　処方料 **Ｆ100 処方料** 【項目の見直し】	**Ｆ100 処方料** 1　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、４種類以上の抗うつ薬又は４種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合　20点 2　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合　29点 3　１及び２以外の場合　42点 注１　入院中の患者以外の患者に対する１回の処方について算定する。	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 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 3　１及び２以外の場合　42点

項　　目	現　　行	改　　正
	注２　麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、１処方につき１点を加算する。 注３　入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 注４　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、１処方につき３点を加算する。 注５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月２回に限り、１処方につき18点を加算する。 注６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月１回に限り、１処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注５の加算は算定できない。 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき70点を加算する。 注８　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。 注９　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。	
【注の追加】	（追加）	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。
【注の追加】	（追加）	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。 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　4点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　3点
第３節　薬剤料 **Ｆ200 薬剤**	**Ｆ200 薬剤** 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は１点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごと	

項　　目	現　　行	改　　正
	に１点を加算する。 使用薬剤　　単位 内服薬及び 浸煎薬　　１剤１日分 屯服薬　　１回分 外用薬　　１調剤 注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。	
【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３　注２以外の場合であって、１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 注４　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。 注５　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。 注６　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。 注７　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。	
【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

項　　目	現　　行	改　　正
		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４節　特定保険医療材料料	**Ｆ300 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　支給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。	
第５節　処方せん料 **Ｆ400 処方せん料** 【項目の見直し】	**Ｆ400 処方せん料** 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した場合に、交付１回につき算定する。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。 注３　３歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付１回につき３点を加算する。 注４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月２回に限り、処方せんの交付１回につき18点を加算する。 注５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月１回に限り、１処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注４の加算は算定できない。 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等につい	１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　30点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合　40点 ３　１及び２以外の場合　68点

項　　目	現　　行	改　　正
	て文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、処方せんの交付１回につき70点を加算する。	
【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８　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。	
【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	**Ｆ500 調剤技術基本料** １　入院中の患者に投薬を行った場合　42点 ２　その他の患者に投薬を行った場合　８点 注１　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。 注２　同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を２回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月１回に限り算定する。 注３　１において、調剤を院内製剤の上行った場合は、所定点数に10点を加算する。 注４　区分番号Ｂ008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号Ｃ008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５　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。	
【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
通則		
	１　注射の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 ２　注射に当たって、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、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。 ３　生物学的製剤注射を行った場合は、前２号により算定した点数に15点を加算する。 ４　精密持続点滴注射を行った場合は、前３号により算定した点数に１日につき80点を加算する。 ５　注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に５点を加算する。	
【点数の見直し】	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。	
	イ　外来化学療法加算１	
	⑴　外来化学療法加算Ａ	
	①　15歳未満　780点	820点
	②　15歳以上　580点	600点
	⑵　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	
	⑴　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
	⑵　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
	７　第１節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第２節の各区分の所定点数のみにより算定する。 ８　注射に伴って行った反応試験の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。	
第１節　注射料		
	注射料は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。	

項　　目	現　　行	改　　正
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】	**Ｇ000 皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）** 18点 注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 注２　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。	20点
Ｇ001 静脈内注射（１回につき）		
【点数の見直し】	**Ｇ001 静脈内注射（１回につき）** 30点 注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。	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。
	注３　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。	→ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
	Ｇ002 動脈注射（１日につき） １　内臓の場合 155点 ２　その他の場合 45点	
	Ｇ003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき） 165点 注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。	
	Ｇ003-2 削除	
	Ｇ003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（１日につき） 165点	
Ｇ004 点滴注射（１日につき）		
【点数の見直し】	**Ｇ004 点滴注射（１日につき）** 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	98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	97点
	３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 47点	49点
	注１　点滴に係る管理に要する費用を含む。	
【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。
	注３　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
	注４　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患	→ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

項　　目	現　　行	改　　正
	者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。 **Ｇ005 中心静脈注射（１日につき）**　140点 注１　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。 注２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。 注３　区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。 注４　区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。 注５　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。 **Ｇ005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入**　1,400点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。 注３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。 **Ｇ005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入**　700点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。 **Ｇ005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入**　2,500点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。 **Ｇ006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）**　125点 注１　区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。 注２　区分番号Ｃ108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。 注３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。	→　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 →　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

項　　目	現　　行	改　　正
G007 腱鞘内注射 【点数の見直し】	**G007 腱鞘内注射** 25点 **G008 骨髄内注射** 1　胸骨 80点 2　その他 90点 **G009 脳脊髄腔注射** 1　脳室 300点 2　後頭下 220点 3　腰椎 140点 注　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。 **G010 関節腔内注射** 80点 **G010-2 滑液嚢穿刺後の注入** 80点 **G011 気管内注入** 100点	27点
G012 結膜下注射 【点数の見直し】	**G012 結膜下注射** 25点	27点
G012-2 自家血清の眼球注射 【点数の見直し】	**G012-2 自家血清の眼球注射** 25点 **G013 角膜内注射** 35点 **G014 球後注射** 60点 **G015 テノン氏嚢内注射** 60点 **G016 硝子体内注射** 580点	27点
【新設】	（新設）	**G017 腋窩多汗症注射（片側につき）** 200点
第2款　無菌製剤処理料 **G020 無菌製剤処理料** 【項目の見直し】	**G020 無菌製剤処理料** 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 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。	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
第2節　薬剤料	**G100 薬剤** 1　薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点 2　薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注1　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った	

項　　目	現　　行	改　　正
	場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。 注２　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。 注３　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第３節　特定保険医療材料料	**Ｇ200 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。	

第２章　特掲診療料　第７部　リハビリテーション

項　　目	現　　行	改　　正
通則		
	1　リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第１節の各区分の所定点数により算定する。 2　リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節の所定点数を合算した点数により算定する。 3　第１節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なリハビリテーションの費用は、第１節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。	
【通則の見直し】	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。	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。
【通則の見直し】	5　区分番号Ｊ117に掲げる鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号Ｊ118に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ118-2に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。	5　区分番号Ｊ117に掲げる鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号Ｊ118に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ118-2に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、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。 7　リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。	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**	**Ｈ000 心大血管疾患リハビリテーション料**	

項　　目	現　　行	改　　正
【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 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、治療開始日から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。	205点 125点
【注の見直し】	注2　注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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。	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。
【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日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。 注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、必要があって治療開始日から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。	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。
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	**H001 脳血管疾患等リハビリテーション料**	
【項目の見直し】	1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 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） 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	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 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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から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。	→ Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算
	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	→ Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算
【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、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ⑴　⑵以外の場合　221点 ⑵　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） ⑴　⑵以外の場合　180点 ⑵　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） ⑴　⑵以外の場合　90点 ⑵　廃用症候群の場合　69点	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日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　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。）

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
【新設】	（新設）	**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、必要があっ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 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

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
Ｈ002 運動器リハビリテーション料		
	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	185点 170点 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２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から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。	→ Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算
	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	→ Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算

項　　目	現　　行	改　　正
【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、必要があってそれぞれ発症、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	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
【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。
Ｈ003 呼吸器リハビリテーション料	**Ｈ003 呼吸器リハビリテーション料** １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　175点 ２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　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、治療開始日から起算して90日以内の間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、90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２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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30点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
	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、必要があって治療開始日から90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。	
Ｈ003-2 リハビリテーション総合計画評価料	**Ｈ003-2 リハビリテーション総合計画評価料** 300点	
【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料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。	注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。
	注２　当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号Ａ308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中１回に限り、150点を所定点数に加算する。	
	注３　区分番号Ｈ003-3に掲げるリハビリテーション総合計画提供料を算定した患者（区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。	→ 注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算
	Ｈ003-3 リハビリテーション総合計画提供料 100点	
	注　退院時に区分番号Ｂ005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者（入院中に区分番号Ｈ003-2に掲げる	→ Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算

項　　目	現　　行	改　　正
	リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に１回を限度として算定する。	
【新設】	（新設）	**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）	**H004 摂食機能療法（１日につき）**　185点 注１　摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、１月に４回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者については、１日につき算定できる。	
【注の見直し】	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して６月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して６月以内に限り、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
	H005 視能訓練（１日につき） 1　斜視視能訓練　135点 2　弱視視能訓練　135点	
	H006 難病患者リハビリテーション料（１日につき）　640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、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。 注２　医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して３月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　退院日から起算して１月以内の期間に行われた場合　280点 ロ　退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われた場合　140点	
H007 障害児（者）リハビリテーション料（１単位）	**H007 障害児（者）リハビリテーション料（１**	

項　　目	現　　行	改　　正
	単位） 1　6歳未満の患者の場合　225点 2　6歳以上18歳未満の患者の場合　195点 3　18歳以上の患者の場合　155点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	
H007-2　がん患者リハビリテーション料（1単位）	**H007-2　がん患者リハビリテーション料（1単位）**　205点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。 **H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき）**　240点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。	
【新設】	（新設）	**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。
	H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）　50点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。	
第2節　薬剤料	**H100 薬剤** 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。 注1　薬価が15円以下である場合は、算定しな	

項　　目	現　　行	改　　正
	い。 注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	

項　　目	現　　行	改　　正
通則	1　精神科専門療法の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2　精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。	
第１節　精神科専門療法料	**Ｉ000 精神科電気痙攣療法** 1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　3,000点 2　１以外の場合　150点 注１　１日に１回を限度として算定する。 注２　１については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。 **Ｉ001 入院精神療法（１回につき）** 1　入院精神療法（Ⅰ）　360点 2　入院精神療法（Ⅱ） イ　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合　150点 ロ　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　80点 注１　１については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して３月以内の期間に限り週３回を限度として算定する。 注２　２については、入院中の患者について、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合は週２回を、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合は週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週２回を限度として算定する。	
Ｉ002 通院・在宅精神療法（１回につき）	**Ｉ002 通院・在宅精神療法（１回につき）** 1　通院精神療法 イ　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合　600点 ロ　イ以外の場合 (1)　30分以上の場合　400点 (2)　30分未満の場合　330点 2　在宅精神療法 イ　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法	

項　　目	現　　行	改　　正
	を行った場合　600点 ロ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が60分以上の在宅精神療法を行った場合（イに該当する場合を除く。）　540点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1)　30分以上の場合　400点 (2)　30分未満の場合　330点 注１　入院中の患者以外の患者について、退院後４週間以内の期間に行われる場合にあっては１と２を合わせて週２回を、その他の場合にあっては１と２を合わせて週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注２　通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
【注の見直し】	注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内（区分番号Ａ311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。	注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。
【注の追加】	（追加）	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４　１のロの(1)、２のロ及び２のハの(1)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。	注５　（略）
【注の追加】	（追加）	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

項　　目	現　　行	改　　正
		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。
Ｉ002-2 精神科継続外来支援・指導料（１日につき）	**Ｉ002-2 精神科継続外来支援・指導料（１日につき）** 55点 注１　入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者１人につき１日に１回に限り算定する。	
【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、算定しない。	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３　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。 注４　抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ002に掲げる通院・在宅精神療法の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。	
【注の追加】	（追加）	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。
	注５　他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	注６　（略）
【新設】	（新設）	**Ｉ002-3 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ものに対し、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。
	Ｉ003 標準型精神分析療法（１回につき） 390点 注　診療に要した時間が45分を超えたときに限	

項　　目	現　　行	改　　正
Ｉ003-2 認知療法・認知行動療法（１日につき） 【項目の見直し】	り算定する。 **Ｉ003-2 認知療法・認知行動療法（１日につき）** １　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　500点 ２　１以外の場合　420点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。 注２　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 注３　診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。 注４　認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｉ004 心身医学療法（１回につき）** １　入院中の患者　150点 ２　入院中の患者以外 イ　初診時　110点 ロ　再診時　80点 注１　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。 注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。 注３　入院中の患者については、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回を、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回をそれぞれ限度として算定する。 注４　入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回を、初診日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回をそれぞれ限度として算定する。 注５　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。 **Ｉ005 入院集団精神療法（１日につき）**　100点 注１　入院中の患者について、入院の日から起算して６月に限り週２回を限度として算定する。 注２　入院集団精神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。 **Ｉ006 通院集団精神療法（１日につき）**　270点 注１　入院中の患者以外の患者について、６月	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

項　　目	現　　行	改　　正
	に限り週２回を限度として算定する。 注２　通院集団精神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。	
【新設】	（新設）	**Ｉ006-2 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。
	Ｉ007 精神科作業療法（１日につき） 220点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 **Ｉ008 入院生活技能訓練療法** １　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合 100点 ２　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合 75点 注１　入院中の患者について、週１回を限度として算定する。 注２　入院生活技能訓練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。	
Ｉ008-2 精神科ショート・ケア（１日につき）	**Ｉ008-2 精神科ショート・ケア（１日につき）** １　小規模なもの 275点 ２　大規模なもの 330点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。	
【注の見直し】	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っては、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４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。 注５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料を	

項　　目	現　　行	改　　正
	算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。 注６　精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。	
Ｉ009 精神科デイ・ケア（１日につき）	**Ｉ009 精神科デイ・ケア（１日につき）** １　小規模なもの　590点 ２　大規模なもの　700点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。	
【注の見直し】	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っては、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。
	注４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。	注５　（略）
	注５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。	注６　（略）
	注６　精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。	注７　（略）
Ｉ010 精神科ナイト・ケア（１日につき）	**Ｉ010 精神科ナイト・ケア（１日につき）** 540点	

項　　目	現　　行	改　　正
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
【注の見直し】	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。
【注の追加】	（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。
	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。	注４　（略）
	注４　精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。	注５　（略）
Ｉ010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）	**Ｉ010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）**　1,000点	
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
【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。
【注の追加】	（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。
	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。	注４　（略）
	注４　当該療法について、疾患等に応じた診療	注５　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。 注５　精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ⅰ008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ⅰ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ⅰ010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ⅰ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 **Ⅰ011 精神科退院指導料**　320点 注１　入院期間が１月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 注２　入院期間が１年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に１回に限り200点を所定点数に加算する。 **Ⅰ011-2 精神科退院前訪問指導料**　380点 注１　入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中３回（入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中６回）に限り算定する。 注２　看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。 注３　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	注６　（略）
Ⅰ012 精神科訪問看護・指導料 【点数の見直し】	**Ⅰ012 精神科訪問看護・指導料** １　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合 575点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合 440点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合 675点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合 525点 ロ　准看護師による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合 525点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合 400点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合 625点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合 485点 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	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 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

項　　目	現　　行	改　　正
	675点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 525点 (2)　同一日に３人以上 ①　週３日目まで　30分以上の場合 288点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 220点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 338点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 263点 ロ　准看護師による場合 (1)　同一日に２人 ①　週３日目まで　30分以上の場合 525点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 400点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 625点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 485点 (2)　同一日に３人以上 ①　週３日目まで　30分以上の場合 263点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 200点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 313点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 243点 注１　１については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から７日以内の期間について、１日につき１回に限り算定することができる。 注２　２については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週３回に限り算定する。 注３　３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注２に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護	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 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

項　　目	現　　行	改　　正
	師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り、患者１人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から７日以内の期間について、１日につき１回に限り算定することができる。 注４　注１ただし書及び注３ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から１月以内の医師が指示した連続した７日間（注１ただし書及び注３ただし書に規定する期間を除く。）については、１日につき１回に限り算定することができる。 注５　注１及び注３に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１回を限度とする。 イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　450点 ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　300点 注６　注２に規定する場合であって、看護・指導時間が３時間を超えた場合は、３時間を超えた時間について、５時間を限度として、１時間又はその端数を増すごとに40点を所定点数に加算する。 注７　注１及び注３に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週３回）に限り、520点を所定点数に加算する。 注８　注１及び注３に規定する場合であって、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。	

項　　目	現　　行	改　　正
	注９　注１及び注３に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。 注10　精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はＣ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。 注11　精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。 注12　１及び３については、区分番号Ｉ016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。	
Ｉ012-2 精神科訪問看護指示料	**Ｉ012-2 精神科訪問看護指示料**　300点 注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回に限り、100点を所定点数に加算する。	
【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。
	注３　精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｃ007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。 **Ｉ013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料** １　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点 注１　１については、持続性抗精神病注射薬剤	注４　（略）

項　　目	現　　行	改　　正
	を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 **Ｉ014 医療保護入院等診療料**　300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項若しくは第２項又は第33条の７第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。 **Ｉ015 重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき）**　1,040点 注１　精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、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保険医療機関において、１日につき６時間以上行った場合に算定する。 注２　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50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、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。 注４　重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号Ｉ008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。	
Ｉ016 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】	**Ｉ016 精神科重症患者早期集中支援管理料（月１回）** １　精神科重症患者早期集中支援管理料１ イ　同一建物居住者以外の場合　1,800点 ロ　同一建物居住者の場合 ⑴　特定施設等に入居する者の場合　900点 ⑵　⑴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	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

項　　目	現　　行	改　　正
	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	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
	注１　１のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難な患者に対して、１のロの(1)については、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、１のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。	注１　１については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。
	注２　２のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、２のロの(1)については、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、２のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。	注２　２については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。
	注３　精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ001の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ001の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号Ｃ007に掲げる訪問看護指示料、区分番号Ｃ010に	注３　精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ001の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ001の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号Ｃ007に

項　　目	現　　行	改　　正
	掲げる在宅患者連携指導料、区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号Ｉ012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。 注４　精神科重症患者早期集中支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。	掲げる訪問看護指示料、区分番号Ｃ010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号Ｉ012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。
第２節　薬剤料	**Ｉ100 薬剤** 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。 注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	

第２章　特掲診療料　第９部　処置

項　　目	現　　行	改　　正
通則	1　処置の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 2　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、薬剤又は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、前号により算定した点数及び第２節、第３節又は第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 3　第１節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第３節又は第４節の各区分の所定点数のみにより算定する。 4　第１節に掲げられていない処置であって特殊な処置の処置料は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。 5　緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合 (1)　休日加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 (2)　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数 (3)　深夜加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 (4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数 ロ　処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。） (1)　休日加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 (2)　時間外加算２ 所定点数の100分の40に相当する点数 (3)　深夜加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 (4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合	

項　　目	現　　行	改　　正
	所定点数の100分の40に相当する点数 6　対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。	
第１節　処置料		
Ｊ000 創傷処置	**（一般処置）**	
【点数の見直し】	**Ｊ000 創傷処置** 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 注１　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。 注２　区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。	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	**Ｊ001 熱傷処置** 1　100平方センチメートル未満　135点 2　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　147点 3　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　225点 4　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　420点 5　6,000平方センチメートル以上　1,250点 注１　初回の処置を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号Ｊ000に掲げる創傷処置の例により算定する。 注２　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。 注３　１については、第１度熱傷の場合は第１章基本診療料に含まれ、算定できない。	
【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。
	Ｊ001-2 絆創膏固定術　500点 **Ｊ001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術**　500点 **Ｊ001-4 重度褥瘡処置（１日につき）** 1　100平方センチメートル未満　90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　98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　150点	

項　　目	現　　行	改　　正
	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　280点 5　6,000平方センチメートル以上　500点 注1　重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。 注2　1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。 **J001-5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）**　24点 注1　入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 注2　当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。 **J001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）**　30点 注1　結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 イ　創傷処置（熱傷に対するものを除く。） (1)　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2)　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 ロ　皮膚科軟膏処置 (1)　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2)　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 注2　注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。	
J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） 【点数の見直し】	**J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）**45点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	60点
	J001-8 穿刺排膿後薬液注入　45点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **J001-9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1日につき）**　45点	
J002 ドレーン法（ドレナージ）（1日につき） 【注の見直し】	**J002 ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）** 1　持続的吸引を行うもの　50点 2　その他のもの　25点 注　3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。 **J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）** 1　100平方センチメートル未満　1,040点 2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点 3　200平方センチメートル以上　1,100点 注　初回の貼付に限り、1にあっては1,690点	注　3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正
	を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。 **J 003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）** 1　100平方センチメートル未満　240点 2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　270点 3　200平方センチメートル以上　330点 注　初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。	
J 005 脳室穿刺	**J 004 流注膿瘍穿刺**　190点 **J 005 脳室穿刺**　500点	
【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 006 後頭下穿刺	**J 006 後頭下穿刺**　300点	
【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 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	**J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺**　220点	
【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 007-2 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 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）	**J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）**　220点	
【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 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）	**J 009 削除** **J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）**　230点	
【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 011 骨髄穿刺	**J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術**　1,450点 **J 011 骨髄穿刺** 1　胸骨　260点 2　その他　280点	
【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 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺	**J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺**　240点	
【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 013 ダグラス窩穿刺　240点 **J 014 乳腺穿刺**　200点 **J 015 甲状腺穿刺**　150点 **J 016 リンパ節等穿刺**　200点 **J 017 エタノールの局所注入**　1,000点 注　甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入につ	

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	
Ｊ017-2 リンパ管腫局所注入	**Ｊ017-2 リンパ管腫局所注入**　1,000点	
【注の見直し】	注　６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注　６歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。
Ｊ018 喀痰吸引（１日につき）	**Ｊ018 喀痰吸引（１日につき）**　48点 注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
【注の見直し】	注２　６歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。 注３　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	注２　６歳未満の乳幼児の場合は、83点を加算する。
Ｊ018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）	**Ｊ018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（１日につき）**　120点 **Ｊ018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）**　48点 注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
【注の見直し】	注２　６歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。 注３　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	注２　６歳未満の乳幼児の場合は、83点を加算する。
Ｊ019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）	**Ｊ019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）**　550点 注１　持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１回に限り算定する。	
【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。
Ｊ020 胃持続ドレナージ（開始日）	**Ｊ019-2 削除** **Ｊ020 胃持続ドレナージ（開始日）**　50点	
【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。
Ｊ021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）	**Ｊ021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）**　550点 注１　持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１	

項　　目	現　　行	改　　正
	回に限り算定する。	
【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		
	Ｊ022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸　65点	
【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。
	Ｊ022-2 摘便　100点	
	Ｊ022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去　45点	
	Ｊ022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後）45点	
	Ｊ022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）　50点	
	Ｊ023 気管支カテーテル薬液注入法　120点	
	Ｊ024 酸素吸入（１日につき）　65点	
	注１　使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	注２　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	注３　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。	
	Ｊ024-2 突発性難聴に対する酸素療法（１日につき）　65点	
	Ｊ025 酸素テント（１日につき）　65点	
	注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。	
	注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。	
	Ｊ026 間歇的陽圧吸入法（１日につき）　160点	
	注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。	
	注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。	
	Ｊ026-2 鼻マスク式補助換気法（１日につき）　65点	
	注１　鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	
	Ｊ026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）　160点	
	注１　体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。	
	注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	

項　　目	現　　行	改　　正
【新設】	（新設）	**Ｊ026-4 ハイフローセラピー（１日につき）** 160点
	Ｊ027 高気圧酸素治療（１日につき） １　救急的なもの イ　１人用高圧酸素治療　5,000点 ロ　多人数用高圧酸素治療　6,000点 ２　非救急的なもの　200点 **Ｊ028 インキュベーター（１日につき）**　120点 注　使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｊ029 鉄の肺（１日につき）**　260点 **Ｊ029-2 減圧タンク療法**　260点 **Ｊ030 食道ブジー法**　100点 **Ｊ031 直腸ブジー法**　100点 **Ｊ032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）**　150点 **Ｊ033 削除**	
Ｊ034 イレウス用ロングチューブ挿入法 【点数の見直し】	**Ｊ034 イレウス用ロングチューブ挿入法**　200点 **Ｊ034-2 ＥＤチューブ挿入術**　180点 **Ｊ035 削除**	610点
Ｊ036 非還納性ヘルニア徒手整復法 【注の見直し】	**Ｊ036 非還納性ヘルニア徒手整復法**　290点 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。 **Ｊ037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）**　290点	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】	**Ｊ038 人工腎臓（１日につき）** １　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合　2,030点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,195点 ハ　５時間以上の場合　2,330点 ２　慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合　2,245点 ３　その他の場合　1,580点 注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。 注２　導入期１月に限り１日につき300点を加算する。 注３　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、１日につき120点を加算する。 注４　カニュレーション料を含むものとする。 注５　区分番号Ｃ102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号Ｃ102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流（１に限る。）の実施回数と併せて週１回）を限度として算定する。 注６　１及び２の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 注７　人工腎臓を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 注８　区分番号Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて１月に14回に限	2,010点 2,175点 2,310点 2,225点 1,580点

項　　目	現　　行	改　　正
	り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　透析液水質確保加算１　８点 ロ　透析液水質確保加算２　20点	
【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。
	Ｊ038-2 持続緩徐式血液濾過（１日につき） 1,990点 注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。 注２　著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、１日につき120点を加算する。 注３　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 注４　区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて１月に14回に限り算定する。ただし、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の注８に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。 **Ｊ039 血漿交換療法（１日につき）**　4,200点 注　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 **Ｊ040 局所灌流（１日につき）** １　悪性腫瘍に対するもの　4,300点 ２　骨膜・骨髄炎に対するもの　1,700点 注　局所灌流を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 **Ｊ041 吸着式血液浄化法（１日につき）** 2,000点 注　吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 **Ｊ041-2 血球成分除去療法（１日につき）** 2,000点 注　血球成分除去療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。	
Ｊ042 腹膜灌流（１日につき）		
【注の見直し】	**Ｊ042 腹膜灌流（１日につき）** １　連続携行式腹膜灌流　330点 注１　導入期の14日の間に限り、１日につき500点を加算する。 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３　区分番号Ｃ102に掲げる在宅自己腹膜	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週１回を限度として、算定する。 ２　その他の腹膜灌流　1,100点 **Ｊ043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（１日につき）**　140点 **Ｊ043-2 瀉血療法**　250点	
Ｊ043-3 ストーマ処置（１日につき）	**Ｊ043-3 ストーマ処置（１日につき）** １　ストーマを１個もつ患者に対して行った場合　70点 ２　ストーマを２個以上もつ患者に対して行った場合　100点 注１　入院中の患者以外の患者に対して算定する。 注２　区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。	
【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。
	Ｊ043-4 経管栄養カテーテル交換法　200点 注　区分番号Ｊ000に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ000に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。 **Ｊ043-5 尿路ストーマカテーテル交換法**　100点 注　区分番号Ｊ000に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ000に掲げる創傷処理、区分番号Ｊ043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。	
【新設】	（新設）	**Ｊ043-6 人工膵臓療法（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るものと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。
	（救急処置）	
Ｊ044 救命のための気管内挿管	**Ｊ044 救命のための気管内挿管**　500点	
【注の見直し】	注　６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注　６歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。
	Ｊ044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）　400点 **Ｊ045 人工呼吸** １　30分までの場合　242点 ２　30分を超えて５時間までの場合　242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 ３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点 注１　使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。	
Ｊ045-2 一酸化窒素吸入療法	**Ｊ045-2 一酸化窒素吸入療法**　920点	**Ｊ045-2 一酸化窒素吸入療法（１日につき）**
【項目の見直し】		１　新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施す

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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、所定点数に加算する。
	Ｊ046 非開胸的心マッサージ １　30分までの場合　250点 ２　30分を超えた場合 250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数 **Ｊ047 カウンターショック（１日につき）** １　非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合　2,500点 ２　その他の場合　3,500点 **Ｊ047-2 心腔内除細動**　3,500点 **Ｊ048 心膜穿刺**　500点 **Ｊ049 食道圧迫止血チューブ挿入法**　2,700点	
Ｊ050 気管内洗浄（１日につき） 【注の見直し】	**Ｊ050 気管内洗浄（１日につき）**　240点 注１　６歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。 注２　気管内洗浄と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。	注１　６歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
Ｊ051 胃洗浄 【注の見直し】	**Ｊ051 胃洗浄**　250点 注　３歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。 **Ｊ052 ショックパンツ（１日につき）**　150点 注　２日目以降については、所定点数にかかわらず１日につき50点を算定する。 **Ｊ052-2 熱傷温浴療法（１日につき）**　1,740点 注　広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。	注　３歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。
	（皮膚科処置） **Ｊ053 皮膚科軟膏処置** １　100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 ２　500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 ３　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 ４　6,000平方センチメートル以上　270点 注１　100平方センチメートル未満の場合は、第１章基本診療料に含まれ、算定できない。 注２　区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。	

項　　目	現　　行	改　　正
Ｊ054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき） 【注の見直し】	**Ｊ054 皮膚科光線療法（１日につき）** 1　赤外線又は紫外線療法　45点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2　長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの）　150点 3　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　340点 **Ｊ054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）** 1　色素レーザー照射療法　2,170点 注　照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。 2　Ｑスイッチ付レーザー照射療法 イ　４平方センチメートル未満　2,000点 ロ　４平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点 ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点 ニ　64平方センチメートル以上　3,950点 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。 **Ｊ055 いぼ焼灼法** 1　３箇所以下　210点 2　４箇所以上　260点 **Ｊ055-2 イオントフォレーゼ**　220点 **Ｊ055-3 臍肉芽腫切除術**　220点 **Ｊ056 いぼ冷凍凝固法** 1　３箇所以下　210点 2　４箇所以上　260点 **Ｊ057 軟属腫摘除** 1　10箇所未満　120点 2　10箇所以上30箇所未満　220点 3　30箇所以上　350点 **Ｊ057-2 面皰圧出法**　49点 **Ｊ057-3 鶏眼・胼胝処置**　170点 注　月１回に限り算定する。 **Ｊ057-4 稗粒腫摘除** 1　10箇所未満　74点 2　10箇所以上　148点	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。
	（泌尿器科処置） **Ｊ058 膀胱穿刺**　80点 **Ｊ059 陰嚢水腫穿刺**　80点 **Ｊ059-2 血腫、膿腫穿刺**　80点 **Ｊ060 膀胱洗浄（１日につき）**　60点 注１　薬液注入、膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。 **Ｊ060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（１日につき）**　60点 **Ｊ061 腎盂洗浄（片側）**　60点 **Ｊ062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）**	

項　　目	現　　行	改　　正
	1,080点 注　ファイバースコープによって行った場合に算定する。 **Ｊ063 留置カテーテル設置**　40点 注１　膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。 **Ｊ064 導尿（尿道拡張を要するもの）**　40点 注　区分番号Ｃ106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。 **Ｊ065 間歇的導尿（１日につき）**　150点 **Ｊ066 尿道拡張法**　180点 **Ｊ066-2 タイダール自動膀胱洗浄（１日につき）**　180点 **Ｊ067 誘導ブジー法**　180点 **Ｊ068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）**　290点 **Ｊ069 前立腺液圧出法**　50点 **Ｊ070 前立腺冷温搦**　50点 **Ｊ070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法**　50点 注　入院中の患者以外の患者について算定する。 **Ｊ070-3 冷却痔処置（１日につき）**　50点 **Ｊ070-4 磁気による膀胱等刺激法**　70点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
	（産婦人科処置） **Ｊ071 羊水穿刺（羊水過多症の場合）**　120点 **Ｊ072 腟洗浄（熱性洗浄を含む。）**　47点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）**　47点 **Ｊ074 卵管内薬液注入法**　60点 **Ｊ075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法**　340点 **Ｊ076 子宮頸管内への薬物挿入法**　45点 **Ｊ077 子宮出血止血法** 1　分娩時のもの　520点 2　分娩外のもの　45点 **Ｊ078 子宮腟部薬物焼灼法**　100点 **Ｊ079 子宮腟部焼灼法**　180点 **Ｊ080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法** 1　ラミナリア　120点 2　コルポイリンテル　120点 3　金属拡張器（ヘガール等）　180点 4　メトロイリンテル　340点 **Ｊ081 分娩時鈍性頸管拡張法**　380点 **Ｊ082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）**　290点 （新設） **Ｊ083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法**　290点 **Ｊ084 胎盤圧出法**　45点 **Ｊ085 クリステル胎児圧出法**　45点 **Ｊ085-2 人工羊水注入法**　600点	**【新設】** **Ｊ082-2 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

項　　目	現　　行	改　　正
	（眼科処置） **Ｊ086 眼処置** 25点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　点眼又は洗眼については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **Ｊ086-2 義眼処置** 25点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ087 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）** 180点 注　顕微鏡下に行った場合は、180点を加算する。 **Ｊ088 霰粒腫の穿刺** 45点 **Ｊ089 睫毛抜去** １　少数の場合 25点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 ２　多数の場合 45点 注１　上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても１回の算定とする。 注２　１日に１回を限度として算定する。 **Ｊ090 結膜異物除去（１眼瞼ごと）** 100点 **Ｊ091 鼻涙管ブジー法** 45点 **Ｊ091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄** 45点 **Ｊ092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）** 45点 **Ｊ093 強膜マッサージ** 150点 **Ｊ094 削除**	
	（耳鼻咽喉科処置） **Ｊ095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）** 25点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **Ｊ095-2 鼓室処置（片側）** 55点 注　鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。 **Ｊ096 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）** １　カテーテルによる耳管通気法（片側）30点 ２　ポリッツェル球による耳管通気法 20点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）** 12点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　区分番号Ｊ098に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても12点とする。 注３　鼻洗浄については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **Ｊ097-2 副鼻腔自然口開大処置** 25点 注　処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｊ098 口腔、咽頭処置** 12点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　区分番号Ｊ097に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても12点とする。 **Ｊ098-2 扁桃処置** 40点 **Ｊ099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）** 27点	

項　　目	現　　行	改　　正
	注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ100 副鼻腔手術後の処置（片側）** 45点 注　当該処置と同一日に行われた区分番号Ｊ097-2に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。 **Ｊ101 鼓室穿刺（片側）** 50点 **Ｊ102 上顎洞穿刺（片側）** 60点 **Ｊ103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）** 180点 **Ｊ104 唾液腺管洗浄（片側）** 60点 **Ｊ105 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）** 1　副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合 55点 2　1以外の場合 25点 **Ｊ106及びＪ107 削除** **Ｊ108 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）** 240点 **Ｊ109 鼻咽腔止血法（ベロック止血法）** 440点 **Ｊ110 削除** **Ｊ111 耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側）** 45点 **Ｊ112 唾液腺管ブジー法（片側）** 45点 **Ｊ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）** 1　片側 100点 2　両側 150点 注　6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。 **Ｊ114 ネブライザー** 12点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ115 超音波ネブライザー（1日につき）** 24点	
【新設】	（新設）	**Ｊ115-2 排痰誘発法（1日につき）** 44点
Ｊ116 関節穿刺（片側） 【注の見直し】	**（整形外科的処置）** **Ｊ116 関節穿刺（片側）** 100点 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】	**Ｊ116-2 粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）** 80点 **Ｊ116-3 ガングリオン穿刺術** 80点 **Ｊ116-4 ガングリオン圧砕法** 80点 （新設）	**Ｊ116-5 酵素注射療法** 490点
Ｊ117 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） 【注の見直し】	**Ｊ117 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）** 50点 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2　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。 **Ｊ118 介達牽引（1日につき）** 35点 注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。 **Ｊ118-2 矯正固定（1日につき）** 35点 注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	Ｊ118-3 変形機械矯正術（１日につき） 35点 注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
【新設】	（新設）	**Ｊ118-4 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。 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。
	Ｊ119 消炎鎮痛等処置（１日につき） １　マッサージ等の手技による療法 35点 ２　器具等による療法 35点 ３　湿布処置 35点 注１　１から３までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。 注２　同一の患者につき同一日において、１から３までの療法のうち２以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。 注３　３については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。 注４　区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。 **Ｊ119-2 腰部又は胸部固定帯固定（１日につき）** 35点 **Ｊ119-3 低出力レーザー照射（１日につき）** 35点 **Ｊ119-4 肛門処置（１日につき）** 24点	
Ｊ120 鼻腔栄養（１日につき）	**（栄養処置）** **Ｊ120 鼻腔栄養（１日につき）** 60点 注　区分番号Ｃ105に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ105-2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。	注１　（略）
【注の追加】	（追加） **Ｊ121 滋養浣腸** 45点	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。
通則	**（ギプス）** **通則**	

項　　目	現　　行	改　　正
【通則の見直し】	1　既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。 2　区分番号Ｊ123からＪ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。 3　３歳未満の乳幼児に対して区分番号Ｊ122からＪ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。 **Ｊ122 四肢ギプス包帯** 1　鼻ギプス　310点 2　手指及び手、足（片側）　490点 3　半肢（片側）　780点 4　内反足矯正ギプス包帯（片側）　950点 5　上肢、下肢（片側）　1,200点 6　体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）　1,700点 **Ｊ123 体幹ギプス包帯**　1,250点 **Ｊ124 鎖骨ギプス包帯（片側）**　1,250点 **Ｊ125 ギプスベッド**　1,400点 **Ｊ126 斜頸矯正ギプス包帯**　1,500点 **Ｊ127 先天性股関節脱臼ギプス包帯**　2,000点 **Ｊ128 脊椎側弯矯正ギプス包帯**　3,000点 **Ｊ129 治療装具の採型ギプス** 1　義肢装具採型法（１肢につき）　200点 2　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）　700点 3　体幹硬性装具採型法　700点 4　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき）　1,050点 **Ｊ129-2 練習用仮義足又は仮義手** 1　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）　700点 2　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき）　1,050点 **Ｊ129-3 義肢装具採寸法（１肢につき）**　200点 **Ｊ129-4 治療装具採型法（１肢につき）**　700点	3　３歳未満の乳幼児に対して区分番号Ｊ122からＪ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。
第２節　処置医療機器等加算	**Ｊ200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）**　170点 **Ｊ201 酸素加算** 注１　区分番号Ｊ024からＪ028まで及びＪ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。 注２　酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
第３節　薬剤料	**Ｊ300 薬剤** 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。 注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。	

項　　目	現　　行	改　　正
	注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｊ400 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。	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
K001	皮膚切開術			K001	
1	長径10センチメートル未満	470→	470	1	
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820→	820	2	
3	長径20センチメートル以上	1,470→	1,470	3	
K002	デブリードマン			K002	
1	100平方センチメートル未満	1,020→	1,020	1	
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990→	2,990	2	
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	
3	長径６センチメートル以上	17,810→	17,810	3	
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）			K004	
1	長径３センチメートル未満	2,110→	2,110	1	
2	長径３センチメートル以上６センチメートル未満	4,070→	4,070	2	
3	長径６センチメートル以上	9,480→	9,480	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
1	長径2センチメートル未満	1,660→	1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670→	3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360→	4,360	3	
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
1	長径3センチメートル未満	1,280→	1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230→	3,230	2	
3	長径6センチメートル以上12センチメートル未満	4,160→	4,160	3	【項目の見直し】
	長径12センチメートル以上	−→	**8,320**	4	【項目の見直し】
K006-2	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660→	1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670→	3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360→	4,360	3	
K006-3	鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280→	1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230→	3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160→	4,160	3	
K006-4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)			K006-4	
1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280→	1,280	1	
2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050→	2,050	2	
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	
K007	皮膚悪性腫瘍切除術			K007	
1	広汎切除	28,210→	28,210	1	
2	単純切除	11,000→	11,000	2	
注	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	5,000→	5,000	注	
K007-2	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000→	10,000	K007-2	
K008	腋臭症手術			K008	
1	皮弁法	5,730→	5,730	1	
2	皮膚有毛部切除術	3,000→	3,000	2	
3	その他のもの	1,660→	1,660	3	
	(形成)				
K009	皮膚剥削術			K009	
1	25平方センチメートル未満	1,490→	1,490	1	
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,370→	4,370	2	
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,060→	9,060	3	
4	200平方センチメートル以上	13,640→	13,640	4	
K010	瘢痕拘縮形成手術			K010	
1	顔面	12,660→	12,660	1	
2	その他	8,060→	8,060	2	
K011	顔面神経麻痺形成手術			K011	
1	静的なもの	19,110→	19,110	1	
2	動的なもの	58,500→	**64,350**	2	
K012	削除			K012	
K013	分層植皮術			K013	
1	25平方センチメートル未満	3,520→	3,520	1	
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270→	6,270	2	
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000→	9,000	3	
4	200平方センチメートル以上	25,820→	25,820	4	
K013-2	全層植皮術			K013-2	
1	25平方センチメートル未満	10,000→	10,000	1	
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500→	12,500	2	
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210→	28,210	3	
4	200平方センチメートル以上	40,290→	40,290	4	
K014	皮膚移植術(生体・培養)	6,110→	6,110	K014	
K014-2	皮膚移植術(死体)			K014-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
1	200平方センチメートル未満	6,750→	6,750	1	
2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000→	9,000	2	
3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	13,490→	13,490	3	
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920→	32,920	4	
5	3,000平方センチメートル以上	37,610→	37,610	5	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			K015	
1	25平方センチメートル未満	3,760→	3,760	1	
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440→	11,440	2	
3	100平方センチメートル以上	20,280→	**22,310**	3	
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120→	41,120	K016	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)			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	
	第２款　筋骨格系・四肢・体幹				
	(筋膜、筋、腱、腱鞘)				
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840→	840	K023	
K024	筋切離術	3,080→	3,080	K024	
K025	股関節内転筋切離術	4,410→	4,410	K025	
K026	股関節筋群解離術	12,140→	12,140	K026	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700→	16,700	K026-2	
K027	筋炎手術			K027	
1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060→	2,060	1	
2	その他の筋	1,210→	1,210	2	
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050→	2,050	K028	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840→	2,840	K029	
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	7,390→	7,390	1	
2	手、足	3,750→	3,750	2	
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	20,620→	**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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
	(四肢骨)				
K042	骨穿孔術	1,730→	1,730	K042	
K043	骨掻爬術			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	
2	前腕、下腿	17,090→	**18,800**	2	
3	手、足、指(手、足)	10,940→	10,940	3	
K047	難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500→	12,500	K047	
K047-2	難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500→	12,500	K047-2	
K047-3	超音波骨折治療法(一連につき)	4,620→	4,620	K047-3	
K048	骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K048	
1	頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	12,100→	12,100	1	
2	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	7,870→	7,870	2	
3	前腕、下腿	5,200→	5,200	3	
4	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,620→	3,620	4	
K049	骨部分切除術			K049	
1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900→	5,900	1	
2	前腕、下腿	4,410→	4,410	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280→	3,280	3	
K050	腐骨摘出術			K050	
1	肩甲骨、上腕、大腿	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	3,420→	3,420	3	
K051	骨全摘術			K051	
1	肩甲骨、上腕、大腿	27,890→	27,890	1	
2	前腕、下腿	13,050→	13,050	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160→	5,160	3	
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160→	5,160	K051-2	
K052	骨腫瘍切除術			K052	
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410→	17,410	1	
2	前腕、下腿	9,370→	9,370	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340→	4,340	3	
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410→	17,410	1	
2	前腕、下腿	9,370→	9,370	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340→	4,340	3	
K052-3	多発性骨腫摘出術			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	4,340→	4,340	3	
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550→	32,550	1	
2	前腕、下腿	26,260→	**32,040**	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,810→	**22,010**	3	
K054	骨切り術			K054	
1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210→	28,210	1	
2	前腕、下腿	20,620→	**22,680**	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	7,930→	7,930	3	
注	患者適合型変形矯正ガイド加算	6,000→	6,000	注	
K055	削除			K055	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070→	44,070	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	37,570→	37,570	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210→	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	14,500→	14,500	3	
K056-2	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	48,820→	48,820	K056-2	
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
1	肩甲骨、上腕、大腿	31,270→	**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	
注	患者適合型変形矯正ガイド加算	6,000→	6,000	注	
K058	骨長調整手術			K058	
1	骨端軟骨発育抑制術	16,340→	16,340	1	
2	骨短縮術	14,960→	14,960	2	
3	骨延長術(指(手、足))	16,390→	16,390	3	
4	骨延長術(指(手、足)以外)	26,700→	**29,370**	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
1	自家骨移植	14,030→	14,030	1	
2	同種骨移植(生体)	20,770→	**23,890**	2	
3	同種骨移植(非生体)	18,300→	－	3	【項目の見直し】
	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	
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	16,190→	**18,620**	K059-2	
	(四肢関節、靱帯)				
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	
3	肩鎖、指(手、足)	680→	680	3	
K060-2	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掻爬術			K060-3	
1	肩、股、膝	20,020→	20,020	1	
2	胸鎖、肘、手、足	13,130→	13,130	2	
3	肩鎖、指(手、足)	3,330→	3,330	3	
K061	関節脱臼非観血的整復術			K061	
1	肩、股、膝	1,500→	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	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200→	11,200	K066-5	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030→	17,030	K066-6	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930→	7,930	K066-7	
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060→	16,060	K066-8	
K067	関節鼠摘出手術			K067	
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	
3	肩鎖、指(手、足)	5,670→	5,670	3	
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝、肘	20,760→	20,760	1	
2	胸鎖、手、足	17,070→	17,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	10,370→	10,370	3	
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血的手術			K073-2	
1	肩、股、膝、肘	25,200→	**27,720**	1	【項目の見直し】
2	胸鎖、手、足	18,910→	18,910	2	【項目の見直し】
3	肩鎖、指(手、足)	11,970→	11,970	3	
K074	靱帯断裂縫合術			K074	
1	十字靱帯	17,070→	17,070	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
2	膝側副靱帯	16,560→	16,560	2	
3	指(手、足)その他の靱帯	7,600→	7,600	3	
K074-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術			K074-2	
1	十字靱帯	21,970→	**24,170**	1	
2	膝側副靱帯	16,510→	16,510	2	
3	指(手、足)その他の靱帯	15,720→	15,720	3	
K075	非観血的関節授動術			K075	
1	肩、股、膝	1,320→	1,320	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,260→	1,260	2	
3	肩鎖、指(手、足)	490→	490	3	
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	38,890→	38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	28,210→	28,210	2	
3	肩鎖、指(手、足)	8,460→	8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	27,380→	27,380	1	
2	胸鎖、肘、手、足	15,560→	15,560	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,550→	5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	21,640→	21,640	1	
2	胸鎖、肘、手、足	18,590→	18,590	2	
3	肩鎖、指(手、足)	7,200→	7,200	3	
K079	靱帯断裂形成手術			K079	
1	十字靱帯	28,210→	28,210	1	
2	膝側副靱帯	18,810→	18,810	2	
3	指(手、足)その他の靱帯	16,350→	16,350	3	
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術			K079-2	
1	十字靱帯	34,980→	34,980	1	
2	膝側副靱帯	17,280→	17,280	2	
3	指(手、足)その他の靱帯	16,390→	16,390	3	
4	内側膝蓋大腿靱帯	17,550→	**20,180**	4	
K080	関節形成手術			K080	
1	肩、股、膝	45,720→	45,720	1	
2	胸鎖、肘、手、足	28,210→	28,210	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	880→	880	注	
K080-2	内反足手術	25,930→	25,930	K080-2	
K080-3	肩腱板断裂手術			K080-3	
1	簡単なもの	18,700→	18,700	1	
2	複雑なもの	24,310→	24,310	2	
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術			K080-4	
1	簡単なもの	27,040→	27,040	1	
2	複雑なもの	35,150→	**38,670**	2	
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術	32,160→	－	K080-5	【項目の見直し】
	腱板断裂を伴うもの	－→	**45,200**	1	
	腱板断裂を伴わないもの	－→	**32,160**	2	
	関節鏡下股関節唇形成術	－→	**44,830**	K080-6	【新設】
K081	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	
3	肩鎖、指(手、足)	13,310→	13,310	3	
K082-2	人工関節抜去術			K082-2	
1	肩、股、膝	30,230→	30,230	1	
2	胸鎖、肘、手、足	20,620→	**22,680**	2	
3	肩鎖、指(手、足)	13,950→	13,950	3	
K082-3	人工関節再置換術			K082-3	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
	(四肢切断、離断、再接合)				
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	
2	肘、手、足	11,360→	11,360	2	
3	指(手、足)	3,330→	3,330	3	
K086	断端形成術(軟部形成のみのもの)			K086	
1	指(手、足)	2,770→	2,770	1	
2	その他	3,300→	3,300	2	
K087	断端形成術(骨形成を要するもの)			K087	
1	指(手、足)	7,410→	7,410	1	
2	その他	10,630→	10,630	2	
K088	切断四肢再接合術			K088	
1	四肢	144,680→	144,680	1	
2	指(手、足)	81,900→	81,900	2	
	(手、足)				
K089	爪甲除去術	640→	640	K089	
K090	ひょう疽手術			K090	
1	軟部組織のもの	990→	990	1	
2	骨、関節のもの	1,280→	1,280	2	
K090-2	風棘手術	990→	990	K090-2	
K091	陥入爪手術			K091	
1	簡単なもの	1,400→	1,400	1	
2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490→	2,490	2	
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	
K096-2	体外衝撃波疼痛治療(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	指瘢痕拘縮手術	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
K109	神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460→	40,460	K109	
K110	第四足指短縮症手術	10,790→	10,790	K110	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	10,790→	10,790	K110-2	
K111	削除			K111	
(脊柱、骨盤)					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670→	4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍掻爬術	11,600→	11,600	K113	
K114及びK115	削除			K114及びK115	
K116	脊椎、骨盤骨掻爬術	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、骨盤脱臼観血的手術	28,210→	**31,030**	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	24,320→	24,320	K119	
K120	恥骨結合離開観血的手術	7,890→	7,890	K120	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580→	1,580	K120-2	
K121	骨盤骨折非観血的整復術	2,570→	2,570	K121	
K122及びK123	削除			K122及びK123	
K124	腸骨翼骨折観血的手術	15,760→	15,760	K124	
	寛骨臼骨折観血的手術	−→	**43,790**	K124-2	【新設】
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。)	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	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770→	12,770	K128	
K129から	削除			K129から	
K131まで				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	黄色靱帯骨化症手術	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	経皮的髄核摘出術	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	臼蓋形成手術	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	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
5	椎弓切除	12,100→	**13,310**	5	
6	椎弓形成	21,700→	**23,870**	6	
K142-2	脊椎側彎症手術			K142-2	
1	固定術	48,650→	**55,950**	1	
2	矯正術			2	
イ	初回挿入	112,260→	112,260	イ	
ロ	交換術	48,650→	48,650	ロ	
ハ	伸展術	20,540→	20,540	ハ	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	101,910→	101,910	K142-3	
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960→	19,960	K142-4	
K143	仙腸関節固定術	29,190→	29,190	K143	
K144	体外式脊椎固定術	25,800→	25,800	K144	
第3款　神経系・頭蓋					
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。					
(頭蓋、脳)					
K145	穿頭脳室ドレナージ術	1,940→	1,940	K145	
K146	頭蓋開溝術	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	
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	
K167	頭蓋内腫瘤摘出術	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	シャント手術	24,310→	24,310	2	
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680→	1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
1	１箇所	71,320→	**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	
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	
	経皮的脳血管ステント留置術	－→	**33,150**	K178-5	【新設】
K179	髄液漏閉鎖術	39,380→	39,380	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
1	頭蓋骨のみのもの	16,450→	16,450	1	
2	硬膜形成を伴うもの	23,660→	23,660	2	
3	骨移動を伴うもの	40,950→	40,950	3	
K181	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181	
1	片側の場合	59,180→	**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	
	(脊髄、末梢神経、交感神経)				
K182	神経縫合術			K182	
1	指(手、足)	12,640→	12,640	1	
2	その他のもの	24,510→	24,510	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
1	指(手、足)	36,320→	**43,580**	1	
2	その他のもの	46,180→	46,180	2	
K182-3	神経再生誘導術	12,640→	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
	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	
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	
2	胸部	16,340	16,340	2	
3	腰部	16,240	16,240	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	18,500	K196-2	
K196-3	ストッフェル手術	12,490	12,490	K196-3	
K196-4	閉鎖神経切除術	12,490	12,490	K196-4	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	12,490	12,490	K196-5	
K197	神経移行術	23,660	23,660	K197	
K198	神経移植術	23,520	23,520	K198	
第４款　眼					
(涙道)					
K199	涙点、涙小管形成術	550	550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術			K202	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
1	涙道内視鏡を用いるもの	2,350→	2,350	1	
2	その他のもの	1,810→	1,810	2	
K203	涙嚢摘出術	4,590→	4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	23,490→	23,490	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720→	3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	16,730→	16,730	K206	
(眼瞼)					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580→	1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410→	410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470→	470	K209	
K209-2	外眥切開術	470→	470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560→	560	K211	
K212	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	
(結膜)					
K220	結膜縫合術	1,260→	1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
1	少数のもの(1眼瞼ごと)	260→	260	1	
2	多数のもの	390→	390	2	
K222	結膜下異物除去術	390→	390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
1	部分形成	2,250→	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	
K225-3	結膜肉芽腫摘除術	800→	800	K225-3	
(眼窩、涙腺)					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390→	1,390	K226	
K227	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940→	14,940	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	
(眼球、眼筋)					
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
（角膜、強膜）					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980→	2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980→	980	K248	
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	950→	950	K248-2	
K249	角膜潰瘍掻爬術、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	
（ぶどう膜）					
K263及びK264	削除			K263及びK264	
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	
（眼房、網膜）					
K274	前房、虹彩内異物除去術	8,800→	8,800	K274	
K275	網膜復位術	34,940→	34,940	K275	
K276	網膜光凝固術			K276	
1	通常のもの（一連につき）	10,020→	10,020	1	
2	その他特殊なもの（一連につき）	15,960→	15,960	2	
K277	網膜冷凍凝固術	15,750→	15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	47,150→	47,150	K277-2	
（水晶体、硝子体）					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900→	1,900	K278	
K279	硝子体切除術	15,560→	15,560	K279	
K280	硝子体茎顕微鏡下離断術			K280	
1	網膜付着組織を含むもの	38,950→	38,950	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
2	その他のもの	29,720→	29,720	2	
K280-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	47,780→	47,780	K280-2	
K281	増殖性硝子体網膜症手術	54,860→	54,860	K281	
K281-2	網膜再建術	69,880→	69,880	K281-2	
K282	水晶体再建術			K282	
1	眼内レンズを挿入する場合			1	
イ	縫着レンズを挿入するもの	17,440→	17,440	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	【注の追加】
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	
第5款　耳鼻咽喉					
(外耳)					
K285	耳介血腫開窓術	380→	380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
1	単純なもの	220→	220	1	
2	複雑なもの	710→	710	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,900→	3,900	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240→	2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830→	830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	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	
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	
(中耳)					
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	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140→	32,140	K320	
	(内耳)				
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	
	(鼻)				
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620→	620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820→	820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900→	900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900→	900	K331-2	
K331-3	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910→	2,910	K331-3	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	2,130→	2,130	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640→	1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640→	1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血的手術	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	
1	単純なもの(膜性閉鎖)	3,640→	3,640	1	
2	複雑なもの(骨性閉鎖)	27,040→	27,040	2	
K347	鼻中隔矯正術	6,860→	6,860	K347	
K347-2	変形外鼻手術	16,390→	16,390	K347-2	
	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】
	(副鼻腔)				

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	上顎洞血瘤腫手術	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	
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	
	(咽頭、扁桃)				
K367	咽後膿瘍切開術	1,900→	1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830→	1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
1	簡単なもの	420→	420	1	
2	複雑なもの	2,100→	2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600→	1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
1	経口腔によるもの	4,460→	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	
2	外切開によるもの	14,820→	**16,300**	2	
K374	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970→	**35,340**	K374	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
	(喉頭、気管)				
K383	喉頭切開・截開術	13,420→	13,420	K383	
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140→	2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000→	4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040→	2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570→	2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860→	2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	3,630→	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	
K400	喉頭形成手術			K400	
1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750→	18,750	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510→	28,510	2	
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**	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040→	76,040	2	
K403-2	嚥下機能手術			K403-2	
1	輪状咽頭筋切断術	18,810→	18,810	1	
2	喉頭挙上術	18,370→	18,370	2	
3	喉頭気管分離術	28,210→	28,210	3	
4	喉頭全摘術	28,210→	28,210	4	
	第6款　顔面・口腔・頸部				
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)				
K404	抜歯手術(1歯につき)			K404	
1	乳歯	130→	130	1	
2	前歯	150→	150	2	
3	臼歯	260→	260	3	
4	難抜歯	470→	−		【削除】
5	埋伏歯	1,050→	1,050	4	
	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】

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K405	削除			K405	
K406	口蓋腫瘍摘出術			K406	
1	口蓋粘膜に限局するもの	520→	520	1	
2	口蓋骨に及ぶもの	8,050→	8,050	2	
K407	顎・口蓋裂形成手術			K407	
1	軟口蓋のみのもの	14,520→	14,520	1	
2	硬口蓋に及ぶもの	24,170→	24,170	2	
3	顎裂を伴うもの			3	
イ	片側	25,170→	25,170	イ	
ロ	両側	29,040→	**31,940**	ロ	
K407-2	軟口蓋形成手術	9,700→	9,700	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)					
K408	口腔底膿瘍切開術	700→	700	K408	
K409	口腔底腫瘍摘出術	6,800→	6,800	K409	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	24,050→	**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	舌繋瘢痕性短縮矯正術	2,650→	2,650	K418-2	
K419	頬、口唇、舌小帯形成手術	560→	560	K419	
K420	削除			K420	
(顔面)					
K421	口唇腫瘍摘出術			K421	
1	粘液嚢胞摘出術	910→	910	1	
2	その他のもの	3,050→	3,050	2	
K422	口唇悪性腫瘍手術	28,210→	**33,010**	K422	
K423	頬腫瘍摘出術			K423	
1	粘液嚢胞摘出術	910→	910	1	
2	その他のもの	4,380→	4,380	2	
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900→	**20,940**	K424	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100→	**108,700**	K425	
K426	口唇裂形成手術(片側)			K426	
1	口唇のみの場合	13,180→	13,180	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810→	18,810	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	22,140→	**24,350**	3	
K426-2	口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
1	口唇のみの場合	18,810→	18,810	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790→	23,790	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	33,290→	**36,620**	3	
(顔面骨、顎関節)					
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	
1	片側	13,000→	13,000	1	
2	両側	24,840→	**27,320**	2	
K429-2	下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
1	片側	28,210→	28,210	1	
2	両側	47,020→	47,020	2	
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	410→	410	K430	
K431	顎関節脱臼観血的手術	23,830→	**26,210**	K431	
K432	上顎骨折非観血的整復術	1,570→	1,570	K432	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	掻爬	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	
4	骨移動を伴う場合	54,210→	54,210	4	
注1	２については、両側を同時に行った場合	3,000→	3,000	注1	
K444-2	下顎骨延長術			K444-2	
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	徒手的授動術	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	
	（唾液腺）				
K448	がま腫切開術	820→	820	K448	
K449	唾液腺膿瘍切開術	900→	900	K449	
K450	唾石摘出術（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	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
	(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))				
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
1	片葉のみの場合	8,480→	8,480	1	
2	両葉の場合	10,760→	10,760	2	
	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術			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	
	(その他の頸部)				
K466	斜角筋切断術	3,760→	3,760	K466	
K467	頸瘻、頸嚢摘出術	11,430→	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	
	第7款　胸部				
	(乳腺)				
K472	乳腺膿瘍切開術	820→	820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
1	長径5センチメートル未満	2,660→	2,660	1	
2	長径5センチメートル以上	6,730→	6,730	2	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	12,820→	12,820	K474-2	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	6,240→	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	
	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】
注1	乳がんセンチネルリンパ節加算1	5,000→	5,000	注1	
注2	乳がんセンチネルリンパ節加算2	3,000→	3,000	注2	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350→	7,350	K476-2	
K476-3	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	
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	
	(胸壁)				

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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髄炎手術	7,460→	7,460	K478	
K479	削除			K479	
K480	胸壁冷膿瘍手術	7,670→	7,670	K480	
K480-2	流注膿瘍切開掻爬術	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	
1	第１肋骨	16,900→	16,900	1	
2	その他の肋骨	4,300→	4,300	2	
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120→	12,120	K483	
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術			K484	
1	胸壁形成手術を併施するもの	47,860→	**56,000**	1	
2	その他のもの	28,210→	28,210	2	
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2	
1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750→	43,750	1	
2	その他のもの	28,210→	28,210	2	
K485	胸壁腫瘍摘出術	12,960→	12,960	K485	
K486	胸壁瘻手術	23,520→	23,520	K486	
K487	漏斗胸手術			K487	
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	
（胸腔、胸膜）					
K488	試験開胸術	10,800→	10,800	K488	
K488-2	試験的開胸開腹術	17,380→	17,380	K488-2	
K488-3	胸腔鏡下試験開胸術	13,500→	13,500	K488-3	
K488-4	胸腔鏡下試験切除術	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	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術			K496	
1	１肺葉に相当する範囲以内のもの	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	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	51,850→	51,850	K496-2	
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	
1	１肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340→	26,340	1	
2	１肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150→	33,150	2	
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	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	胸膜胼胝切除を併施するもの	49,200→	49,200	2	
K499	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	15,830→	15,830	K499	
K500	削除			K500	
K501	乳糜胸手術	12,530→	**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	
（縦隔）					
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
	（気管支、肺）				
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	【新設】
K509	気管支異物除去術			K509	
1	直達鏡によるもの	9,260→	9,260	1	
2	開胸手術によるもの	45,650→	45,650	2	
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800→	4,800	K509-2	
K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	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	
6	気管支形成を伴う肺切除	80,460→	80,460	6	
7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860→	124,860	7	
8	気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130→	127,130	8	
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	【項目の追加】
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
1	部分切除	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	
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	
1	楔状切除術	64,030→	64,030	1	
2	輪状切除術	66,010→	66,010	2	
K519	先天性気管狭窄症手術	146,950→	146,950	K519	
	（食道）				

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
1	頸部手術	17,070→	17,070	1	
2	開胸手術	28,210→	28,210	2	
3	開腹手術	17,750→	17,750	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
1	開胸手術	26,030→	**28,210**	1	
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	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
1	内視鏡によるもの	9,450→	9,450	1	
2	食道ブジー法	2,950→	2,950	2	
3	拡張用バルーンによるもの	12,480→	12,480	3	
K522-2	食道ステント留置術	6,300→	6,300	K522-2	
K522-3	食道空置バイパス作成術	54,020→	**65,900**	K522-3	
K523	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	
3	開腹手術によるもの	27,720→	27,720	3	
K524	食道憩室切除術			K524	
1	頸部手術によるもの	22,480→	**24,730**	1	
2	開胸によるもの	31,430→	**34,570**	2	
K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	34,130→	**39,930**	K524-2	
K525	食道切除再建術			K525	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040→	77,040	1	
2	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	
K525-2	胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040→	77,040	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690→	69,690	2	
3	腹部の操作によるもの	51,420→	51,420	3	
4	バイパスのみ作成する場合	45,230→	45,230	4	
K525-3	非開胸食道抜去術(消化管再建手術を併施するもの)	69,690→	69,690	K525-3	
K526	食道腫瘍摘出術			K526	
1	内視鏡によるもの	8,480→	8,480	1	
2	開胸又は開腹手術によるもの	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	
K526-2	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840→	8,840	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100→	22,100	2	
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490→	11,490	K526-3	
	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	−→	**6,300**	K526-4	【新設】
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
1	頸部食道の場合	47,530→	47,530	1	
2	胸部食道の場合	56,950→	56,950	2	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820→	64,820	K528	
K528-2	先天性食道狭窄症根治手術	51,220→	51,220	K528-2	
	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	−→	**76,320**	K528-3	【新設】
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)			K529	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	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】
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術			K529-2	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	125,240→	125,240	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	104,190→	104,190	2	
	有茎腸管移植を併せて行った場合	−→	**7,500**	注	【注の追加】
K530	食道アカラシア形成手術	32,710→	32,710	K530	
K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500→	44,500	K530-2	
	内視鏡下筋層切開術	−→	**9,450**	K530-3	【新設】
K531	食道切除後2次的再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	43,920→	43,920	1	
2	消化管利用によるもの	54,960→	**64,300**	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	34,240→	**37,620**	1	
2	食道離断術を主とするもの	37,620→	37,620	2	
K532-2	食道静脈瘤手術(開腹)	34,240→	34,240	K532-2	
K532-3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	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	
	(横隔膜)				
K534	横隔膜縫合術			K534	
1	経胸又は経腹	27,890→	27,890	1	
2	経胸及び経腹	37,620→	37,620	2	
K534-2	横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
1	経胸又は経腹	27,890→	27,890	1	
2	経胸及び経腹	37,620→	37,620	2	
K534-3	胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	31,990→	31,990	K534-3	
K535	胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
1	経胸又は経腹	26,870→	**29,560**	1	
2	経胸及び経腹	35,490→	**39,040**	2	
K536	後胸骨ヘルニア手術	27,380→	27,380	K536	
K537	食道裂孔ヘルニア手術			K537	
1	経胸又は経腹	27,380→	27,380	1	
2	経胸及び経腹	34,810→	**38,290**	2	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180→	42,180	K537-2	
	第8款　心・脈管				
	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)				
K538	心膜縫合術	9,180→	9,180	K538	
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	11,800→	11,800	K538-2	
K539	心膜切開術	9,420→	9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240→	15,240	K539-2	
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060→	16,060	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	51,650→	51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700→	24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	39,270→	39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	39,270→	39,270	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	60,600→	60,600	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770→	77,770	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910→	91,910	3	
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	
2	2箇所以上のもの	79,860→	79,860	2	
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
1	1吻合のもの	71,570→	71,570	1	
2	2吻合以上のもの	89,250→	89,250	2	
注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000→	10,000	注	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K552-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)			K552-2	
1	1吻合のもの	71,570→	71,570	1	
2	2吻合以上のもの	91,350→	91,350	2	
注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000→	10,000	注	
K553	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
1	単独のもの	63,390→	63,390	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	80,060→	80,060	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200→	100,200	3	
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
1	単独のもの	114,300→	114,300	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	147,890→	147,890	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180→	167,180	3	
K554	弁形成術			K554	
1	1弁のもの	79,860→	79,860	1	
2	2弁のもの	93,170→	93,170	2	
3	3弁のもの	106,480→	106,480	3	
K555	弁置換術			K555	
1	1弁のもの	85,500→	85,500	1	
2	2弁のもの	100,200→	100,200	2	
3	3弁のもの	114,510→	114,510	3	
K555-2	経カテーテル大動脈弁置換術	37,430→	－	K555-2	【名称の見直し】
	経心尖大動脈弁置換術	－→	**61,530**	1	【項目の見直し】
	経皮的大動脈弁置換術	－→	**37,560**	2	【項目の見直し】
K556	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940→	42,940	K556	
K556-2	経皮的大動脈弁拡張術	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	
	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	
K561	ステントグラフト内挿術			K561	
1	胸部大動脈	56,560→	56,560	1	
2	腹部大動脈	49,440→	49,440	2	
3	腸骨動脈	43,830→	43,830	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	経皮的大動脈形成術	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	
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	
2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060→	66,060	2	
K579-2	完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350→	107,350	1	
2	ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920→	192,920	2	
K580	ファロー四徴症手術			K580	
1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000→	71,000	1	
2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060→	94,060	2	
K581	肺動脈閉鎖症手術			K581	
1	単独のもの	100,200→	100,200	1	
2	ラステリ手術を伴うもの	173,620→	173,620	2	
3	巨大側副血管術を伴うもの	231,500→	231,500	3	
K582	両大血管右室起始症手術			K582	
1	単独のもの	85,880→	85,880	1	
2	右室流出路形成を伴うもの	128,820→	128,820	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの（タウシッヒ・ビング奇形手術）	192,920→	192,920	3	
K583	大血管転位症手術			K583	
1	心房内血流転換手術（マスタード・セニング手術）	114,510→	114,510	1	
2	大血管血流転換術（ジャテーン手術）	144,690→	144,690	2	
3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620→	173,620	3	
4	ラステリ手術を伴うもの	154,330→	154,330	4	
K584	修正大血管転位症手術			K584	
1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790→	85,790	1	
2	根治手術（ダブルスイッチ手術）	201,630→	201,630	2	
K585	総動脈幹症手術	143,860→	143,860	K585	
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
1	両方向性グレン手術	71,570→	71,570	1	
2	フォンタン手術	85,880→	85,880	2	
3	心室中隔造成術	181,350→	181,350	3	
K587	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	179,310→	179,310	K587	
K588	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240→	53,240	K588	
K589	冠動脈起始異常症手術	85,880→	85,880	K589	
K590	心室憩室切除術	76,710→	76,710	K590	
K591	心臓脱手術	113,400→	113,400	K591	
K592	肺動脈塞栓除去術	48,880→	48,880	K592	
K592-2	肺動脈血栓内膜摘除術	135,040→	135,040	K592-2	
K593	肺静脈血栓除去術	39,270→	39,270	K593	
K594	不整脈手術			K594	
1	副伝導路切断術	89,250→	89,250	1	
2	心室頻拍症手術	147,890→	147,890	2	
3	メイズ手術	98,640→	98,640	3	
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】
	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	
K599-2	植込型除細動器交換術	6,000→	6,000	K599-2	
K599-3	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000→	**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】
	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】
K600	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）			K600	
1	初日	8,780→	8,780	1	
2	２日目以降	3,680→	3,680	2	
K601	人工心肺（１日につき）			K601	
1	初日	24,500→	**26,950**	1	
2	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
2	２日目以降	3,120→	3,120	2	
K603	補助人工心臓（１日につき）			K603	
1	初日	54,370→	54,370	1	
2	２日目以降30日目まで	5,000→	5,000	2	
3	31日目以降	4,000→	4,000	3	
	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	
	31日目以降	－→	**7,680**	3	
K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)			K604	【削除】
1	初日（１日につき）	58,500→	－		
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→	－		
K604-2	植込型補助人工心臓(非拍動流型)			K604-2	
1	初日（１日につき）	58,500→	58,500	1	
2	２日目以降30日目まで（１日につき）	5,000→	5,000	2	
3	31日目以降90日目まで（１日につき）	2,780→	2,780	3	
4	91日目以降（１日につき）	1,500→	1,500	4	
K605	移植用心採取術	62,720→	62,720	K605	
K605-2	同種心移植術	192,920→	192,920	K605-2	
K605-3	移植用心肺採取術	100,040→	100,040	K605-3	
K605-4	同種心肺移植術	286,010→	286,010	K605-4	
	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	－→	**9,420**	K605-5	【新設】
	(動脈)				
K606	血管露出術	530→	530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	10,550→	10,550	1	
2	その他のもの	3,130→	3,130	2	
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130→	3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000→	5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
1	開胸又は開腹を伴うもの	28,560→	28,560	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	11,180→	11,180	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680→	1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130→	3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
1	大動脈に及ぶもの	40,950→	40,950	1	
2	内頸動脈	43,880→	43,880	2	
3	その他のもの	25,860→	**28,450**	3	
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740→	34,740	K609-2	
K610	動脈形成術、吻合術			K610	
1	頭蓋内動脈	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	
3	頭頸部その他に設置した場合	16,640→	16,640	3	
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760→	7,760	K612	
K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	31,840→	31,840	K613	
K614	血管移植術、バイパス移植術			K614	
1	大動脈	70,700→	70,700	1	
2	胸腔内動脈	64,050→	64,050	2	
3	腹腔内動脈	56,560→	56,560	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
4	頭、頸部動脈	55,050→	55,050	4	
5	下腿、足部動脈	62,670→	62,670	5	
	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	
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	
K615-2	経皮的大動脈遮断術	1,390→	1,390	K615-2	
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	20,540→	**22,590**	K616	
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800→	10,800	K616-2	
K616-3	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	24,550→	24,550	K616-3	
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080→	18,080	K616-4	
	経皮的血管内異物除去術	−→	**14,000**	K616-5	【新設】
	(静脈)				
K617	下肢静脈瘤手術			K617	
1	抜去切除術	10,200→	10,200	1	
2	硬化療法(一連として)	1,720→	1,720	2	
3	高位結紮術	3,130→	3,130	3	
K617-2	大伏在静脈抜去術	11,020→	11,020	K617-2	
K617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,820→	1,820	K617-3	
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360→	14,360	K617-4	
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200→	10,200	K617-5	
K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置			K618	
1	四肢に設置した場合	10,500→	10,500	1	
2	頭頸部その他に設置した場合	10,800→	10,800	2	
注1	６歳未満の乳幼児の場合	300→	300	注1	
K619	静脈血栓摘出術			K619	
1	開腹を伴うもの	22,070→	22,070	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	13,100→	13,100	2	
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100→	32,100	K619-2	
K620	下大静脈フィルター留置術	10,160→	10,160	K620	
K620-2	下大静脈フィルター除去術	6,190→	6,190	K620-2	
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40,650→	40,650	K621	
K622	胸管内頸静脈吻合術	37,620→	37,620	K622	
K623	静脈形成術、吻合術			K623	
1	胸腔内静脈	25,200→	25,200	1	
2	腹腔内静脈	25,200→	25,200	2	
3	その他の静脈	16,140→	16,140	3	
K623-2	脾腎静脈吻合術	21,220→	21,220	K623-2	
	(リンパ管、リンパ節)				
K624	削除			K624	
K625	リンパ管腫摘出術			K625	
1	長径５センチメートル未満	10,910→	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	
K628	リンパ管吻合術	34,450→	34,450	K628	
	第９款　腹部				

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
	(腹壁、ヘルニア)				
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270→	1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
1	腹壁に限局するもの	1,820→	1,820	1	
2	腹腔に通ずるもの	8,390→	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	
	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)				
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	
K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610→	50,610	K643-2	
K644	臍腸管瘻手術			K644	
1	腸管切除を伴わないもの	5,260→	5,260	1	
2	腸管切除を伴うもの	18,280→	18,280	2	
K645	骨盤内臓全摘術	120,980→	120,980	K645	
	(胃、十二指腸)				
K646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	11,360→	11,360	K646	
K647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	12,190→	12,190	K647	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
2	その他のもの	20,400→	20,400	2	
K655	胃切除術			K655	
1	単純切除術	28,210→	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	【注の追加】
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	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
(胆嚢、胆道)					
K669	胆管切開術	12,460→	12,460	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	11,800→	11,800	K670	
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
1	胆嚢摘出を含むもの	28,210→	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	体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	16,300→	16,300	K678	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	11,580→	11,580	K679	
K680	総胆管胃(腸)吻合術	28,210→	28,210	K680	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,420→	9,420	K681	
K682	胆管外瘻造設術			K682	
1	開腹によるもの	12,300→	12,300	1	
2	経皮経肝によるもの	10,800→	10,800	2	
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800→	10,800	K682-2	
K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ＥＮＢＤ)	10,800→	10,800	K682-3	
K682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	21,320→	**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	胆道砕石術を伴うもの	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
2	胆道砕石術を伴うもの	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	
	(肝)				
K690	肝縫合術	17,400→	17,400	K690	
K691	肝膿瘍切開術			K691	
1	開腹によるもの	11,860→	11,860	1	
2	開胸によるもの	12,520→	12,520	2	
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800→	10,800	K691-2	
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520→	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	
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	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	72,000→	**82,800**	K697-4	
K697-5	生体部分肝移植術	145,610→	**189,290**	K697-5	
K697-6	移植用肝採取術(死体)	86,700→	86,700	K697-6	
K697-7	同種死体肝移植術	193,060→	193,060	K697-7	
	(膵)				
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870→	55,870	4	
K702-2	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	47,250→	－	K702-2	【項目の見直し】
	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	【新設】
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	
(脾)					
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	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)					
K712	破裂腸管縫合術	10,400→	10,400	K712	
K713	腸切開術	9,650→	9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	12,010→	12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650→	20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
1	非観血的なもの	4,490→	4,490	1	
2	観血的なもの	6,040→	6,040	2	
	腹腔鏡下腸重積症整復術	－→	**14,660**	K715-2	【新設】
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 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
2	全切除、亜全切除	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	
1	腸管切除を伴わないもの	11,580→	11,580	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,900→	17,900	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
1	腸管切除を伴わないもの	11,750→	11,750	1	
2	腸管切除を伴うもの	28,210→	28,210	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
1	腸管切除を伴わないもの	11,470→	11,470	1	
2	腸管切除を伴うもの	28,210→	28,210	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400→	4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	18,810→	18,810	K734	
K734-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	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	【注の追加】
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	
(直腸)					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,610→	2,610	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
1	経肛門(内視鏡によるもの)	6,700→	6,700	1	
2	開腹によるもの	11,530→	11,530	2	
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	
1	経肛門	4,010→	4,010	1	
2	経括約筋	9,940→	9,940	2	
3	経腹及び経肛	18,810→	18,810	3	
K739-2	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	26,100→	26,100	K739-2	
K739-3	低侵襲経肛門的局所切除術(ＭＩＴＡＳ)	16,700→	16,700	K739-3	
K740	直腸切除・切断術			K740	
1	切除術	42,850→	42,850	1	
2	低位前方切除術	66,300→	66,300	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
3	超低位前方切除術(経肛門的結腸嚢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	
	(肛門、その周辺)				
K743	痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
1	硬化療法	1,380→	1,380	1	
2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010→	4,010	2	
3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390→	1,390	3	
4	根治手術	5,190→	5,190	4	
5	ＰＰＨ	11,260→	11,260	5	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380→	1,380	K743-2	
K743-3	脱肛根治手術	5,360→	－	K743-3	【削除】
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	
2	直腸粘膜脱形成手術	7,710→	7,710	2	
K753	毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680→	3,680	K753	
	第10款　尿路系・副腎				
	(副腎)				
K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210→	28,210	K754	
K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	40,100→	40,100	K754-2	
K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390→	34,390	K754-3	
K755	副腎腫瘍摘出術			K755	
1	皮質腫瘍	35,830→	**39,410**	1	
2	髄質腫瘍(褐色細胞腫)	42,930→	**47,020**	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K755-2	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030→	47,030	K755-2	
K756	副腎悪性腫瘍手術	47,020→	47,020	K756	
K756-2	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120→	51,120	K756-2	
	(腎、腎盂)				
K757	腎破裂縫合術	37,620→	37,620	K757	
K757-2	腎破裂手術	38,270→	38,270	K757-2	
K758	腎周囲膿瘍切開術	3,480→	3,480	K758	
K759	腎切半術	37,620→	37,620	K759	
K760	癒合腎離断術	47,020→	47,020	K760	
K761	腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	10,660→	10,660	K761	
K762	腎固定術	10,350→	10,350	K762	
K763	腎切石術	27,550→	27,550	K763	
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800→	32,800	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	33,040→	33,040	K765	
K766	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000→	13,000	K766	
K767	腎盂切石術	27,210→	27,210	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300→	19,300	K768	
K769	腎部分切除術	32,620→	**35,880**	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930→	43,930	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900→	42,900	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	11,580→	11,580	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850→	18,850	K770-2	
K770-3	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360→	20,360	K770-3	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490→	1,490	K771	
K772	腎摘出術	17,680→	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	【新設】
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	
	(尿管)				
K781	経尿道的尿路結石除去術			K781	
1	レーザーによるもの	22,270→	22,270	1	
2	その他のもの	14,800→	14,800	2	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770→	7,770	K781-2	
	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	−→	**8,250**	K781-3	【新設】
K782	尿管切石術			K782	
1	上部及び中部	10,310→	10,310	1	
2	膀胱近接部	15,310→	15,310	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930→	20,930	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400→	3,400	K783-2	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300→	1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	18,810→	18,810	K784	
K784-2	尿管剥離術	18,810→	18,810	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420→	21,420	K785	
K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040→	31,040	K785-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	尿管腟瘻閉鎖術	28,210→	28,210	K793	
K794	尿管口形成手術	16,580→	16,580	K794	
K794-2	経尿道的尿管瘤切除術	15,500→	15,500	K794-2	
（膀胱）					
K795	膀胱破裂閉鎖術	11,170→	11,170	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300→	3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980→	2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
1	経尿道的手術	8,320→	8,320	1	
2	膀胱高位切開術	3,150→	3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）	8,320→	8,320	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	9,260→	9,260	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	
イ	電解質溶液利用のもの	12,300→	12,300	イ	
ロ	その他のもの	10,400→	10,400	ロ	
	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	膀胱腟瘻閉鎖術	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
	(尿道)				
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160→	1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010→	1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
1	前部尿道	2,180→	2,180	1	
2	後部尿道	5,250→	5,250	2	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180→	2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
1	摘出	27,550→	**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	
	第11款　性器				
	(陰茎)				
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130→	1,130	K824	
K825	陰茎全摘術	16,630→	16,630	K825	
K826	陰茎切断術	5,850→	5,850	K826	
K826-2	陰茎折症手術	8,550→	8,550	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	5,850→	5,850	K826-3	
K827	陰茎悪性腫瘍手術			K827	
1	陰茎切除	18,590→	**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	
	(陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索)				
K829	精管切断、切除術(両側)	2,550→	2,550	K829	
K830	精巣摘出術	2,770→	2,770	K830	
K830-2	精巣外傷手術			K830-2	
1	陰嚢内血腫除去術	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	陰嚢水腫手術			K835	
1	交通性陰嚢水腫手術	3,620→	3,620	1	
2	その他	2,290→	2,290	2	
K836	停留精巣固定術	8,470→	**9,740**	K836	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	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	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,810→	7,810	1	
2	その他のもの	8,230→	8,230	2	
	(精嚢、前立腺)				
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770→	2,770	K839	
K840	前立腺被膜下摘出術	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度治療(一連につき)	5,000→	5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000→	5,000	K841-4	
K842	削除			K842	
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】
	(外陰、会陰)				
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	780→	780	K844	
K845	処女膜切開術	790→	790	K845	
K846	処女膜切除術	980→	980	K846	
K847	輪状処女膜切除術	2,230→	2,230	K847	
K848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760→	2,760	K848	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340→	2,340	K849	
K850	女子外性器悪性腫瘍手術			K850	
1	切除	29,190→	29,190	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	54,020→	**63,200**	2	
K850-2	腟絨毛性腫瘍摘出術	23,830→	23,830	K850-2	
K851	会陰形成手術			K851	
1	筋層に及ばないもの	2,330→	2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	5,760→	5,760	2	
K851-2	外陰・腟血腫除去術	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	
	(腟)				
K852	腟壁裂創縫合術(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	腟円蓋に及ぶ裂創	8,280→	8,280	3	
4	直腸裂傷を伴うもの	31,940→	31,940	4	
K853	腟閉鎖術			K853	
1	中央腟閉鎖術(子宮全脱)	6,370→	6,370	1	
2	その他	2,580→	2,580	2	
K854	腟式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230→	2,230	K854	
K854-2	後腟円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230→	2,230	K854-2	
K855	腟中隔切除術			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	腟壁腫瘍摘出術	2,540→	2,540	K856	
K856-2	腟壁嚢腫切除術	2,540→	2,540	K856-2	
K856-3	腟ポリープ切除術	1,040→	1,040	K856-3	
K856-4	腟壁尖圭コンジローム切除術	1,040→	1,040	K856-4	
K857	腟壁悪性腫瘍手術	29,190→	**37,070**	K857	
K858	腟腸瘻閉鎖術	31,940→	**35,130**	K858	
K859	造腟術、腟閉鎖症術			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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
3	腟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	腹腔鏡下造腟術	38,690→	38,690	K859-2	
K860	腟壁形成手術	7,160→	**7,880**	K860	
K860-2	腟断端挙上術(腟式、腹式)	29,190→	29,190	K860-2	
(子宮)					
K861	子宮内膜掻爬術	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	腟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	腟壁形成手術及び子宮全摘術(腟式、腹式)	28,210→	28,210	4	
	腹腔鏡下仙骨腟固定術	−→	**48,240**	K865-2	【新設】
K866	子宮頸管ポリープ切除術	990→	990	K866	
K866-2	子宮腟部冷凍凝固術	990→	990	K866-2	
K867	子宮頸部(腟部)切除術	3,330→	3,330	K867	
K867-2	子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術	470→	470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術(腟部切断術を含む。)	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(腟式)	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	腟式	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	腟式	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	子宮腟上部切断術	9,500→	9,500	K876	
K876-2	腹腔鏡下子宮腟上部切断術	14,620→	14,620	K876-2	
K877	子宮全摘術	28,210→	28,210	K877	
K877-2	腹腔鏡下腟式子宮全摘術	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	
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	
(子宮附属器)					
K885	腟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	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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(腟式を含む。)			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(腟式を含む。)(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、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)			K888-2	
1	開腹によるもの	12,460→	12,460	1	
2	腹腔鏡によるもの	25,540→	25,540	2	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500→	58,500	K889	
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	
(産科手術)					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	3,170→	3,170	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800→	3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,550→	2,550	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
1	低位(出口)鉗子	2,700→	2,700	1	
2	中位鉗子	4,760→	4,760	2	
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530→	1,530	K895	
K896	会陰(腟壁)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	腟円蓋に及ぶもの	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	21,640→	−		【削除】
	複雑な場合	−→	**2,000**	注	【注の追加】
K899	胎児縮小術(娩出術を含む。)	3,220→	3,220	K899	
K900	臍帯還納術	1,240→	1,240	K900	
K900-2	脱垂肢整復術	1,240→	1,240	K900-2	
K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	2,460→	2,460	K901	
K902	胎盤用手剥離術	2,350→	2,350	K902	
K903	子宮破裂手術			K903	
1	子宮全摘除を行うもの	29,190→	29,190	1	
2	子宮腟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(腟式、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(チューブ抜去術)	1,500→	1,500	3	
K907	胎児外回転術	670→	670	K907	
K908	胎児内(双合)回転術	1,190→	1,190	K908	
K909	流産手術			K909	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
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	
(その他)					
K913-2	性腺摘出術			K913-2	
1	開腹によるもの	6,280→	6,280	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,590→	18,590	2	
第12款　削除					
第13款　臓器提供管理料					
K914	脳死臓器提供管理料	20,000→	20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000→	5,000	K915	
第２節　輸血料					
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	
(1)	液状保存の場合	750→	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500→	1,500	(2)	
	希釈式自己血輸血			5	【項目の追加】
	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	
K920-2	輸血管理料			K920-2	
1	輸血管理料Ⅰ	220→	220	1	
2	輸血管理料Ⅱ	110→	110	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数 改正前	点数 改正後	新区分番号	備考
注2	輸血適正使用加算(輸血管理料Ⅰの場合)	120→	120	注2	
注2	輸血適正使用加算(輸血管理料Ⅱの場合)	60→	60	注2	
注3	貯血式自己血輸血管理体制加算	50→	50	注3	
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921	
1	骨髄採取			1	
イ	同種移植の場合	21,640→	21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440→	17,440	ロ	
2	末梢血幹細胞採取			2	
イ	同種移植の場合	21,640→	21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440→	17,440	ロ	
K922	造血幹細胞移植			K922	
1	骨髄移植			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	
第３節　手術医療機器等加算					
K930	脊髄誘発電位測定等加算			K930	
1	脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	3,130→	3,130	1	
2	甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	2,500→	2,500	2	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000→	3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000→	10,000	K932	
K933	イオントフォレーゼ加算	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	
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】

第10部　手術(１)　②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	徒手的授動術（パンピングを併用した場合）	K446　1	徒手的授動術
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	膵尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合	K702　1	膵尾部切除術の場合
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
通則		
	1　手術の費用は、第１節若しくは第２節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第１節に掲げる所定点数及び第２節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置（区分番号Ｊ122からＪ129-4までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 2　手術に当たって、第３節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は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、前号により算定した点数及び第３節、第４節若しくは第５節の各区分又は区分番号Ｅ400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。 3　第１節に掲げられていない手術であって特殊な手術の手術料は、第１節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。	
【通則の見直し】	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、Ｋ695-2、Ｋ697-5、Ｋ697-7、Ｋ699-2、Ｋ702-2、Ｋ709-3、Ｋ709-5、Ｋ721-4、Ｋ754-3、Ｋ768、Ｋ769-3、Ｋ772-3、Ｋ773-3、Ｋ773-4、Ｋ780、Ｋ780-2、Ｋ785-2、Ｋ800-3、Ｋ802-4、Ｋ803-2、Ｋ803-3、Ｋ823-5、Ｋ841-4、Ｋ843-2、Ｋ843-3、Ｋ879-2、Ｋ910-2及びＫ910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	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、Ｋ605-5、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。ただし、区分番号Ｋ546、Ｋ549、Ｋ597-3、Ｋ597-4、Ｋ615-2及びＫ636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。
【通則の見直し】	5　区分番号Ｋ011、Ｋ020、Ｋ053、Ｋ076、Ｋ	5　区分番号Ｋ011、Ｋ020、Ｋ053、Ｋ076、Ｋ

項　　目	現　　行	改　　正
	079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、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。	079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K555-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【通則の見直し】	6　区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。	6　区分番号K528、K528-3、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【通則の見直し】	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、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。 8　3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数	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。

項　　目	現　　行	改　　正
	に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。 9　区分番号Ｋ293、Ｋ294、Ｋ314、Ｋ343、Ｋ374、Ｋ376、Ｋ394、Ｋ410、Ｋ412、Ｋ415、Ｋ422、Ｋ424、Ｋ425、Ｋ439、Ｋ442の２及び３、Ｋ455、Ｋ458並びにＫ463に掲げる手術については、区分番号Ｋ469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。 10　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。 11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、Ｂ型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号Ｌ002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号Ｌ004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。 12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号Ｋ915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合 (1)　休日加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 (2)　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数 (3)　深夜加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 (4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数 ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合 (1)　休日加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 (2)　時間外加算２（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の40に相当する点数 (3)　深夜加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 (4)　(1)から(3)までにかかわらず、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合	

項　　目	現　　行	改　　正
	所定点数の100分の40に相当する点数 13　対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。	
【通則の見直し】	14　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、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。	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と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する。
	15　手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を中途で中絶しなければならない場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。 16　区分番号Ｋ664に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
【通則の見直し】	17　歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を所定点数に加算する。	17　歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、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。
第１節　手術料 **第２款　筋骨格系・四肢・体幹** **Ｋ047-3 超音波骨折治療法（一連につき）** 【注の見直し】	注　骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	注　骨折観血的手術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。
第３款　神経系・頭蓋 **Ｋ190 脊髄刺激装置植込術** 【注の見直し】	（新設）	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。
第４款　眼 **Ｋ282 水晶体再建術** 【注の追加】	（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。
第６款　顔面・口腔・頸部		

項　　目	現　　行	改　　正
K 404 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。 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。	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。 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。
K 443 上顎骨形成術 【注の追加】	（追加）	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。
K 446 顎関節授動術 【項目の見直し】	1　徒手的授動術（パンピングを併用した場合）　990点 2　顎関節鏡下授動術　7,310点 3　開放授動術　22,820点	1　徒手的授動術 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 2　顎関節鏡下授動術　8,770点 3　開放授動術　25,100点
第7款　胸部 **K 514 肺悪性腫瘍手術** 【注の見直し】	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。	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。
K 529 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの） 【注の追加】	（追加）	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。
K 529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 【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】	（新設）	**K 616-5 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。
第9款　腹部 **K 655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術** 【注の追加】	（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】	（新設）	**K 674-2 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。
K 685 内視鏡的胆道結石除去術 【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。

項　　目	現　　行	改　　正
K686 内視鏡的胆道拡張術 【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。
K687 内視鏡的乳頭切開術 【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。
K688 内視鏡的胆道ステント留置術 【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。
K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの） 【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。
第10款　尿路系・副腎 **K803 膀胱悪性腫瘍手術** 【注の追加】	（追加）	注　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。
K809-2 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 **K898 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 **K920 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あっては、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あっては、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 **K931 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、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。
K932 創外固定器加算 【注の見直し】	注　区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076又はK125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K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2又はK125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。
K934 副鼻腔手術用内視鏡加算 【注の見直し】	注　区分番号K350からK352まで、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。	注　区分番号K350、K352、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。
K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算 【注の見直し】	注　区分番号K340-3からK340-7及びK349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻	注　区分番号K340-3からK340-7まで及びK350からK365までに掲げる手術に当たって、

項　　目	現　　行	改　　正
	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。	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。
K936 自動縫合器加算 【注の見直し】	注　区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K525、K529、K531からK532-2まで、K654-3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。	注　区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K525、K529、K529-2、K531からK532-2まで、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。
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。	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。
【新設】	（新設）	**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。
K939 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。	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。
【新設】	（新設）	**K939-6 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、胆道又は膵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。

項　　目	現　　行	改　　正
通則	1　麻酔の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は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節及び第２節の各区分の所定点数に第３節又は第４節の所定点数を合算した点数により算定する。 2　未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は１歳以上３歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 3　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。 4　同一の目的のために２以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。 5　第１節に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。 6　第１節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第３節の所定点数のみにより算定する。	
第１節　麻酔料	**Ｌ000 迷もう麻酔**　31点 **Ｌ001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔**　120点 **Ｌ001-2 静脈麻酔** 1　短時間のもの　120点 2　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）　600点 3　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）　800点 注１　３歳以上６歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算	

項　　目	現　　行	改　　正
	する。 注２　３については、静脈麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。 **Ｌ002 硬膜外麻酔** １　頸・胸部　1,500点 ２　腰部　800点 ３　仙骨部　340点 注　実施時間が２時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。 **Ｌ003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（１日につき）（麻酔当日を除く。）**80点 注　精密持続注入を行った場合は、１日につき80点を所定点数に加算する。 **Ｌ004 脊椎麻酔**　850点 注　実施時間が２時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。 **Ｌ005 上・下肢伝達麻酔**　170点 **Ｌ006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）** 150点 **Ｌ007 開放点滴式全身麻酔**　310点	
Ｌ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	**Ｌ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔** １　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号Ｋ552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　24,900点 ロ　イ以外の場合　18,300点 ２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600点 ロ　イ以外の場合　12,200点 ３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450点 ロ　イ以外の場合　9,150点 ４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130点 ロ　イ以外の場合　6,710点 ５　その他の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　8,300点 ロ　イ以外の場合　6,100点	

項　　目	現　　行	改　　正
	注１　一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。 注２　全身麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　１に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,800点 ロ　２に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,200点 ハ　３に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　900点 ニ　４に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　660点 ホ　５に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　600点 注３　酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。 注４　硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　頸・胸部　750点 ロ　腰部　400点 ハ　仙骨部　170点 注５　注４について、硬膜外麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注４のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を所定点数に加算する。 注６　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注７　心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点を所定点数に加算する。 注８　同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、15,250点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	（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。
【注の追加】	（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。
Ｌ008-2 低体温療法（１日につき）	**Ｌ008-2 低体温療法（１日につき）**　12,200点 注　低体温療法を開始してから３日間に限り算定する。	注１（略）
【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

項　　目	現　　行	改　　正
	L 008-3 経皮的体温調節療法（1連につき） 5,000点 **L 009 麻酔管理料（Ⅰ）** 1　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200点 2　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900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、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。 注2　1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、700点を所定点数に加算する。 注3　区分番号L010に掲げる麻酔管理料（Ⅱ）を算定している場合は算定できない。 注4　区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。 **L 010 麻酔管理料（Ⅱ）** 1　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点 2　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。	する。
第2節　神経ブロック料	**L 100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）** 1　トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点 2　眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点 3　腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点 4　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点 5　星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340点 6　腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経	

項　　目	現　　行	改　　正
	叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　170点 7　頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　90点 注　上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号Ｌ102に掲げる神経幹内注射で算定する。 **Ｌ101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）** 1　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック　3,000点 2　胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック　1,800点 3　眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　800点 4　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　340点 注　上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号Ｌ102に掲げる神経幹内注射で算定する。 **Ｌ102 神経幹内注射**　25点 **Ｌ103 カテラン硬膜外注射**　140点 **Ｌ104 トリガーポイント注射**　80点 **Ｌ105 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（１日につき）（チューブ挿入当日を除く。）**　80点 注　精密持続注入を行った場合は、１日につき80点を所定点数に加算する。	
第３節　薬剤料	**Ｌ200 薬剤** 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。 注１　薬価が15円以下である場合は、算定しな	

項　　目	現　　行	改　　正
	い。 注２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｌ300 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
通則 【通則の追加】	（追加）	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。 2　（略）
【通則の見直し】	1　この部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、この部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。 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。	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。
【新設】	（新設） **M000 放射線治療管理料（分布図の作成１回につき）** 1　１門照射、対向２門照射又は外部照射を行った場合　2,700点 2　非対向２門照射、３門照射又は腔内照射を行った場合　3,100点 3　４門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合　4,000点 4　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による体外照射を行った場合　5,000点 注１　線量分布図を作成し、区分番号M001に掲げる体外照射、区分番号M004の１に掲げる外部照射、区分番号M004の２に掲げる腔内照射又は区分番号M004の３に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、一連につき２回に限り算定する。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を行った場合は、330点を所定点数に加算する。 注３　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M001の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を実施し	**第１節　放射線治療管理・実施料**

項　　目	現　　行	改　　正
	た場合に、患者１人１日につき１回に限り100点を所定点数に加算する。 **M000-2 放射性同位元素内用療法管理料** １　甲状腺癌に対するもの　1,390点 ２　甲状腺機能亢進症に対するもの　1,390点 ３　固形癌骨転移による疼痛に対するもの　1,700点 ４　Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの　3,000点 注１　１及び２については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 注２　３については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 注３　４については、Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 **M001 体外照射** １　エックス線表在治療 イ　１回目　110点 ロ　２回目　33点 ２　高エネルギー放射線治療 イ　１回目 (1)　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点 (2)　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点 (3)　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　1,800点 ロ　２回目 (1)　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点 (2)　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点 (3)　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 注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、１回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。 ３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） イ　１回目　3,000点 ロ　２回目　1,500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。 注１　疾病、部位又は部位数にかかわらず、１回につき算定する。 注２　術中照射療法を行った場合は、患者１人につき１日に限り、5,000点を所定点数に	

項　　目	現　　行	改　　正
	加算する。 注３　体外照射用固定器具を使用した場合は、1,000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、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射（２のイの(3)若しくはロの(3)又は３に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り300点を所定点数に加算する。 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、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。 **M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療**　50,000点 **M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）** １　定位放射線治療の場合　63,000点 ２　１以外の場合　8,000点 注１　定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　定位放射線治療について、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、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。 イ　動体追尾法　10,000点 ロ　その他　5,000点	
【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。
	M002 全身照射（一連につき）　30,000点 注　造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。	

項　　目	現　　行	改　　正
M004 密封小線源治療（一連につき）	**M003 電磁波温熱療法（一連につき）** 1　深在性悪性腫瘍に対するもの　9,000点 2　浅在性悪性腫瘍に対するもの　6,000点	
	M004 密封小線源治療（一連につき） 1　外部照射　80点 2　腔内照射 イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　10,000点 ロ　その他の場合　5,000点 3　組織内照射 イ　前立腺癌に対する永久挿入療法　48,600点 ロ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　23,000点 ハ　その他の場合　19,000点 4　放射性粒子照射（本数に関係なく）　8,000点 注1　疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。 注2　使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。 注3　使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 注4　前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。 注5　食道用アプリケーター又は気管、気管支用アプリケーターを使用した場合は、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。 注6　使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 注7　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。	
【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。
	M005 血液照射　110点	
【新設】	（新設）	**第2節　特定保険医療材料料**
【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
通則	1　病理診断の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節及び第２節並びに第３部第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2　病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第３部第５節の所定点数を合算した点数により算定する。 3　病理診断に当たって、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、前２号により算定した点数及び第３部第６節の所定点数を合算した点数により算定する。 4　第１節又は第２節に掲げられていない病理診断であって特殊な病理診断の病理標本作製料又は病理診断・判断料は、第１節又は第２節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。 5　対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。 6　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第２条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第３部検査の通則第６号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号Ｎ006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 7　テレパソロジーにより、区分番号Ｎ003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号Ｎ003-2に掲げる術中迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	
第１節　病理標本作製料	**通則** 1　病理標本作製に当たって、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定する。 2　リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数える。 **Ｎ000 病理組織標本作製（１臓器につき）** 860点	

項　　目	現　　行	改　　正
	N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 2,000点	
N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製		
【項目の見直し】	**N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製** 1　エストロジェンレセプター 720点 2　プロジェステロンレセプター 690点 3　ＨＥＲ２タンパク 690点 4　ＥＧＦＲタンパク 690点 5　ＣＣＲ４タンパク 10,000点 6　その他（1臓器につき） 400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
【注の見直し】	注1　1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。 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。	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。
	N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990点 **N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）** 450点	
N004 細胞診（1部位につき）		
【項目の見直し】	**N004 細胞診（1部位につき）** 1　婦人科材料等によるもの 150点 2　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点 注1　1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。 注2　2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。 **N005 ＨＥＲ２遺伝子標本作製** 1　単独の場合 2,700点 2　区分番号Ｎ002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合 3,050点 **N005-2 ＡＬＫ融合遺伝子標本作製** 6,520点	1　婦人科材料等によるもの 150点 2　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点 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】	**N006 病理診断料** 1　組織診断料 400点 2　細胞診断料 200点 注1　1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ000に掲げる病理組織標本作製、区分番号Ｎ001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号Ｎ002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号Ｎ003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行	450点 200点

項　　目	現　　行	改　　正
	った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 注２　２については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号Ｎ004に掲げる細胞診の２により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 注３　当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号Ｎ000からＮ004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。 注４　病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　病理診断管理加算１ (1)　組織診断を行った場合　120点 (2)　細胞診断を行った場合　60点 ロ　病理診断管理加算２ (1)　組織診断を行った場合　320点 (2)　細胞診断を行った場合　160点 **Ｎ007　病理判断料**　150点 注１　行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｎ006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。	

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

項　　目	現　　行	改　　正
	介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前２章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。	
第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項	**第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項** **１　緊急時施設治療管理料**　500点 注　平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。 **２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料** 薬剤　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数 注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。 **３　施設入所者材料料** イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ300に掲げる特定保険医療材料 ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料 注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。 **４　その他の診療料** 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料 ロ　第２章特掲診療料第３部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） ハ　第２章特掲診療料第５部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） ニ　第２章特掲診療料第６部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） ホ　第２章特掲診療料第７部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。） ヘ　第２章特掲診療料第８部精神科専門療法に	

項　　目	現　　行	改　　正
	掲げる診療料 ト　第２章特掲診療料第９部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。） チ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。） リ　第２章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）	
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項	**第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項** **１　施設入所者共同指導料**　600点 注　併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。 **２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料** 薬剤　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数 注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。 **３　施設入所者材料料** イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ300に掲げる特定保険医療材料 ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料 注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。 **４　その他の診療料** 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。） ニ　第２章特掲診療料第３部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） ホ　第２章特掲診療料第５部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） ヘ　第２章特掲診療料第６部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） ト　第２章特掲診療料第７部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）	

項　　目	現　　行	改　　正
	チ　第２章特掲診療料第８部精神科専門療法に掲げる診療料 リ　第２章特掲診療料第９部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。） ヌ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。） ル　第２章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）	

第４章　経過措置

1　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対１入院基本料及び20対１入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の２に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

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。

イ　区分番号Ｄ003の９に掲げるキモトリプシン（糞便）
ロ　区分番号Ｄ004の１に掲げる酸度測定（胃液）
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（腟分泌液）
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）
ホ　区分番号Ｄ006の２に掲げる全血凝固時間
ヘ　区分番号Ｄ006の７に掲げるヘパプラスチンテスト
ト　区分番号Ｄ006の14に掲げるフィブリノゲン分解産物（ＦｇＤＰ）
チ　区分番号Ｄ006の35に掲げるフィブリノペプチド
リ　区分番号Ｄ007の１に掲げる膠質反応
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）
ル　区分番号Ｄ007の51に掲げるα-フェトプロテイン（ＡＦＰ）定性（腟分泌液）
ヲ　区分番号Ｄ009の９に掲げるＣＡ50
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
カ　区分番号Ｄ009の20に掲げる遊離型フコース（尿）
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）
タ　区分番号Ｄ009の23に掲げる膵癌胎児性抗原（ＰＯＡ）
レ　区分番号Ｄ009の25に掲げるＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）
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
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
ネ　区分番号Ｄ012の21に掲げるノイラミニダーゼ定性
ナ　区分番号Ｄ012の37に掲げるレプトスピラ抗体
ラ　区分番号Ｄ012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Ｄ012の49に掲げるダニ特異IgG抗体、Weil-Felix反応
ウ　区分番号Ｄ014の22に掲げるC_3d結合免疫複合体
ヰ　区分番号Ｄ023-2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Ａ101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Ｂ001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　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第　号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号Ｈ000の注２及び注３、区分番号Ｈ001の注１本文及び注４、区分番号Ｈ002の注１本文及び注４並びに区分番号Ｈ003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Ｈ001の１のロ、２のロ若しくは３のロ又は注４のイの⑵、同ロの⑵若しくは同ハの⑵の規定の適用を受ける患者に対する区分番号Ｈ001-2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。

改正告示　前文

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、平成二十八年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一区分番号Ⅰ002の注６及び区分番号Ⅰ002-2の注５に係る規定は平成二十八年七月一日から適用し、区分番号Ｈ001の注６、区分番号Ｈ001-2の注６及び区分番号Ｈ002の注６に係る規定は平成二十八年十月一日から適用し、区分番号Ｃ002の注８及び区分番号Ｃ002-2の注８に係る規定、別表第二区分番号Ｃ000の注に係る規定並びに別表第三区分番号00の注３に係る規定は平成二十九年四月一日から適用し、別表第一区分番号Ｂ001-3-2の注１のただし書に係る規定は平成二十九年七月一日から適用し、この告示による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ｂ008の１に係る規定については、この告示による改正後の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ244の２に規定する診療料を算定する患者を除き、平成二十八年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとする。

Ⅱ　調剤報酬点数表 新旧対照表

項　　目	現　　行	改　　正
通　則	1　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2　第１節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3　投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前２号により算定した所定点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。	
第１節　調剤技術料 **00　調剤基本料（処方せんの受付１回につき）**	**00　調剤基本料（処方せんの受付１回につき）**	
【項目の見直し】	41点	1　調剤基本料１　41点 2　調剤基本料２　25点 3　調剤基本料３　20点 4　調剤基本料４　31点 5　調剤基本料５　19点
【注の見直し】	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。 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。） 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。
【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。

項　　目	現　　行	改　　正
【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４　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料は算定しない。	注６　（略）
	注５　後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。	注７　（略）
【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）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50％以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付１回につき31点（注１に該当する場合には19点）により算定する。	（削除）
【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		

項　　目	現　　行	改　　正
1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））		
	01　調剤料	
【点数の見直し】	1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） イ　14日分以下の場合 (1)　7日目以下の部分（1日分につき）　5点	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
	ニ　31日分以上の場合　89点	87点
	注1　服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。 注2　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。	
【注の見直し】	注3　2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数 ロ　57日分以上の場合　290点	注3　2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　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 ロ　43日分以上の場合　220点
	2　屯服薬　21点 注　1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。 3　浸煎薬（1調剤につき）　190点 注　4調剤以上の部分については算定しない。 4　湯薬（1調剤につき） イ　7日分以下の場合　190点 ロ　8日分以上28日分以下の場合 (1)　7日目以下の部分　190点 (2)　8日目以上の部分（1日分につき）　10点 ハ　29日分以上の場合　400点 注　4調剤以上の部分については算定しない。 5　注射薬　26点 注　1回の処方せん受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。 6　外用薬（1調剤につき）　10点 注　4調剤以上の部分については算定しない。 注1　1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。 注2　5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は	

項　　目	現　　行	改　　正
	130点）を加算する。 注３　麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に１調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、１調剤につき８点を各区分の所定点数に加算する。 注４　保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。 注５　午後７時（土曜日にあっては午後１時）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付１回につき40点を加算する。ただし、注４のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。 注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に１調剤につき（イの⑴に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ　内服薬及び屯服薬 ⑴　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点 ⑵　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点 ⑶　液剤　45点 ロ　外用薬 ⑴　錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤　90点 ⑵　点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤　75点 ⑶　液剤　45点 注７　２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、１調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注６に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注６のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。 イ　液剤の場合　35点 ロ　散剤又は顆粒剤の場合　45点 ハ　軟・硬膏剤の場合　80点 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患	

項　　目	現　　行	改　　正
	者に対する調剤を行った場合に、処方せん受付１回につき15点を加算する。	
第２節　薬学管理料 **10　薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付１回につき）**		
【項目の見直し】	**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	**10　薬剤服用歴管理指導料** 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 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合　50点 ３　特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合　38点
【注の見直し】	注１　患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、ハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付１回につき34点を算定する。	注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せん受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の１に掲げる調剤基本料１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　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。	イ・ロ　（略）
	ロ　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。	
	ハ　調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。	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、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。	ニ・ホ　（略）
	ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。	
【注の追加】	（追加）	注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

項　　目	現　　行	改　　正
		関して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　（略）
【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。	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】	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。	注６　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。
	注６　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。	注７　（略）
【注の追加】	（追加）	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。
	11及び12　削除	**11から13まで　削除**
13　長期投薬情報提供料 【削除】	**13　長期投薬情報提供料** 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 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、当該患者の次回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	（削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	定する。 注２　長期投薬情報提供料２は、患者又はその家族等の求めに応じ、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一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】	（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。
【新設】	（新設）	**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

項　　目	現　　行	改　　正
		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又は区分番号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。
	14　削除	
14の２　外来服薬支援料		
	14の２　外来服薬支援料　185点	
【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。	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】	（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３　（略）
15　在宅患者訪問薬剤管理指導料		
	15　在宅患者訪問薬剤管理指導料 １　同一建物居住者以外の場合　650点 ２　同一建物居住者の場合　300点	
【注の見直し】	注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、１については、在宅で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２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。	注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて患者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。

項　　目	現　　行	改　　正
	注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。 注４　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。 **15の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料** 500点 注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月４回に限り算定する。 注２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。 注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。 注４　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。 **15の３　在宅患者緊急時等共同指導料**　700点 注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。 注２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。 注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。 注４　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は、別に算定できない。 **15の４　退院時共同指導料**　600点 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に	

項　　目	現　　行	改　　正
	限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。	
【点数の見直し】 【注の見直し】	**15の５　服薬情報等提供料**　15点 注１　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。	20点 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。
	16から19まで　削除	
第３節　薬剤料	**20　使用薬剤料** １　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合　１点 ２　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに１点 注　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第４節　特定保険医療材料料	**30　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。	
第５節　経過措置	平成24年３月31日以前に区分番号15の注１に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注３、区分番号15の２の注３及び区分番号15の３の注３の規定は適用しない。	