

# 診療報酬点数表 新旧対照表

(平成30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	9
第1節	入院基本料	10
第2節	入院基本料等加算	34
第3節	特定入院料	54
第4節	短期滞在手術等基本料	77
第2章	特掲診療料	81
第1部	医学管理等	81
第2部	在宅医療	115
第3部	検査	148
	(1)①新検査項目一覧	148
	②名称を変更する項目	170
	③1つの検査を複数に分ける項目	170
	(2)新設、注の追加・見直し等	171
第4部	画像診断	174
第5部	投薬	183
第6部	注射	189
第7部	リハビリテーション	194
第8部	精神科専門療法	204
第9部	処置	219
第10部	手術	236
	(1)①新手術項目一覧	236
	②名称を変更する項目	281
	(2)新設、通則・注の見直し等	283
第11部	麻酔	290
第12部	放射線治療	296
第13部	病理診断	301
第3章	介護老人保健施設入所者に係る診療料	305
第4章	経過措置	308
改正告示	(適用年月日)	310

# 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
<b>通則</b>	<p>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。</p> <p>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つては、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。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号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。</p>	<p>→ 注5、注6及び注16 → 注8、注9及び注11</p>
<b>第1節 初診料</b> <b>A000 初診料</b>  <b>【注の見直し】</b>   <b>【注の見直し】</b>	<p><b>A000 初診料</b> 282点</p> <p>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。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して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。</p> <p>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。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療</p>	<p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して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。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るもの）の数が200未満の病院を除く。）に限る。）であつて、初診の</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、209点を算定する。</p> <p>→ 注12</p> <p>→ <u>6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、</u></p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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</p>	<p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>診療時間内の時間</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>する。</p> <p>注9 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。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、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、<u>注7のただし書又は注8</u>に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p>	<p>→ <u>注7のただし書、注8又は注11</u></p> <p>注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注11 産科又は産婦人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。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p>
<p><b>第2節 再診料</b></p> <p><b>A001 再診料</b></p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>A001 再診料</b> 72点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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つては、26点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から<u>注13</u>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>→ <u>許可病床のうち一般病床</u></p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、53点を算定する。</p> <p>→ <u>注16</u></p> <p>→ <u>6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、</u></p> <p>注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	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。	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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。
	<p>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。</p> <p>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を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、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。</p> <p>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。</p> <p>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、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は算定しない。</p> <p>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。</p> <p>イ 時間外対応加算1 5点</p> <p>ロ 時間外対応加算2 3点</p> <p>ハ 時間外対応加算3 1点</p> <p>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を満たす保険医療機関（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。</p> <p>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</p>	<p>→ 診療時間内の時間</p> <p>→ 注5のただし書、注6又は注16</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>括診療加算として、20点を所定点数に加算する。</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（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。</p>	<p>地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1 25点 ロ 地域包括診療加算2 18点</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算1 35点 ロ 認知症地域包括診療加算2 28点</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注16 産科又は産婦人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。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p>
A 002 外来診療料	<p>A 002 外来診療料 73点</p> <p>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。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の</p>	<p>→ 許可病床のうち一般病床</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>規定にかかわらず、54点を算定する。</p> <p>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。</p>	<p>規定にかかわらず、54点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>（HbA<sub>1c</sub>）、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</p> <p>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</p> <p>ホ 削除</p> <p>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</p> <p>ト 膀胱洗浄</p> <p>チ 腔洗浄</p> <p>リ 眼処置</p> <p>ヌ 睫毛抜去</p> <p>ル 耳処置</p> <p>ヲ 耳管処置</p> <p>ワ 鼻処置</p> <p>カ 口腔、咽頭処置</p> <p>ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置</p> <p>タ ネブライザー</p> <p>レ 超音波ネブライザー</p> <p>ソ 介達牽引</p> <p>ツ 消炎鎮痛等処置</p> <p>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</p>	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、54点を算定する。</p> <p>→ 注11</p> <p>→ 9ヘモグロビンA<sub>1c</sub></p> <p>→ 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>診療時間内の時間</u></p> <p>注10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注11 産科又は産婦人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内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p> <p><b>A003 オンライン診療料（月1回） 70点</b></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する月は、別に算定できない。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注11 産科又は産婦人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内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p>
<p>【新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p><b>A003 オンライン診療料（月1回） 70点</b></p>



# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、<u>月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料</u>（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。</li> <li>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。</li> <li>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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</li> </ol>	<p>→ <u>月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料</u></p>

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。																																																																									
<b>第1節 入院基本料</b>																																																																										
<b>A100 一般病棟入院基本料（1日につき）</b>																																																																										
【項目の見直し】	<b>A100 一般病棟入院基本料（1日につき）</b>																																																																									
	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1,591点</td> <td>1</td> <td>急性期一般入院基本料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,332点</td> <td>イ</td> <td>急性期一般入院料1</td> <td>1,591点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1,121点</td> <td>ロ</td> <td>急性期一般入院料2</td> <td>1,561点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>960点</td> <td>ハ</td> <td>急性期一般入院料3</td> <td>1,491点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ニ</td> <td>急性期一般入院料4</td> <td>1,387点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ホ</td> <td>急性期一般入院料5</td> <td>1,377点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ヘ</td> <td>急性期一般入院料6</td> <td>1,357点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ト</td> <td>急性期一般入院料7</td> <td>1,332点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>地域一般入院基本料</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>イ</td> <td>地域一般入院料1</td> <td>1,126点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ロ</td> <td>地域一般入院料2</td> <td>1,121点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ハ</td> <td>地域一般入院料3</td> <td>960点</td> </tr> </table>	1	7対1入院基本料	1,591点	1	急性期一般入院基本料		2	10対1入院基本料	1,332点	イ	急性期一般入院料1	1,591点	3	13対1入院基本料	1,121点	ロ	急性期一般入院料2	1,561点	4	15対1入院基本料	960点	ハ	急性期一般入院料3	1,491点				ニ	急性期一般入院料4	1,387点				ホ	急性期一般入院料5	1,377点				ヘ	急性期一般入院料6	1,357点				ト	急性期一般入院料7	1,332点				2	地域一般入院基本料					イ	地域一般入院料1	1,126点				ロ	地域一般入院料2	1,121点				ハ	地域一般入院料3	960点	
1	7対1入院基本料	1,591点	1	急性期一般入院基本料																																																																						
2	10対1入院基本料	1,332点	イ	急性期一般入院料1	1,591点																																																																					
3	13対1入院基本料	1,121点	ロ	急性期一般入院料2	1,561点																																																																					
4	15対1入院基本料	960点	ハ	急性期一般入院料3	1,491点																																																																					
			ニ	急性期一般入院料4	1,387点																																																																					
			ホ	急性期一般入院料5	1,377点																																																																					
			ヘ	急性期一般入院料6	1,357点																																																																					
			ト	急性期一般入院料7	1,332点																																																																					
			2	地域一般入院基本料																																																																						
			イ	地域一般入院料1	1,126点																																																																					
			ロ	地域一般入院料2	1,121点																																																																					
			ハ	地域一般入院料3	960点																																																																					
	<p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（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。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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。</p> <p>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。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>14日以内の期間</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">（特別入院基本料等については、300点）</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>15日以上30日以内の期間</td> <td>192点</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">（特別入院基本料等については、155点）</td> </tr> </table> <p>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</p>	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）																																																														
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）																																																																									
		→ 地域一般入院基本料																																																																								



項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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 H I V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 キ 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 総合評価加算 メ 呼吸ケアチーム加算 ミ 後発医薬品使用体制加算 シ 病棟薬剤業務実施加算1 エ データ提出加算 ヒ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3</p>	<p>→ 急性期看護補助体制加算</p> <p>→ 看護職員夜間配置加算</p> <p>→ 入退院支援加算</p>

項 目	現 行	改 正
A 101 療養病棟入院基本料（1日につき） 【項目の見直し】	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。	→ 入院するもの → 療養病棟入院料1 → 急性期一般入院基本料  <削除>
	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）	1 療養病棟入院料1 イ 入院料A 1,810点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点） ロ 入院料B 1,755点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,741点） ハ 入院料C 1,468点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,454点） ニ 入院料D 1,412点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,397点） ホ 入院料E 1,384点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,370点） ヘ 入院料F 1,230点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,215点） ト 入院料G 967点 （生活療養を受ける場合にあっては、952点） チ 入院料H 919点 （生活療養を受ける場合にあっては、904点） リ 入院料I 814点 （生活療養を受ける場合にあっては、800点）

項 目	現 行	改 正
	2 療養病棟入院基本料2	2 療養病棟入院料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)	イ 入院料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)	ロ 入院料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)	ハ 入院料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)	ニ 入院料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)	ホ 入院料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)	ヘ 入院料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)	ト 入院料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、840点)	チ 入院料H 854点 (生活療養を受ける場合にあっては、840点)
	リ 入院基本料I 750点 (生活療養を受ける場合にあっては、735点)	リ 入院料I 750点 (生活療養を受ける場合にあっては、735点)
	注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。	→ 以下「療養病床」という。  → 入院料I
【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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を	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。

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ 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。）</p> <p>注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;">イ 褥瘡対策加算1 15点 ロ 褥瘡対策加算2 5点</p>
【注の見直し】	<p>注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 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 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。） へ 乳幼児加算・幼児加算 ト 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 チ 地域加算 リ 離島加算 ヌ H I V感染者療養環境特別加算 ル 療養病棟療養環境加算 ヲ 療養病棟療養環境改善加算 ワ 重症皮膚潰瘍管理加算</p>	<p>→ 入退院支援加算3</p> <p>注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>カ 栄養サポートチーム加算  ヨ 医療安全対策加算  タ 感染防止対策加算  レ 患者サポート体制充実加算  ソ 総合評価加算  ツ 病棟薬剤業務実施加算1  ネ データ提出加算  ナ <u>退院支援加算</u>（1の口及び2の口に限る。）  ラ 認知症ケア加算  ム 薬剤総合評価調整加算</p> <p>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。</p> <p>注9 <u>当該病棟（療養病棟入院基本料1を算定するものに限る。）</u>に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 <u>療養病棟入院基本料1を算定する病棟</u>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。</p> <p>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。</p> <p>注12 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟（療養病棟入院基本料2を届け出た病棟に限る。）であって、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</p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>→ <u>療養病棟入院料1</u></p> <p>注10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>(削除)</p>
【注の見直し】	注10	注10
【注の見直し】	注11	注11
【注の削除】	注12	(削除)



項 目	現 行	改 正																		
<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p>	<p>注12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を下回る場合には、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）とする。）を算定する。</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき35点を所定点数に加算する。</p>																		
<p><b>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</b></p>	<p><b>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</b></p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>7対1入院基本料</td><td>1,591点</td></tr> <tr><td>2</td><td>10対1入院基本料</td><td>1,332点</td></tr> <tr><td>3</td><td>13対1入院基本料</td><td>1,121点</td></tr> <tr><td>4</td><td>15対1入院基本料</td><td>960点</td></tr> <tr><td>5</td><td>18対1入院基本料</td><td>822点</td></tr> <tr><td>6</td><td>20対1入院基本料</td><td>775点</td></tr> </table> <p>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。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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。</p> <p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に</p>	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	
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																		

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ニ 61日以上90日以内の期間 100点</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 救急医療管理加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>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。）</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヌ 看護配置加算</p> <p>ル 看護補助加算</p> <p>ヲ 地域加算</p> <p>ワ 離島加算</p> <p>カ 療養環境加算</p> <p>ヨ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>タ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>レ 医療安全対策加算</p> <p>ソ 感染防止対策加算</p> <p>ツ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ネ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>ナ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>ラ 総合評価加算</p> <p>ム 後発医薬品使用体制加算</p> <p>ウ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>キ データ提出加算</p> <p>ノ <u>退院支援加算</u>（1のロ及び2のロに限る。） → <u>入退院支援加算</u></p> <p>オ 認知症ケア加算</p> <p>ク 精神疾患診療体制加算</p> <p>ヤ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>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</p>	

項 目	現 行	改 正															
<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>定できる。</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>	<p>注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。</p> <p>イ 年6日以内であること。</p> <p>ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>															
<p><b>A103 精神病棟入院基本料（1日につき）</b></p>	<p><b>A103 精神病棟入院基本料（1日につき）</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,271点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>946点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>824点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>18対1入院基本料</td> <td>735点</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>20対1入院基本料</td> <td>680点</td> </tr> </table> <p>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。</p> <p>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る病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、</p>	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	
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															

項 目	現 行	改 正
	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A238-7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。	
	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 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 乳幼児加算・幼児加算	
	リ 難病等特別入院診療加算	
	ヌ 特殊疾患入院施設管理加算	
	ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	
	ヲ 看護配置加算	
	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 H I V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 精神科措置入院診療加算	
	(追加)	
	ネ 精神科応急入院施設管理加算	ネ 精神科措置入院退院支援加算
	ナ 精神科隔離室管理加算	ナ (略)
	ラ 精神科病棟入院時医学管理加算	ラ (略)
	ム 精神科地域移行実施加算	ム (略)
	ウ 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。)	ウ (略)
	エ 強度行動障害入院医療管理加算	エ (略)
	オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算	オ (略)

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>オ 摂食障害入院医療管理加算  ク 医療安全対策加算  ヤ 感染防止対策加算  マ 患者サポート体制充実加算  ケ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算  フ ハイリスク妊娠管理加算  コ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算  エ 後発医薬品使用体制加算  テ 病棟薬剤業務実施加算1  ア データ提出加算  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</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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。</p> <p>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。</p> <p>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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p> <p><b>A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）</b></p> <p>1 一般病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,599点  ロ 10対1入院基本料 1,339点</p> <p>2 結核病棟の場合</p> <p>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</p> <p>3 精神病棟の場合</p> <p>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</p>	<p>ク (略)  ヤ (略)  マ (略)  ケ (略)  フ (略)  コ (略)  エ (略)  テ (略)  ア (略)  サ (略)  キ (略)</p> <p>ユ (略)</p> <p>→ <u>介護支援等連携指導料</u></p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。  イ 年6日以内であること。  ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>ニ 15対1入院基本料 868点</p> <p>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厚生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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 一般病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 712点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 207点</p> <p>ロ 結核病棟の場合</p> <p>(1) 30日以内の期間 330点</p> <p>(2) 31日以上90日以内の期間 200点</p> <p>ハ 精神病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 505点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 250点</p> <p>(3) 31日以上90日以内の期間 125点</p> <p>(4) 91日以上180日以内の期間 30点</p> <p>(5) 181日以上1年以内の期間 15点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 看護必要度加算1 55点</p> <p>ロ 看護必要度加算2 45点</p> <p>ハ 看護必要度加算3 25点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 救急医療管理加算</p> <p>ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限</p>	<p>→ 患者の重症度、医療・看護必要度（以下の表において「看護必要度」という。）</p>

項 目	現 行	改 正
	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	
	ト 医師事務作業補助体制加算1	
	チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。)	
	リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。)	
	ヌ 乳幼児加算・幼児加算	
	ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。)	
	ヲ 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 H I V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（一般病棟に限る。)	
	ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。)	
	ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。)	
	ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。)	
	ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。)	
	ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。)	
	〈追加〉	
	キ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。)	キ 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。)
	ク 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。)	ノ (略)
	ケ 精神科入院時医学管理加算（精神病棟に限る。)	オ (略)
	コ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。)	ク (略)
	カ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。)	ヤ (略)
	キ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。)	マ (略)
	ク 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)
	コ 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)
	エ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。)	エ (略)
	テ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。)	ア (略)
	ア 医療安全対策加算	サ (略)
	サ 感染防止対策加算	キ (略)
	キ 患者サポート体制充実加算	ユ (略)
	ユ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	メ (略)
	メ ハイリスク妊娠管理加算	ミ (略)
	ミ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。)	シ (略)
	シ 総合評価加算（精神病棟を除く。)	エ (略)
	エ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。)	ヒ (略)

項 目	現 行	改 正
	ヒ 後発医薬品使用体制加算 モ 病棟薬剤業務実施加算 1 セ データ提出加算 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。	モ (略) セ (略) ス (略) → <u>ン 入退院支援加算</u> イイ (略) イロ (略) イハ (略) イニ (略) → <u>入院するもの</u> → <u>療養病棟入院料 1</u>
<b>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</b>	<b>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</b> 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 ハ 看護必要度加算 3 25点	→ <u>届け出たものをいう。</u>



項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 救急医療管理加算</p> <p>ハ 超急性期脳卒中加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 医師事務作業補助体制加算</p> <p>チ <u>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。）</u></p> <p>リ <u>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。）</u></p> <p>ヌ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>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。）</p> <p>ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ワ 看護補助加算</p> <p>カ 地域加算</p> <p>ヨ 離島加算</p> <p>タ 療養環境加算</p> <p>レ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ツ 重症者等療養環境特別加算</p> <p>ネ 小児療養環境特別加算</p> <p>ナ 無菌治療室管理加算</p> <p>ラ 放射線治療病室管理加算</p> <p>ム 緩和ケア診療加算</p> <p>ウ 精神科リエゾンチーム加算</p> <p>キ 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算</p> <p>オ 摂食障害入院医療管理加算</p> <p>ク がん拠点病院加算</p> <p>ヤ 栄養サポートチーム加算</p> <p>マ 医療安全対策加算</p> <p>ケ 感染防止対策加算</p> <p>フ 患者サポート体制充実加算</p> <p>コ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>エ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>テ 総合評価加算</p> <p>ア 呼吸ケアチーム加算</p> <p>サ 後発医薬品使用体制加算</p>	<p>→ <u>急性期看護補助体制加算</u></p> <p>→ <u>看護職員夜間配置加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p><b>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</b></p>	<p>キ 病棟薬剤業務実施加算1  ユ データ提出加算  メ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）  ミ 認知症ケア加算  シ 精神疾患診療体制加算  エ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</b></p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該</p>	<p>→ 入院支援加算</p> <p>→ 入院するもの</p> <p>→ 療養病棟入院料1</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。  イ 年6日以内であること。  ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>→ 一般病棟をいう。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 14日以内の期間 312点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 167点</p> <p>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。</p> <p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の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。</p> <p>注6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>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</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,465点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,331点</p> <p>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</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,317点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,184点</p> <p>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</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,219点</p>	<p>→ 入退院支援加算 3</p> <p>→ 除外薬剤・注射薬</p> <p>→ 第5の3(1)のロ</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,086点</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 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 H I V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 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。） ム データ提出加算 ウ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。） キ 認知症ケア加算</p> <p>注8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 129点 ロ 15日以上30日以内の期間 104点</p> <p>注10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制</p>
【注の追加】	(追加)	
【注の追加】	(追加)	

項 目	現 行	改 正																																																
<p data-bbox="157 189 257 212">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 504 358 554">A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p> <p data-bbox="157 1561 277 1584">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="724 195 783 218">（追加）</p> <p data-bbox="378 479 477 502">A 107 削除</p> <p data-bbox="378 556 762 579">A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p> <table border="0" data-bbox="378 585 797 1213"> <tr> <td>1 有床診療所入院基本料 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>861点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>669点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>567点</td> </tr> <tr> <td>2 有床診療所入院基本料 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>770点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>578点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>521点</td> </tr> <tr> <td>3 有床診療所入院基本料 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>568点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>530点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td>4 有床診療所入院基本料 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>775点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>602点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>510点</td> </tr> <tr> <td>5 有床診療所入院基本料 5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>693点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>520点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>469点</td> </tr> <tr> <td>6 有床診療所入院基本料 6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>511点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>477点</td> </tr> <tr> <td>ハ 31日以上期間</td> <td>450点</td> </tr> </table> <p data-bbox="378 1219 797 1396">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。</p> <p data-bbox="378 1402 797 1551">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。</p> <p data-bbox="378 1557 797 1841">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</p>	1 有床診療所入院基本料 1		イ 14日以内の期間	861点	ロ 15日以上30日以内の期間	669点	ハ 31日以上期間	567点	2 有床診療所入院基本料 2		イ 14日以内の期間	770点	ロ 15日以上30日以内の期間	578点	ハ 31日以上期間	521点	3 有床診療所入院基本料 3		イ 14日以内の期間	568点	ロ 15日以上30日以内の期間	530点	ハ 31日以上期間	500点	4 有床診療所入院基本料 4		イ 14日以内の期間	775点	ロ 15日以上30日以内の期間	602点	ハ 31日以上期間	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日以上期間	450点	<p data-bbox="852 131 1238 185">加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 191 1238 475">注11 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p data-bbox="813 1454 1012 1477">→ 入退院支援加算3</p> <p data-bbox="813 1561 1238 1841">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所</p>
1 有床診療所入院基本料 1																																																		
イ 14日以内の期間	861点																																																	
ロ 15日以上30日以内の期間	669点																																																	
ハ 31日以上期間	567点																																																	
2 有床診療所入院基本料 2																																																		
イ 14日以内の期間	770点																																																	
ロ 15日以上30日以内の期間	578点																																																	
ハ 31日以上期間	521点																																																	
3 有床診療所入院基本料 3																																																		
イ 14日以内の期間	568点																																																	
ロ 15日以上30日以内の期間	530点																																																	
ハ 31日以上期間	500点																																																	
4 有床診療所入院基本料 4																																																		
イ 14日以内の期間	775点																																																	
ロ 15日以上30日以内の期間	602点																																																	
ハ 31日以上期間	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日以上期間	450点																																																	

項 目	現 行	改 正
	<p>する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 医師配置加算1 88点</p> <p>ロ 医師配置加算2 60点</p> <p>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。</p> <p>イ 看護配置加算1 40点</p> <p>ロ 看護配置加算2 20点</p> <p>ハ 夜間看護配置加算1 85点</p> <p>ニ 夜間看護配置加算2 35点</p> <p>ホ 看護補助配置加算1 10点</p> <p>ヘ 看護補助配置加算2 5点</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>イ 救急医療管理加算</p> <p>ロ 超急性期脳卒中加算</p> <p>ハ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ニ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ホ 診療録管理体制加算</p> <p>ヘ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>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。）</p> <p>チ 特殊疾患入院施設管理加算</p> <p>リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヌ 地域加算</p> <p>ル 離島加算</p> <p>ヲ HIV感染者療養環境特別加算</p> <p>ワ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>カ 小児療養環境特別加算</p> <p>コ 無菌治療室管理加算</p> <p>ク 放射線治療病室管理加算</p> <p>ケ 重症皮膚潰瘍管理加算</p> <p>コ 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p>セ 医療安全対策加算</p> <p>ソ 感染防止対策加算</p>	<p>定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 739 275 765">【注の見直し】</p> <p data-bbox="157 977 256 1002">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 1296 358 1369">A 109 有床診療所療養病 床入院基本料（1日につ き）</p>	<p data-bbox="417 133 695 316">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 総合評価加算 ウ 後発医薬品使用体制加算 キ <u>退院支援加算</u>（1のイ及び2のイに限 る。） ノ 薬剤総合評価調整加算</p> <p data-bbox="375 320 797 523">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 け出し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。</p> <p data-bbox="375 533 797 736">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。</p> <p data-bbox="375 745 797 977">注11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入 院基本料2又は有床診療所入院基本料3を 算定する診療所である保険医療機関であっ て、別に厚生労働大臣が定める施設基準に 適合するものとして地方厚生局長等に届け 出たものに入院している患者については、 有床診療所在宅復帰機能強化加算として、 入院日から起算して15日以降に1日につき 5点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="724 981 783 1006">（追加）</p> <p data-bbox="375 1377 797 1425">A 109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につ き）</p> <p data-bbox="375 1429 797 1818">1 入院基本料A 994点 （生活療養を受ける場合にあつては、 980点） 2 入院基本料B 888点 （生活療養を受ける場合にあつては、 874点） 3 入院基本料C 779点 （生活療養を受ける場合にあつては、 765点） 4 入院基本料D 614点 （生活療養を受ける場合にあつては、 599点） 5 入院基本料E 530点 （生活療養を受ける場合にあつては、 516点）</p> <p data-bbox="375 1821 797 1846">注1 有床診療所（療養病床に係るものに限</p>	<p data-bbox="814 243 993 268">→ <u>入退院支援加算</u></p> <p data-bbox="814 745 1236 948">注11 1から3までを算定する診療所である保 険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が 定める施設基準に適合するものとして地方 厚生局長等に届け出たものに入院している 患者については、有床診療所在宅復帰機能 強化加算として、入院日から起算して15日 以降に1日につき20点を所定点数に加算す る。</p> <p data-bbox="814 981 1236 1290">注12 1から3までを算定する診療所である保 険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が 定める施設基準を満たすものに入院してい る患者のうち、介護保険法施行令（平成10 年政令第412号）第2条各号に規定する疾 病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65 歳以上のものについては、当該基準に係る 区分に従い、入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り、次に掲げる点数を それぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 介護連携加算1 192点 ロ 介護連携加算2 38点</p>

項 目	現 行	改 正
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>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。</p> <p>注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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</p>	<p>→ 除外薬剤・注射薬</p> <p>注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡対策を行った場合は、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 褥瘡対策加算1 15点 ロ 褥瘡対策加算2 5点</p> <p>→ 入退院支援加算3</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p>



項 目	現 行	改 正
	<p>する。</p> <p>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。</p> <p>イ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ロ 診療録管理体制加算</p> <p>ハ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ホ 地域加算</p> <p>ヘ 離島加算</p> <p>ト HIV感染者療養環境特別加算</p> <p>チ 診療所療養病床療養環境加算</p> <p>リ 診療所療養病床療養環境改善加算</p> <p>ヌ 重症皮膚潰瘍管理加算</p> <p>ル 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p>ヲ 医療安全対策加算</p> <p>ワ 感染防止対策加算</p> <p>カ 患者サポート体制充実加算</p> <p>コ 総合評価加算</p> <p>ク <u>退院支援加算</u>（1のロ及び2のロに限る。）</p> <p>ケ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>第2節 入院基本料等加算</b></p> <p><b>A200 総合入院体制加算（1日につき）</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>A200 総合入院体制加算（1日につき）</b></p> <p>1 総合入院体制加算1 240点</p> <p>2 総合入院体制加算2 180点</p> <p>3 総合入院体制加算3 120点</p> <p>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。</p> <p><b>A201 削除</b></p> <p><b>A202 削除</b></p> <p><b>A203 削除</b></p> <p><b>A204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）</b> 1,000点</p> <p>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。</p> <p><b>A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</b></p> <p>1 基幹型 40点</p> <p>2 協力型 20点</p> <p>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を満たす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。</p> <p><b>A205 救急医療管理加算（1日につき）</b></p> <p>1 救急医療管理加算1 900点</p> <p>2 救急医療管理加算2 300点</p> <p>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を満たす保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>A 205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日）</b> 12,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。</p> <p><b>A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）</b> 7,000点</p> <p>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を満たすものにおいて、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。</p>	
	<p><b>A 206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）</b></p> <p>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</p> <p>2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。） 2,000点</p> <p>3 1及び2以外の場合 1,000点</p> <p>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</p>	

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	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。	注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
A207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）	<b>A207 診療録管理体制加算（入院初日）</b> 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。	
【点数の見直し】	<b>A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）</b> 1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1 補助体制加算 870点 ロ 20対1 補助体制加算 658点 ハ 25対1 補助体制加算 530点 ニ 30対1 補助体制加算 445点 ホ 40対1 補助体制加算 355点 ヘ 50対1 補助体制加算 275点 ト 75対1 補助体制加算 195点 チ 100対1 補助体制加算 148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。	
A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）	<b>A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）</b> 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 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	
【点数の見直し】		

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	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。	130点 注1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
【注の見直し】	注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該施設基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 40点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 35点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 20点	注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 90点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点
【注の見直し】	注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、10点を更に所定点数に加算する。	注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。
A207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき）	A207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき） 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 80点 ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 60点 2 看護職員夜間16対1配置加算 40点	1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 95点 ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 75点 2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 55点 ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 30点
【項目の見直し】	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。	→ 当該基準
	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る3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料	

項 目	現 行	改 正
	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p><b>A209 削除</b></p> <p><b>A210 難病等特別入院診療加算(1日につき)</b></p> <p>1 難病患者等入院診療加算 250点</p> <p>2 二類感染症患者入院診療加算 250点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>A211 特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)</b> 350点</p> <p>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。</p> <p><b>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)</b></p> <p>1 超重症児(者)入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 800点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 400点</p> <p>2 準超重症児(者)入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 200点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 100点</p> <p>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(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のう</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>A213 看護配置加算（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>A214 看護補助加算（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>A212-2 削除</p> <p>A213 看護配置加算（1日につき） 12点</p> <p>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。</p> <p>A214 看護補助加算（1日につき）</p> <p>1 看護補助加算1 109点</p> <p>2 看護補助加算2 84点</p> <p>3 看護補助加算3 56点</p> <p>注1 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。</p> <p>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</p>	<p>25点</p> <p>129点</p> <p>104点</p> <p>76点</p> <p>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</p>

項 目	現 行	改 正																											
【注の見直し】	<p>た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p><b>A215 削除</b>  <b>A216 削除</b>  <b>A217 削除</b>  <b>A218 地域加算（1日につき）</b></p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>1級地</td><td>18点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2級地</td><td>15点</td></tr> <tr><td>3</td><td>3級地</td><td>14点</td></tr> <tr><td>4</td><td>4級地</td><td>11点</td></tr> <tr><td>5</td><td>5級地</td><td>9点</td></tr> <tr><td>6</td><td>6級地</td><td>5点</td></tr> <tr><td>7</td><td>7級地</td><td>3点</td></tr> </table> <p>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節の短期滞在手術等基本料のうち、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。</p> <p><b>A218-2 離島加算（1日につき）</b> 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節の短期滞在手術等基本料のうち、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。</p> <p><b>A219 療養環境加算（1日につき）</b> 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5号及び高齢者医療確保法第64条第2項第5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。</p> <p><b>A220 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）</b></p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>個室の場合</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2人部屋の場合</td><td>150点</td></tr> </table> <p>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。</p> <p><b>A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1</b></p>	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	1	個室の場合	350点	2	2人部屋の場合	150点	<p>た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として40点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。</p>
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																											
1	個室の場合	350点																											
2	2人部屋の場合	150点																											



項 目	現 行	改 正
	<p>日につき)</p> <p>1 個室加算 300点</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>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。</p> <p><b>A 221 重症者等療養環境特別加算(1日につき)</b></p> <p>1 個室の場合 300点</p> <p>2 2人部屋の場合 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(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。</p> <p><b>A 221-2 小児療養環境特別加算(1日につき)</b></p> <p>300点</p> <p>注 治療上の必要があつて、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、H I V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。</p> <p><b>A 222 療養病棟療養環境加算(1日につき)</b></p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <p>注 療養病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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。</p> <p><b>A 222-2 療養病棟療養環境改善加算(1日につき)</b></p> <p>1 療養病棟療養環境改善加算1 80点</p> <p>2 療養病棟療養環境改善加算2 20点</p> <p>注 療養病棟であつて、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。</p> <p><b>A 223 診療所療養病床療養環境加算(1日につ</b></p>	

項 目	現 行	改 正
<p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>き) 100点</p> <p>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。</p> <p><b>A 223-2 診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき）</b> 35点</p> <p>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。</p> <p><b>A 224 無菌治療室管理加算（1日につき）</b></p> <p>1 無菌治療室管理加算1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算2 2,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、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、H I V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。</p> <p><b>A 225 放射線治療病室管理加算（1日につき）</b> 2,500点</p> <p>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。</p> <p><b>A 226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）</b> 18点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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。</p> <p><b>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）</b> 400点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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</p>	<p>→ 患者について</p> <p>390点</p> <p>→ 患者に限る。以下この区分番号において同じ。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p> <p><b>A 226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）</b> 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p><b>A 227 精神科措置入院診療加算（入院初日）</b> 2,500点</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p> <p><b>A 228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日）</b> 2,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p><b>A 229 精神科隔離室管理加算（1日につき）</b> 220点</p> <p>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</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>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。以下「精神保健福祉法」という。）</u></p> <p><b>A 227-2 精神科措置入院退院支援加算（退院時1回）</b> 600点</p> <p>注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>精神保健福祉法</u></p> <p>→ <u>精神保健福祉法</u></p>
<p>【新設】</p>		

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p><b>A 230 精神病棟入院時医学管理加算（1日につき）</b> 5点</p> <p>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。</p> <p><b>A 230-2 精神科地域移行実施加算（1日につき）</b> 20点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p><b>A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</b></p> <p>1 7日以内 450点</p> <p>2 8日以上10日以内 225点</p> <p>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。</p> <p><b>A 230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回）</b> 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A247に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。</p> <p><b>A 231 削除</b></p> <p><b>A 231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）</b> 300点</p>	

項 目	現 行	改 正																		
<p data-bbox="138 1136 358 1186"><b>A 232 がん診療連携拠点病院加算（入院初日）</b></p> <p data-bbox="159 1586 255 1609">【注の追加】</p>	<p data-bbox="377 131 797 343">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。</p> <p data-bbox="377 349 797 399"><b>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）</b></p> <table data-bbox="377 399 797 450"> <tr> <td data-bbox="377 399 738 425">1 30日以内</td> <td data-bbox="742 399 797 425">200点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 425 738 450">2 31日以上60日以内</td> <td data-bbox="742 425 797 450">100点</td> </tr> </table> <p data-bbox="377 450 797 739">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。</p> <p data-bbox="377 739 797 790"><b>A 231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）</b></p> <table data-bbox="377 790 797 840"> <tr> <td data-bbox="377 790 738 815">1 30日以内</td> <td data-bbox="742 790 797 815">200点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 815 738 840">2 31日以上60日以内</td> <td data-bbox="742 815 797 840">100点</td> </tr> </table> <p data-bbox="377 840 797 1130">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。</p> <p data-bbox="377 1186 701 1211"><b>A 232 がん拠点病院加算（入院初日）</b></p> <table data-bbox="377 1211 797 1319"> <tr> <td data-bbox="377 1211 655 1236">1 がん診療連携拠点病院加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="399 1236 636 1261">イ がん診療連携拠点病院</td> <td data-bbox="742 1236 797 1261">500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="399 1261 595 1286">ロ 地域がん診療病院</td> <td data-bbox="742 1261 797 1286">300点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 1286 614 1311">2 小児がん拠点病院加算</td> <td data-bbox="742 1286 797 1311">750点</td> </tr> </table> <p data-bbox="377 1319 797 1580">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。</p> <p data-bbox="724 1586 783 1609">（追加）</p> <p data-bbox="377 1715 477 1740"><b>A 233 削除</b></p> <p data-bbox="377 1740 762 1765"><b>A 233-2 栄養サポートチーム加算（週1回）</b></p> <table data-bbox="377 1765 797 1790"> <tr> <td></td> <td data-bbox="742 1765 797 1790">200点</td> </tr> </table> <p data-bbox="377 1790 797 1841">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</p>	1 30日以内	200点	2 31日以上60日以内	100点	1 30日以内	200点	2 31日以上60日以内	100点	1 がん診療連携拠点病院加算		イ がん診療連携拠点病院	500点	ロ 地域がん診療病院	300点	2 小児がん拠点病院加算	750点		200点	<p data-bbox="816 1319 920 1344">注1 （略）</p> <p data-bbox="816 1586 1232 1715">注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。</p>
	1 30日以内	200点																		
	2 31日以上60日以内	100点																		
	1 30日以内	200点																		
	2 31日以上60日以内	100点																		
	1 がん診療連携拠点病院加算																			
	イ がん診療連携拠点病院	500点																		
	ロ 地域がん診療病院	300点																		
	2 小児がん拠点病院加算	750点																		
		200点																		

項 目	現 行	改 正									
	<p>るものと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月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月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。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、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。</p> <p>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。</p>										
<b>A 234 医療安全対策加算（入院初日）</b>	<b>A 234 医療安全対策加算（入院初日）</b>										
<b>【点数の見直し】</b>	<table border="0"> <tr> <td>1 医療安全対策加算 1</td> <td>85点</td> <td>85点</td> </tr> <tr> <td>2 医療安全対策加算 2</td> <td>35点</td> <td>30点</td> </tr> </table>	1 医療安全対策加算 1	85点	85点	2 医療安全対策加算 2	35点	30点	<table border="0"> <tr> <td>注 1</td> <td>(略)</td> <td></td> </tr> </table>	注 1	(略)	
1 医療安全対策加算 1	85点	85点									
2 医療安全対策加算 2	35点	30点									
注 1	(略)										
	<p>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節の短期滞在手術等基本料のうち、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。</p>										
<b>【注の追加】</b>	<p>(追加)</p>	<p>注 2 医療安全対策に関する医療機関間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保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 医療安全対策地域連携加算 1</td> <td>50点</td> </tr> <tr> <td>ロ 医療安全対策地域連携加算 2</td> <td>20点</td> </tr> </table>	イ 医療安全対策地域連携加算 1	50点	ロ 医療安全対策地域連携加算 2	20点					
イ 医療安全対策地域連携加算 1	50点										
ロ 医療安全対策地域連携加算 2	20点										
<b>A 234-2 感染防止対策加算（入院初日）</b>	<b>A 234-2 感染防止対策加算（入院初日）</b>										
<b>【点数の見直し】</b>	<table border="0"> <tr> <td>1 感染防止対策加算 1</td> <td>400点</td> <td>390点</td> </tr> <tr> <td>2 感染防止対策加算 2</td> <td>100点</td> <td>90点</td> </tr> </table>	1 感染防止対策加算 1	400点	390点	2 感染防止対策加算 2	100点	90点				
1 感染防止対策加算 1	400点	390点									
2 感染防止対策加算 2	100点	90点									
	<p>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</p>										

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>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節の短期滞在手術等基本料のうち、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。</p> <p>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っ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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>A 234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日）</b> 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節の短期滞在手術等基本料のうち、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。</p> <p><b>A 235 削除</b></p> <p><b>A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）</b> 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。</p> <p>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。</p> <p><b>A 236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき）</b> 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</p>	<p>→ <u>場合について</u></p> <p>→ <u>医療機関間</u></p> <p>→ <u>保険医療機関</u></p> <p>注3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p><b>A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）</b> 3,200点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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。</p> <p>注2 ハイリスク分娩管理と同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。</p> <p><b>A238 削除</b>  <b>A238-2 削除</b>  <b>A238-3 削除</b>  <b>A238-4 削除</b>  <b>A238-5 削除</b>  <b>A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回）</b> 1,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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。</p> <p><b>A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）</b> 2,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A238-6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。</p> <p><b>A238-8 削除</b>  <b>A238-9 削除</b>  <b>A239 削除</b>  <b>A240 総合評価加算（入院中1回）</b> 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、<u>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</u></p>	<p>→ <u>介護保険法施行令</u></p>



項 目	現 行	改 正
<p>A 243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 245 データ提出加算（入院中1回）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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。</p> <p><b>A 241 削除</b></p> <p><b>A 242 呼吸ケアチーム加算（週1回）</b> 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B 011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。</p> <p><b>A 243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</b></p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 42点 2 後発医薬品使用体制加算2 35点 3 後発医薬品使用体制加算3 28点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p><b>A 244 病棟薬剤業務実施加算</b></p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 100点 2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 80点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p><b>A 245 データ提出加算（入院中1回）</b></p> <p>1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 120点</p>	<p>1 後発医薬品使用体制加算1 45点 2 後発医薬品使用体制加算2 40点 3 後発医薬品使用体制加算3 35点 4 後発医薬品使用体制加算4 22点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>1 データ提出加算1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p>

項 目	現 行	改 正
	ロ 200床未満の病院の場合 170点 2 データ提出加算2 イ 200床以上の病院の場合 130点 ロ 200床未満の病院の場合 180点	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点 2 データ提出加算2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
【注の追加】	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。 （追加）	注1 （略） 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。
<b>A246 退院支援加算（退院時1回）</b> 【名称の見直し】	<b>A246 退院支援加算（退院時1回）</b> 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、 <u>退院支援加算1</u> 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、 <u>退院支援加算1</u> 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、 <u>退院支援加算2</u> 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、 <u>退院</u>	<b>A246 入退院支援加算（退院時1回）</b> → <u>入退院支援加算1</u> → <u>入退院支援加算2</u> → <u>入退院支援加算3</u> → <u>入退院支援加算1</u> → <u>入退院支援</u> → <u>入退院支援加算1</u> → <u>入退院支援</u> → <u>入退院支援加算1</u> → <u>入退院支援</u> → <u>入退院支援加算2</u> → <u>入退院支援加算2</u> → <u>入退院支援</u>

項 目	現 行	改 正
	<p>支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室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</p> <p>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</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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。</p> <p>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情報を文書により提供した場合</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>→ <u>入退院支援加算3</u></p> <p>→ <u>入退院支援</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算3</u></p> <p>→ <u>入退院支援</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算3</u></p> <p>→ <u>入退院支援</u></p> <p>→ <u>入退院支援</u></p> <p>→ <u>介護支援等連携指導料</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>る施設基準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、<u>退院支援加算（特定地域）</u>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>→ <u>入退院支援加算（特定地域）</u></p>
【注の追加】	<p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注6 入退院支援加算1又は入退院支援加算2を算定する患者が15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	<p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p>
	<p><b>A247 認知症ケア加算（1日につき）</b></p> <p>1 認知症ケア加算1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 150点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 30点</p> <p>2 認知症ケア加算2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 30点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 10点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険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、<u>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。</u>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ <u>当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ</u></p>
	<p><b>A248 精神疾患診療体制加算</b></p> <p>1 精神疾患診療体制加算1（入院初日） 1,000点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>注2 精神疾患診療体制加算2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>(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、<u>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。</u></p> <p><b>A249 精神科急性期医師配置加算(1日につき)</b> 500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p><b>A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回)</b> 250点</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>→ <u>精神保健福祉法</u></p> <p>→ <u>精神科の医師</u></p>



項 目	現 行	改 正
<p>A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>1 特定集中治療室管理料1</p> <p>イ 7日以内の期間 13,650点</p> <p>ロ 8日以上14日以内の期間 12,126点</p> <p>2 特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料</p> <p>(1) 7日以内の期間 13,650点</p> <p>(2) 8日以上14日以内の期間 12,126点</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p>(1) 7日以内の期間 13,650点</p> <p>(2) 8日以上60日以内の期間 12,319点</p> <p>3 特定集中治療室管理料3</p> <p>イ 7日以内の期間 9,361点</p> <p>ロ 8日以上14日以内の期間 7,837点</p> <p>4 特定集中治療室管理料4</p>	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点</p> <p>ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、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。)</p> <p>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。)</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。)</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p>	<p>注4 （略）</p> <p>注5 （略）</p> <p>注6 （略）</p> <p>→ 注7</p> <p>→ 入退院支援加算</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>イ 特定集中治療室管理料  (1) 7日以内の期間 9,361点  (2) 8日以上14日以内の期間 7,837点  ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料  (1) 7日以内の期間 9,361点  (2) 8日以上60日以内の期間 8,030点  注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。  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、<u>退院支援加算</u>（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 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  （追加）</p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H</p>



項 目	現 行	改 正
	<p><b>A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</b></p> <p>1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点</p> <p>2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があった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。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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、<u>退院支援加算</u>（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。）</p> <p>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。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p><b>A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）</b> 5,804点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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、<u>退院支援加算</u>（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療</p>	<p>007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>体制加算を除く。）</p> <p>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。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>1 7日以内の期間 15,752点</p> <p>2 8日以上期間 13,720点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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、アータ提出加算、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。）</p> <p>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。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>1 新生児特定集中治療室管理料1 10,174点</p> <p>2 新生児特定集中治療室管理料2 8,109点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号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</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。</p> <p>→ 入退院支援加算</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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。)</p> <p>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。)</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)</p> <p>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。)</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p><b>A303 総合周産期特定集中治療室管理料(1日につき)</b></p> <p>1 母体・胎児集中治療室管理料 7,125点</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 10,174点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては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。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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</p>	<p>→ 入退院支援加算</p>



項 目	現 行	改 正
	<p>除医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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。）</p> <p>ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ニ 留置カテーテル設置</p> <p>ホ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p><b>A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</b> 2,009点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号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。</p> <p>注4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,857点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,701点</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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</p>	<p>→ 入退院支援加算</p> <p>→ 入退院支援加算3</p> <p>→ 第5の3(1)のロ</p> <p>→ 入退院支援加算</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p><b>A 307 小児入院医療管理料（1日につき）</b></p> <p>1 小児入院医療管理料 1 4,584点</p> <p>2 小児入院医療管理料 2 4,076点</p> <p>3 小児入院医療管理料 3 3,670点</p> <p>4 小児入院医療管理料 4 3,060点</p> <p>5 小児入院医療管理料 5 2,145点</p> <p>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。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p>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。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。</p> <p>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、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>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</p>	<p>→ 人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として</p> <p>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、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、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>→ 注2から注4まで</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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、超急性期脳卒中加入算、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。</p> <p>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、超急性期脳卒中加入算、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。</p> <p><b>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</b></p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>→ <u>注2から注4まで</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p>
	<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,025点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,011点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,811点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,796点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,657点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,642点)</p>	<p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,085点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,071点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 2,025点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,011点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,861点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,846点)</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,806点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,791点)</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,702点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,687点)</p> <p>6 回復期リハビリテーション病棟入院料6 1,647点</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、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。</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料2又は回復期リハビリテーション病棟入院料3を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>（生活療養を受ける場合にあつては、1,632点）</p> <p>→ 療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料I</p> <p>→ 回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6</p> <p>（削除）</p> <p>注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>→ 注4 → 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2</p>
【注の削除】	注3	（削除）
【注の見直し】	注4	注3



項 目	現 行	改 正
<p>A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>イ 体制強化加算1 200点</p> <p>ロ 体制強化加算2 120点</p> <p>A 308-2 削除</p> <p>A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料1 2,558点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）</p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,558点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）</p> <p>3 地域包括ケア病棟入院料2 2,058点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点）</p> <p>4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,058点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点）</p> <p>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。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有す</p>	<p>1 地域包括ケア病棟入院料1 2,738点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,724点）</p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,738点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,724点）</p> <p>3 地域包括ケア病棟入院料2 2,558点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）</p> <p>4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,558点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）</p> <p>5 地域包括ケア病棟入院料3 2,238点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,224点）</p> <p>6 地域包括ケア入院医療管理料3 2,238点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,224点）</p> <p>7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,024点）</p> <p>8 地域包括ケア入院医療管理料4 2,038点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,024点）</p> <p>→ 1、3、5及び7</p> <p>→ 2、4、6及び8</p> <p>→ 療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料I</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有す</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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、それぞれ算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病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。</p> <p>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。</p>	<p>るものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,371点、2,371点、2,191点、2,191点、1,943点、1,943点、1,743点又は1,743点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,357点、2,357点、2,177点、2,177点、1,929点、1,929点、1,729点又は1,729点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、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</p>
【注の見直し】		
【注の見直し】	注6	注6

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p>	<p>者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>
	<p><b>A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</b>  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3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。  注4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。  イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合  (1) 医療区分2の患者に相当するもの</p>	<p>→ 入退院支援加算3</p> <p>→ 第5の3(1)のロ</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1,857点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,701点</p> <p>ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,608点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,452点</p> <p>注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、<u>退院支援加算</u>（1のロ及び2のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>→ <u>入退院支援加算</u></p>
	<p>A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 30日以内の期間 4,926点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 4,400点</p> <p>3 61日以上期間 3,300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。）、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第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C</p>	<p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 5,051点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,514点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,350点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,826点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,370点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,300点</p> <p>→ <u>患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</u></p> <p>→ <u>診療に係る費用（注2に規定する加算、</u></p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="141 266 358 316"><b>A311 精神科救急入院料</b> (1日につき)</p> <p data-bbox="157 1611 256 1636">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 133 797 262">108-2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。</p> <p data-bbox="378 318 721 343"><b>A311 精神科救急入院料 (1日につき)</b></p> <p data-bbox="378 347 591 372">1 精神科救急入院料 1</p> <p data-bbox="395 372 797 397">イ 30日以内の期間 3,557点</p> <p data-bbox="395 397 797 423">ロ 31日以上期間 3,125点</p> <p data-bbox="378 426 594 452">2 精神科救急入院料 2</p> <p data-bbox="395 452 797 477">イ 30日以内の期間 3,351点</p> <p data-bbox="395 477 797 502">ロ 31日以上期間 2,920点</p> <p data-bbox="378 506 797 790">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。</p> <p data-bbox="378 794 797 1161">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。</p> <p data-bbox="378 1164 797 1373">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。</p> <p data-bbox="378 1377 797 1609">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。</p> <p data-bbox="724 1613 783 1638">(追加)</p> <p data-bbox="378 1798 797 1841"><b>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)</b></p>	<p data-bbox="814 794 1012 819">→ 注3から注5まで</p> <p data-bbox="814 871 1232 923">→ 精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算</p> <p data-bbox="814 1083 1232 1108">→ 第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬</p> <p data-bbox="814 1613 1232 1792">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき55点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）</p>	<p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 1,984点</p> <p>ロ 31日以上の期間 1,655点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 1,881点</p> <p>ロ 31日以上の期間 1,552点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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、精神科心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。</p> <p>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。</p> <p>注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p>	<p>→ 精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算</p> <p>→ 第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬</p>
	<p>A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）</p> <p>1 30日以内の期間 3,560点</p> <p>2 31日以上の期間 3,128点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p> <p><b>A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）</b> 2.957点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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る。</p> <p>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</p>	<p>→ 注3から注5まで</p> <p>→ <u>精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算</u></p> <p>→ <u>第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬</u></p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p><b>A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</b> 1,090点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 重症者加算1 60点 ロ 重症者加算2 30点</p> <p>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。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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。</p> <p>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。</p>	<p>→ 精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算</p>



項 目	現 行	改 正
<p><b>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</b></p>	<p><b>A313 削除</b></p> <p><b>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</b></p> <p>1 認知症治療病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 1,809点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 1,501点</p> <p>ハ 61日以上期間 1,203点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 1,316点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 1,111点</p> <p>ハ 61日以上期間 987点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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。</p>	<p>→ 当該基準</p> <p>注3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 30日以内の期間 84点</p> <p>ロ 31日以上期間 40点</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、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。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p><b>A317 特定一般病棟入院料（1日につき）</b></p>	<p><b>A315 削除</b></p> <p><b>A316 削除</b></p> <p><b>A317 特定一般病棟入院料（1日につき）</b></p> <p>1 特定一般病棟入院料1 1,121点</p> <p>2 特定一般病棟入院料2 960点</p> <p>注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚</p>	

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 14日以内の期間 450点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 192点</p> <p>注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定</p>	<p>→ 入退院支援加算 3</p> <p>注4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等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。</p> <p>→ 入退院支援加算</p>

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>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。</p>	<p>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2,371点、2,191点、1,943点又は1,743点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）</b> 1,527点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。</p> <p>→ 療養病棟入院料1</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>イ 重症者加算1 60点</p> <p>ロ 重症者加算2 30点</p> <p>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、<u>精神科措置入院診療加算</u>、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。</p>	<p>→ <u>精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算</u></p>

項 目	現 行	改 正
<b>第4節 短期滞在手術等基本料</b>		
<b>A 400 短期滞在手術等基本料</b>		
【項目の見直し】		
<b>A 400 短期滞在手術等基本料</b>		
1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,856点	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,856点	1 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） （生活療養を受ける場合にあっては、 4,890点） 4,918点	2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、 4,890点） 4,918点	2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、 4,890点） 4,918点
3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）
イ D 237 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）	イ D 237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,265点 （生活療養を受ける場合にあっては、 9,194点）	イ D 237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,265点 （生活療養を受ける場合にあっては、 9,194点）
ロ D 237 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）	ロ D 291-2 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）	ロ D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,090点 （生活療養を受ける場合にあっては、 6,019点）
ハ D 237 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）	ハ D 413 前立腺針生検法 11,334点 （生活療養を受ける場合にあっては、 11,309点）	ハ D 413 前立腺針生検法 11,334点 （生活療養を受ける場合にあっては、 11,263点）
ニ D 291-2 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）	ヘ K 008 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）	ニ K 093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,394点 （生活療養を受ける場合にあっては、 19,323点）
ホ D 413 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）	ト K 093-2 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）	ト K 093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,394点 （生活療養を受ける場合にあっては、 19,323点）
ヘ K 008 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）	チ K 196-2 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）	チ K 196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 41,072点 （生活療養を受ける場合にあっては、 41,001点）
ト K 093-2 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）	リ K 282 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）	リ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） 22,010点 （生活療養を受ける場合にあっては、 21,939点）
チ K 196-2 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）	ヌ K 282 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）	ヌ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側） 37,272点 （生活療養を受ける場合にあっては、 37,201点）
リ K 282 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）	ル K 282 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）	ル K 282 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）
ヌ K 282 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）	ヲ K 282 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）	ヲ K 282 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）
ル K 282 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）	ワ K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ	ワ K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ
ヲ K 282 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 K 474 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 19,806点 (生活療養を受ける場合にあっては、 19,735点)	ンチメートル未満 19,967点 (生活療養を受ける場合にあっては、 19,896点)
カ	K 616-4 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)	リ K 616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 37,350点 (生活療養を受ける場合にあっては、 37,279点)
ヨ	K 617 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)	ヌ K 617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除 術 23,655点 (生活療養を受ける場合にあっては、 23,584点)
タ	K 617 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)	ル K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 12,082点 (生活療養を受ける場合にあっては、 12,011点)
レ	K 617 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)	ヲ K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮 術 11,390点 (生活療養を受ける場合にあっては、 11,319点)
ソ	K 633 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)	ワ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (3歳未満に限る。) 34,388点 (生活療養を受ける場合にあっては、 34,317点)
ツ	K 633 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)	カ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (3歳以上6歳未満に限る。) 27,515点 (生活療養を受ける場合にあっては、 27,444点)
ネ	K 633 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)	ヨ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (6歳以上15歳未満に限る。) 24,715点 (生活療養を受ける場合にあっては、 24,644点)
ナ	K 633 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)	タ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (15歳以上に限る。) 24,540点 (生活療養を受ける場合にあっては、 24,469点)
ラ	K 634 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)	レ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両 側) (3歳未満に限る。) 68,168点 (生活療養を受ける場合にあっては、 68,097点)
ム	K 634 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)	ソ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両 側) (3歳以上6歳未満に限る。) 54,494点 (生活療養を受ける場合にあっては、 54,423点)
ウ	K 634 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)	ツ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両 側) (6歳以上15歳未満に限る。) 43,122点 (生活療養を受ける場合にあっては、 43,051点)
キ	K 634 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)	ネ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両 側) (15歳以上に限る。) 50,397点 (生活療養を受ける場合にあっては、 50,326点)
ノ	K 721 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)	ナ K 721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切 除術 1 長径2センチメートル未満 14,163点 (生活療養を受ける場合にあっては、 14,092点)
オ	K 721 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)	ラ K 721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切 除術 2 長径2センチメートル以上 17,699点 (生活療養を受ける場合にあっては、 17,628点)
ク	K 743 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)	ム K 743 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)

項 目	現 行	改 正
	<p style="text-align: right;">12,291点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 12,220点)</p> <p>ヤ K 768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき) 28,010点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 27,939点)</p> <p>マ K 867 子宮頸部(膣部)切除術 17,344点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 17,273点)</p> <p>ケ K 873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,438点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 34,367点)</p> <p>フ M001-2 ガンマナイフによる定位放射 線治療 59,855点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 59,784点)</p>	<p style="text-align: right;">12,079点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 12,008点)</p> <p>ウ K 768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき) 27,934点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 27,863点)</p> <p>キ K 867 子宮頸部(膣部)切除術 17,552点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 17,481点)</p> <p>ノ K 873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,354点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 34,283点)</p> <p>オ M001-2 ガンマナイフによる定位放射 線治療 59,998点</p> <p>(生活療養を受ける場合にあっては、 59,927点)</p>
【注の見直し】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注2 保険医療機関(診療所を除く。)において、当該手術を行った場合(入院した日から起算して5日までの期間に限る。)は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <p>注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。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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)、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・</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合(入院した日から起算して5日までの期間に限る。)は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <p>→ プロトロンビン時間(PT)及び</p> <p>→ マグネシウム、クレアチン</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、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、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(AS T)、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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1に掲げるもの</p> <p>ヌ 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>ル 麻酔管理料(I) 区分番号L009に掲げるもの</p> <p>ヲ 麻酔管理料(II) 区分番号L010に掲げるもの</p> <p>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。</p> <p>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、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)</p> <p>ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの</p> <p>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。</p>	<p>→ <u>並びに除外薬剤・注射薬</u></p>







項 目	現 行	改 正
	<p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>イ 尿中B T Aに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>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B T A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。</p> <p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>イ 月の1回目 500点</p> <p>ロ 月の2回目 400点</p> <p>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。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p>
<p>5 小児科療養指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>5 小児科療養指導料 270点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、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</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(追加)</p> <p>6 てんかん指導料 250点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p>
<p>7 難病外来指導管理料</p>	<p>7 難病外来指導管理料 270点</p> <p>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</p>	

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。(追加)</p> <p>8 皮膚科特定疾患指導管理料</p> <p>イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点</p> <p>ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>9 外来栄養食事指導料</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p> <p>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月1回に限り算定する。</p> <p>10 入院栄養食事指導料(週1回)</p> <p>イ 入院栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目 200点</p> <p>ロ 入院栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目 190点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定</p>	<p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>12 心臓ペースメーカー 指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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<u>2回</u>を限度として算定する。</p> <p>注2 <u>ロ</u>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<u>2回</u>を限度として算定する。</p> <p>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。</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料 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（<u>ロ</u>については入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。</p> <p>注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。</p> <p>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。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（<u>イ</u>を算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 <u>ロ</u>を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>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</p>	<p>→ <u>2回に限り</u></p> <p>→ <u>2回に限り</u></p> <p>注5 <u>ロ</u>を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
15 慢性維持透析患者外来医学管理料	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>14 高度難聴指導管理料</p> <p>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</p> <p>ロ イ以外の場合 420点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 尿沈渣（鏡検法）</p> <p>ハ 糞便検査 糞便中ヘモグロビン定性</p> <p>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）</p> <p>ホ 出血・凝固検査 <u>出血時間、全血凝固時間</u></p> <p>ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、ロイシニ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）、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<sub>3</sub>、HDL-コレステロール、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）</p>	<p>→ <u>保健師、助産師又は看護師</u></p> <p>→ <u>施設基準を満たす保険医療機関</u></p> <p>→ <u>出血時間</u></p> <p>→ <u>、総蛋白</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>C) (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</p> <p>ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン (T<sub>3</sub>)、サイロキシシン (T<sub>4</sub>)、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<sub>3</sub>)、C-ペプチド (CPR)、遊離サイロキシシン (FT<sub>4</sub>)、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)</p> <p>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</p> <p>リ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量</p> <p>ス 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH<sub>50</sub>)、免疫グロブリン、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>、トランスフェリン (Tf)、β<sub>2</sub>-マイクログロブリン</p> <p>ル 心電図検査</p> <p>ヲ 写真診断 単純撮影 (胸部)</p> <p>ワ 撮影 単純撮影 (胸部)</p> <p>(追加)</p> <p>16 喘息治療管理料</p> <p>1 喘息治療管理料 1</p> <p>イ 1月目 75点</p> <p>ロ 2月目以降 25点</p> <p>2 喘息治療管理料 2 280点</p> <p>注1 1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。</p> <p>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、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。</p>	<p>注3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>イ</u></p> <p>→ <u>(1)</u></p> <p>→ <u>(2)</u></p> <p>→ <u>ロ</u></p> <p>→ <u>イについては</u></p> <p>→ <u>イについては</u></p> <p>→ <u>検査値等を報告させた上で管理した場合に、重度喘息患者治療管理加算として、</u></p>



項 目	現 行	改 正
	<p>(1) 1月目 2,525点</p> <p>(2) 2月目以降6月目まで 1,975点</p> <p>注3 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）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。</p> <p>17 慢性疼痛疾患管理料 130点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>19 削除</p> <p>20 糖尿病合併症管理料 170点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分以上でなければ</p>	<p>→ <u>イ</u></p> <p>→ <u>ロ</u></p> <p>→ <u>ロ</u>については</p>

項 目	現 行	改 正
	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	→ 22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点
	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。	→ 緩和ケアに係る研修を受けた保険医
	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	→ <u>イ</u>
	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	→ <u>ロ</u>
	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	→ <u>ハ</u>
	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。	→ <u>イ</u> については
	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	→ <u>ロ</u> については

項 目	現 行	改 正
24 外来緩和ケア管理料 【点数の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>24 外来緩和ケア管理料 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。</p> <p>25 移植後患者指導管理料</p> <p>1 臓器移植後の場合 300点</p> <p>2 造血幹細胞移植後の場合 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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</p>	<p>→ <u>ハ</u>については</p> <p>→ <u>ロ</u>について</p> <p>→ <u>ハ</u>について</p> <p>→ <u>処方箋料</u></p> <p>→ 290点</p> <p>→ <u>イ</u></p> <p>→ <u>ロ</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>27 糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>27 糖尿病透析予防指導管理料 350点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、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。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>28 小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p> <p>29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料</p> <p>イ 初回 500点</p> <p>ロ 2回目から4回目まで 150点</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</b></p> <p>【注の追加】</p>	<p><b>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</b></p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>イ 初診時 572点</p> <p>ロ 再診時 383点</p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 初診時 682点</p> <p>ロ 再診時 493点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（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。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注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。</p> <p>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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</b></p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。</p> <p>→ 処方箋</p> <p>→ 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注12</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>B001-2-5 院内トリアージ実施料 【点数の見直し】</p> <p>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p><b>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料</b> 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。</p> <p><b>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料</b> 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。</p> <p><b>B001-2-5 院内トリアージ実施料</b> 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。</p> <p><b>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料</b> 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。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。 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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</b> 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を満たす保険医療機関において、リハビリテー</p>	<p>300点</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正						
<p><b>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</b> 【項目の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>B001-2-8 外来放射線照射診療料</b> 292点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</b> 1,503点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 (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。</p> <p>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</p>	<p>→ 外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料</p> <p>→ 外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料</p> <p>→ 、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料</p> <p><b>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>地域包括診療料1</td> <td>1,560点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>地域包括診療料2</td> <td>1,503点</td> </tr> </table> <p>→ 当該患者</p> <p>→ 当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき</p> <p>→ 注3に規定する加算、区分番号A001に掲</p>	1	地域包括診療料1	1,560点	2	地域包括診療料2	1,503点
1	地域包括診療料1	1,560点						
2	地域包括診療料2	1,503点						

項 目	現 行	改 正						
<p>【注の追加】</p> <p><b>B 001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）</b> 【項目の見直し】</p>	<p>5 から注 7 までに規定する加算、区分番号 B 001-2-2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 010 に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、第 2 章第 2 部在宅医療（区分番号 C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号 C 002 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C 002-2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第 5 部投薬（区分番号 F 100 に掲げる処方料及び区分番号 F 400 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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>B 001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）</b> 1,515 点</p> <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</p> <p>注 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号 A 001 に掲げる再診療料の注 5 から注 7 までに規定する加算、区分番号 B 001-2-2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 010 に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、第 2 章第 2 部在宅医療（区分番号 C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号 C 002 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C 002-2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第 5 部投薬（区分番号 F 100 に掲げる処方料及び区分番号 F 400 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</p>	<p><u>げる再診療料の注 5 から注 7 まで及び注 16</u></p> <p>→ <u>区分番号 C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号 C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</u></p> <p>→ <u>並びに</u></p> <p>→ <u>処方箋料</u></p> <p>注 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。</p> <p><b>B 001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>認知症地域包括診療料 1</td> <td>1,580 点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>認知症地域包括診療料 2</td> <td>1,515 点</td> </tr> </table> <p>→ <u>当該患者</u></p> <p>→ <u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者 1 人につき</u></p> <p>→ <u>注 3 に規定する加算、区分番号 A 001 に掲げる再診療料の注 5 から注 7 まで及び注 16</u></p> <p>→ <u>区分番号 C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号 C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</u></p> <p>→ <u>並びに</u></p> <p>→ <u>処方箋料</u></p>	1	認知症地域包括診療料 1	1,580 点	2	認知症地域包括診療料 2	1,515 点
1	認知症地域包括診療料 1	1,580 点						
2	認知症地域包括診療料 2	1,515 点						



項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 189 257 214">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 556 358 633">B 001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p data-bbox="157 1561 257 1586">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 137 793 185">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。</p> <p data-bbox="724 189 783 214">（追加）</p> <p data-bbox="378 639 793 687">B 001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p data-bbox="378 691 793 846"> 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 </p> <p data-bbox="378 852 793 1054">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。</p> <p data-bbox="378 1060 793 1108">注2 区分番号A 001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。</p> <p data-bbox="378 1114 793 1559">注3 区分番号A 000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A 001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A 002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B 001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B 001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B 009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B 009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B 010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）並びに区分番号C 000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。</p> <p data-bbox="724 1562 783 1588">（追加）</p> <p data-bbox="378 1825 614 1850">B 001-3 生活習慣病管理料</p>	<p data-bbox="813 189 1232 556">注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 691 913 716">→ 処方箋</p> <p data-bbox="813 768 913 794">→ 処方箋</p> <p data-bbox="813 1114 1232 1192">→ 注4に規定する加算、区分番号A 000に掲げる初診料の注7、注8及び注12に規定する加算</p> <p data-bbox="813 1562 1232 1823">注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p>



項 目	現 行	改 正
	<p>料を算定した日に算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>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</p> <p>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）</p> <p>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、<u>マグネシウム</u>、<u>膠質反応</u>、<u>クレアチン</u>、<u>グルコース</u>、<u>乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）</u>、<u>アミラーゼ</u>、<u>ロイシナミノペプチダーゼ（LAP）</u>、<u>クレアチンキナーゼ（CK）</u>、<u>アルドラーゼ</u>、<u>遊離コレステロール</u>、<u>鉄（Fe）</u>、<u>血中ケトン体</u>・<u>糖</u>・<u>クロール検査（試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの）</u>、<u>不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）</u>、<u>総鉄結合能（TIBC）（比色法）</u>、<u>リン脂質</u>、<u>HDL-コレステロール</u>、<u>LDL-コレステロール</u>、<u>無機リン及びリン酸</u>、<u>総コレステロール</u>、<u>アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）</u>、<u>アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）</u>及びイオン化カルシウム</p> <p>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</p>	<p>→ <u>プロトロンビン時間（PT）</u></p> <p>→ <u>マグネシウム</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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</p> <p>ハ 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</p> <p>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)</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1のイに掲げるもの</p> <p>ス 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>B001-5 手術後医学管理料(1日につき)</b></p> <p>1 病院の場合 1,188点</p> <p>2 診療所の場合 1,056点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 尿中特殊物質定性定量検査 尿蛋白及び尿グルコース</p> <p>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</p> <p>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、ナトリウム及びカリウム</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>ム、カルシウム、<u>マグネシウム</u>、<u>膠質反応</u>、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシナミノペプチダーゼ（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）、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、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</p> <p>ホ 心電図検査  ヘ 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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料</b> 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つ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。</p> <p>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。</p> <p><b>B001-7 リンパ浮腫指導管理料</b> 100点  注1 保険医療機関に入院中の患者であつて、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。</p> <p>注2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに</p>	<p>→ <u>マグネシウム</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>【新設】</b></p> <p><b>B004 退院時共同指導料</b> 1</p>	<p>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。</p> <p><b>B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料</b> 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。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p> <p><b>B002 開放型病院共同指導料（Ⅰ）</b> 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。</p> <p><b>B003 開放型病院共同指導料（Ⅱ）</b> 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。</p> <p><b>B004 退院時共同指導料 1</b> 1 在宅療養支援診療所（地域における退院後</p>	<p><b>B001-9 療養・就労両立支援指導料</b> 1,000点 注1 がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。 注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。 注3 注1の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>→ <u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>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 1,500点</p> <p>2 1 以外の場合 900点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号B005において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>→ 区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料</p> <p>→ 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</p>
<p>B005 退院時共同指導料 2</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B005 退院時共同指導料 2 400点</p> <p>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。</p>	<p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p> <p><b>B005-1-2 介護支援連携指導料</b>  【名称の見直し】  【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる退院支援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。</p> <p>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。</p> <p><b>B005-1-2 介護支援連携指導料</b> 400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。</p> <p><b>B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料</b> 500点  注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001</p>	<p>宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>→ <u>在宅療養担当医療機関</u></p> <p>→ <u>に規定する</u></p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>→ <u>入退院支援加算</u></p> <p>→ <u>の療養</u></p> <p>→ <u>在宅療養担当医療機関</u></p> <p><b>B005-1-2 介護支援等連携指導料</b> 400点  注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p>



項 目	現 行	改 正
	<p>の注4若しくは注5、区分番号H001-2の注4若しくは注5又は区分番号H002の注4若しくは注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。</p> <p><b>B 005-2 削除</b>  <b>B 005-3 削除</b>  <b>B 005-3-2 削除</b>  <b>B 005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)</b>  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。</p> <p><b>B 005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)</b>  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準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。</p> <p><b>B 005-6 がん治療連携計画策定料</b>  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</p>	<p>→ <u>当該患者</u></p> <p>→ <u>介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション(以下「介護リハビリテーション」という。)に移行した場合に、患者1人につき1回に限り</u></p>



項 目	現 行	改 正
<p><b>B 005-7 認知症専門診断管理料</b></p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>B 005-7 認知症専門診断管理料</b></p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>イ 基幹型又は地域型の場合 700点</p> <p>ロ 診療所型の場合 500点</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 300点</p> <p>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を満たす保険医療機関が、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。</p> <p>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を満たす病院である保険医療機関が、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 連携型の場合 500点</p> <p>2 (略)</p> <p>→ 当該患者</p> <p>→ 当該患者</p>
<p><b>B 005-7-2 認知症療養指導料</b></p> <p>【項目の見直し】</p>	<p><b>B 005-7-2 認知症療養指導料</b> 350点</p> <p>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</p>	<p><b>B 005-7-2 認知症療養指導料</b></p> <p>1 認知症療養指導料1 350点</p> <p>2 認知症療養指導料2 300点</p> <p>3 認知症療養指導料3 300点</p> <p>→ 1については、当該保険医療機関</p> <p>→ 当該患者又はその家族等</p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>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。</p> <p>(追加)</p>	<p>→ <u>6月を限度として、月1回に限り</u></p> <p>注2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のもので、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p>
【注の追加】	<p>(追加)</p>	<p>注3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のもので、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 <u>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。</u></p> <p>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。</p>	<p>→ <u>注4 注1及び注2</u></p> <p>注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。</p>
【新設】	<p>(新設)</p> <p><b>B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料</b> 700点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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、<u>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。</u></p> <p>注2 <u>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</u></p>	<p><b>B005-7-3 認知症サポート指導料</b> 450点</p> <p>注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 <u>注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</u></p> <p>→ <u>当該患者</u></p> <p>→ <u>1人につき1回に限り</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>数に含まれるものとする。</p> <p><b>B005-9 排尿自立指導料</b> 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、<u>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。</u></p> <p>(新設)</p> <p><b>B006 救急救命管理料</b> 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。</p> <p><b>B006-2 削除</b></p> <p><b>B006-3 退院時リハビリテーション指導料</b> 300点 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。</p>	<p>→ 患者1人につき、週1回に限り6週を限度として</p> <p><b>B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1</b> 1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。</p> <p><b>B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2</b> 750点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。</p> <p>→ 算定する。この場合において、同一日に、<u>区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</u></p>

項 目	現 行	改 正
B 009 診療情報提供料 (I)	<b>B 007 退院前訪問指導料</b> 580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。	
	<b>B 007-2 退院後訪問指導料</b> 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。	→ 1月（退院日を除く。）を限度として、5回に限り  → 保健師、助産師、看護師又は准看護師
	<b>B 008 薬剤管理指導料</b> 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 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については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2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。	→ の場合 → の場合  → 週1回かつ月4回に限り  → 薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として
	<b>B 008-2 薬剤総合評価調整管理料</b> 250点 注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。 注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。	
	<b>B 009 診療情報提供料 (I)</b> 250点	

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症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。</p>	<p>→ <u>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</u></p> <p>→ <u>入所若しくは通所しているもの</u></p> <p>→ <u>もの</u></p> <p>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>→ <u>家族等</u></p>
【注の見直し】	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p> <p>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</p>	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>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。</p>	<p>→ <u>保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊産婦紹介加算として</u></p>
	<p>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、<u>患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>→ <u>患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として</u></p>
	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況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。</p>	<p>→ <u>家族等</u></p>
	<p>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、<u>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。</u></p>	<p>→ <u>当該患者</u></p>
	<p>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。</p>	
<p>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、<u>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。</u></p>	<p>→ <u>当該患者又はその家族等</u></p>	
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>		
		<p>注15 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に</p>



項 目	現 行	改 正
<p><b>【新設】</b></p>	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>B009-2 電子的診療情報評価料</b> 30点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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。</p> <p><b>B010 診療情報提供料 (Ⅱ)</b> 500点</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p><b>B011及びB011-2 削除</b></p> <p><b>B011-3 薬剤情報提供料</b> 10点</p> <p>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。</p> <p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、<u>所定点</u></p>	<p>対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注16 (略)</p> <p><b>B010-2 診療情報連携共有料</b> 120点</p> <p>注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合には、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した同一月においては、別に算定できない。</p> <p>→ 患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳(以下単に「手帳」という。)</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>数に3点を加算する。</p> <p>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。</p> <p><b>B011-4 医療機器安全管理料</b></p> <p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100点</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p><b>B012 傷病手当金意見書交付料</b> 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。</p> <p><b>B013 療養費同意書交付料</b> 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。</p> <p><b>B014 退院時薬剤情報管理指導料</b> 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。</p> <p><b>B015からB018まで 削除</b></p>	<p>→ <u>3点を所定点数に</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ 算定する。この場合において、同一日に、<u>区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</u></p>

## 第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療

項 目	現 行	改 正
<b>通則</b>	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。	
<b>第1節 在宅患者診療・指導料</b>	<p><b>C000 往診料</b> 720点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急に行う往診 850点 → 緊急往診加算</p> <p>② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,700点 → 夜間・休日往診加算</p> <p>③ 深夜の往診 2,700点 → 深夜往診加算</p> <p>(2) 病床を有しない場合</p> <p>① 緊急に行う往診 750点 → 緊急往診加算</p> <p>② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,500点 → 夜間・休日往診加算</p> <p>③ 深夜の往診 2,500点 → 深夜往診加算</p> <p>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</p> <p>(1) 緊急に行う往診 650点 → 緊急往診加算</p> <p>(2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,300点 → 夜間・休日往診加算</p> <p>(3) 深夜の往診 2,300点 → 深夜往診加算</p> <p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合</p>	

項 目	現 行	改 正
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき） 【名称の見直し】 【項目の見直し】	(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。 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。	→ 緊急往診加算 → 夜間・休日往診加算 → 深夜往診加算 → 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として → 患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として
	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 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。	C001 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき） 1 在宅患者訪問診療料1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点 ロ 同一建物居住者の場合 203点 2 在宅患者訪問診療料2 イ 同一建物居住者以外の場合 830点 ロ 同一建物居住者の場合 178点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。
【注の見直し】	注2 2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問	注2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合
【注の見直し】		

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合</p> <p>(1) 病床を有する場合 6,000点</p> <p>(2) 病床を有しない場合 5,000点</p> <p>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</p> <p>ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,000点</p>	<p>診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>→ <u>1について、保険医療機関が</u></p> <p>→ <u>注1の規定にかかわらず</u></p> <p>→ <u>6歳未満の乳幼児</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、</u></p> <p>→ <u>患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として</u></p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点</p> <p>② 病床を有しない場合 5,500点</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点</p> <p>(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>【新設】</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注10 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療（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除く。）の費用は算定しない。</p> <p>注11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p style="text-align: right;">（新設）</p>	<p style="text-align: right;">3,500点</p> <p>ロ 有料老人ホーム等に入居する患者  (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合  ① 病床を有する場合 6,500点  ② 病床を有しない場合 5,500点  (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点  (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点</p> <p>注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p><b>C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）</b>  144点</p> <p>注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）</p> <p>ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合</p> <p>注2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に</p>

項 目	現 行	改 正
<p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合</p> <p style="text-align: right;">5,400点</p>	<p>限り算定する。</p> <p>注3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>注4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。</p> <p>注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>(1) 病床を有する場合 6,200点</p> <p>(2) 病床を有しない場合 5,200点</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,200点</p> <p>ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点</p> <p>注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。</p>

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 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。 (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 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	4,500点 2,400点 1,200点 4,100点 2,200点 1,100点 3,700点 2,000点 1,000点 2,300点 1,280点 680点



項 目	現 行	改 正
	(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	2,750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	1,475点
	(3) (1)及び(2)以外の場合 850点	750点
	ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,710点	1,760点
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 945点	995点
	(3) (1)及び(2)以外の場合 510点	560点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、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。	→ 当該患者の同意を得て → 建物
	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。	→ 処方箋
	注3 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4 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5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。	
	注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	

項 目	現 行	改 正	
<p>C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 100点</p> <p>ロ 在宅療養実績加算1</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 75点</p> <p>ハ 在宅療養実績加算2</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 200点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 100点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 50点</p> <p>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。</p>	<p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。</p> <p>注12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。</p>	
	<p>（追加）</p>		<p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</p>
	<p>（追加）</p>		<p>注10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。</p>
	<p>（追加）</p>		<p>注11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。</p>
	<p>（追加）</p> <p>C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,900点</p>		<p>（追加）</p> <p>注12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。</p>

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 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	3,200点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,800点	1,700点
③ ①及び②以外の場合	1,300点	1,200点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	1,980点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,080点	
③ ①及び②以外の場合	780点	
ロ 病床を有しない場合		
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、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	2,900点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,650点	1,550点
③ ①及び②以外の場合	1,200点	1,100点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	1,800点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	990点	
③ ①及び②以外の場合	720点	
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,300点	
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,700点	
(3) (1)及び(2)以外の場合	2,400点	
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。)		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,700点	2,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点	1,400点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点	1,000点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,620点	1,640点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	900点	920点
(3) (1)及び(2)以外の場合	660点	680点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
ハ		

項 目	現 行	改 正
	(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	1,950点
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,125点	1,025点
	(3) (1)及び(2)以外の場合 850点	750点
ハ	月1回訪問診療を行っている場合	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,230点	1,280点
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 675点	725点
	(3) (1)及び(2)以外の場合 510点	560点
注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。	→ 当該患者の同意を得て
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。	〈削除〉
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。	〈削除〉
注4	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。	〈削除〉
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。	〈削除〉
注6	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2 (略)
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	注3 (略)
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	

項 目	現 行	改 正
<p>C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>225点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 110点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 56点</p> <p>ハ 在宅療養実績加算2</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 150点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 75点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 40点</p> <p>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。</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p> <p>C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(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 → <u>処方箋</u></p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 2,000点 → <u>処方箋</u></p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(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 → <u>処方箋</u></p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 1,850点 → <u>処方箋</u></p> <p>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</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点 → <u>処方箋</u></p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点 → <u>処方箋</u></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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。</p> <p>注2 患者において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>注4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p>〈削除〉</p> <p>注4 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の1又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（II）（注1のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。</p> <p>注5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。</p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>当該患者の同意を得て</u></p> <p>注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>C 005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p><b>C004 救急搬送診療料</b> 1,300点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>C 005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</b></p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p>イ 週3日目まで 580点</p> <p>ロ 週4日目以降 680点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 530点</p> <p>ロ 週4日目以降 630点</p> <p>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</p> <p>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、助産師又は看護師若しく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。</p> <p>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</p>	<p>1・2 （略）</p> <p>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p> <p>→ 保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）</p> <p>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</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p>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日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>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</p>
【注の見直し】	注5	注5
【注の見直し】	注6	注6
【注の見直し】	注7	注7

項 目	現 行	改 正
	<p>合 430点</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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との状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、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。</p> <p>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。</p>	<p>合 450点</p> <p>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</p> <p>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（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 300点</p> <p>(2) 1日に2回の場合 600点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,000点</p> <p>→ <u>在宅で療養</u></p> <p>→ <u>当該患者の同意を得て</u></p> <p>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との状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等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。</p> <p>注10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以</p>
【注の見直し】		
【注の見直し】		



項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 952 257 977">【注の追加】</p> <p data-bbox="157 1427 257 1452">【注の追加】</p>	<p data-bbox="375 349 797 683">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。</p> <p data-bbox="375 687 797 948">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。</p> <p data-bbox="724 952 783 977">（追加）</p> <p data-bbox="724 1427 783 1452">（追加）</p> <p data-bbox="375 1798 797 1841">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</p>	<p data-bbox="871 137 1232 208">下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点</p> <p data-bbox="853 212 1232 343">ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの1,000点</p> <p data-bbox="814 687 1232 765">→ 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。）</p> <p data-bbox="814 952 1232 1421">注13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="814 1425 1232 1609">注14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p data-bbox="853 1613 1232 1684">イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合</p> <p data-bbox="853 1688 1232 1792">ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合</p> <p data-bbox="814 1796 920 1821">注15 （略）</p>

項 目	現 行	改 正
<p>C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号 I 012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>注14 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 580点</p> <p>(2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 293点</p> <p>(2) 週4日目以降 343点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 530点</p> <p>(2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 268点</p> <p>(2) 週4日目以降 318点</p> <p>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</p> <p>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、助産師又は看護師若しく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。</p> <p>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等を訪問させて、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</p>	<p>注16 (略)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p> <p>→ <u>看護師等</u></p> <p>注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（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）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、</p>
<p>【注の見直し】</p>		

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>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。</p>	
	<p>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。</p>	〈削除〉
	<p>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して、2,000点を所定点数に加算する。</p>	〈削除〉
	<p>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。</p>	〈削除〉
	<p>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。</p>	〈削除〉
	<p>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。</p>	注3 （略）
	<p>注14 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	〈削除〉
	<p>（追加）</p>	<p>注4 区分番号C005の注3から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在</p>

項 目	現 行	改 正
	<p><b>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）</b> 100点</p> <p>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。</p> <p><b>C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）</b></p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、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。</p> <p>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、</p>	<p>宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。</p> <p>→ <u>看護師又は准看護師</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料</b></p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>算定する。</p> <p>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。</p> <p><b>C007 訪問看護指示料</b> 300点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 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。</p> <p><b>C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料</b> 240点</p> <p>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。</p> <p><b>C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料</b></p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p>	<p>→ 当該患者の同意を得て</p> <p>→ 喀痰吸引等</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場</p>

項 目	現 行	改 正
		合 320点 3 1及び2以外の場合 290点
【注の見直し】	注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。	注1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
【注の追加】	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4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
<b>C009 在宅患者訪問栄養食事指導料</b>	<b>C009 在宅患者訪問栄養食事指導料</b>	
【項目の見直し】	1 同一建物居住者以外の場合 530点 2 同一建物居住者の場合 450点	1 単一建物診療患者が1人の場合 530点 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点 3 1及び2以外の場合 440点
【注の見直し】	注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。 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。	注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。
	<b>C010 在宅患者連携指導料</b> 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	→ 当該患者の同意を得て

項 目	現 行	改 正
<p><b>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
<p><b>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料</b> 200点</p> <p>注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p>	<p>注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p>
<p><b>C012 在宅患者共同診療料</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>C012 在宅患者共同診療料</b></p> <p>1 往診の場合 1,500点</p> <p>2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000点</p> <p>3 訪問診療の場合（同一建物居住者） 240点</p> <p>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</p>	<p>注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が</p>



項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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（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。</p>	<p>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。</p> <p>注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者（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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>注5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p><b>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</b> 750点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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</p>	<p>注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>→ 当該患者の同意を得て</p> <p>→ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</p>

項 目	現 行	改 正
	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。	
<p><b>第2節 在宅療養指導管理料</b></p> <p><b>第1款 在宅療養指導管理料</b></p>	<p><b>通則</b> 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。</p> <p><b>通則</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>C100 退院前在宅療養指導管理料</b> 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。</p> <p><b>C101 在宅自己注射指導管理料</b></p> <p>1 複雑な場合 1,230点 2 1以外の場合 イ 月27回以下の場合 650点</p>	<p>→ C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>C103 在宅酸素療法指導管理料</b></p>	<p>ロ 月28回以上の場合 750点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則6に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。</p> <p>注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。</p>	
	<p><b>C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料</b> 820点</p> <p>注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p>	
	<p><b>C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</b> 150点</p> <p>注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p>	
	<p><b>C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料</b> 4,000点</p> <p>注1 在宅自己連続携帯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、在宅自己連続携帯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。</p> <p>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。</p>	
	<p><b>C102-2 在宅血液透析指導管理料</b> 8,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p>	
	<p><b>C103 在宅酸素療法指導管理料</b></p> <p>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点</p> <p>2 その他の場合 2,400点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以</p>	<p>注1 (略)</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="159 189 257 214">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 900 197 925">【新設】</p> <p data-bbox="138 1402 358 1450">C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</p> <p data-bbox="159 1692 257 1717">【注の追加】</p>	<p data-bbox="395 137 793 185">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。 (追加)</p> <p data-bbox="378 452 793 477">C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点</p> <p data-bbox="378 481 793 581">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。</p> <p data-bbox="378 585 793 610">C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料</p> <p data-bbox="721 614 793 639">2,500点</p> <p data-bbox="378 643 793 743">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。</p> <p data-bbox="378 747 793 772">C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料</p> <p data-bbox="721 776 793 801">1,050点</p> <p data-bbox="378 805 793 906">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。 (新設)</p> <p data-bbox="378 1112 793 1137">C106 在宅自己導尿指導管理料 1,800点</p> <p data-bbox="378 1141 793 1215">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。</p> <p data-bbox="378 1219 793 1292">注2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="378 1296 793 1321">C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点</p> <p data-bbox="378 1325 793 1398">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。</p> <p data-bbox="378 1456 793 1481">C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</p> <p data-bbox="378 1485 793 1510">1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1</p> <p data-bbox="721 1514 793 1539">2,250点</p> <p data-bbox="378 1543 793 1568">2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2</p> <p data-bbox="721 1572 793 1597">250点</p> <p data-bbox="378 1601 793 1702">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。 (追加)</p>	<p data-bbox="817 189 1232 450">注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="817 900 1232 925">C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料</p> <p data-bbox="1160 929 1232 954">2,500点</p> <p data-bbox="817 958 1232 1108">注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。</p> <p data-bbox="817 1591 920 1617">注1 (略)</p> <p data-bbox="817 1692 1232 1843">注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養</p>

項 目	現 行	改 正
<p>C110-4 在宅仙骨神経刺 激療法指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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等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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>C110-4 在宅仙骨神経刺 激療法指導管理料</p> <p>C110-4 在宅仙骨神経刺 激療法指導管理料 810点 注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行っ</p>	<p>上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>注 便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対し</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>た場合に算定する。</p> <p><b>C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料</b> 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<sub>2</sub> 製剤の投与等に関する医学管理を行った場合に算定する。</p> <p><b>C112 在宅気管切開患者指導管理料</b> 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。</p> <p><b>C113 削除</b></p> <p><b>C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料</b> 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。</p> <p>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。</p> <p><b>C115 削除</b></p> <p><b>C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</b> 45,000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ものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>て、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>→ 療養上必要な指導を行った場合に算定</p> <p><b>C117 在宅経腸投薬指導管理料</b> 1,500点 注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理を行った場合に算定する。</p> <p><b>C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料</b> 2,800点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p><b>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料</b> 950点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。</p>
<p><b>【新設】</b></p> <p><b>【新設】</b></p> <p><b>【新設】</b></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	
<p><b>第2款 在宅療養指導管理材料加算</b></p>	<p><b>通則</b></p> <p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り</p>	



項 目	現 行	改 正
【新設】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p><b>C153 注入器用注射針加算</b></p> <p>1 治療上の必要があつて、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</p> <p>2 1以外の場合 130点</p> <p>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。</p> <p><b>C154 紫外線殺菌器加算</b> 360点</p> <p>注 在宅自己連続携帯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。</p> <p><b>C155 自動腹膜灌流装置加算</b> 2,500点</p> <p>注 在宅自己連続携帯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。</p> <p><b>C156 透析液供給装置加算</b> 10,000点</p> <p>注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、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。</p> <p><b>C157 酸素ポンペ加算</b></p> <p>1 携帯用酸素ポンペ 880点</p> <p>2 1以外の酸素ポンペ 3,950点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンペを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p><b>C158 酸素濃縮装置加算</b> 4,000点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンペ加算の2は算定できない。</p> <p><b>C159 液化酸素装置加算</b></p> <p>1 設置型液化酸素装置 3,970点</p> <p>2 携帯型液化酸素装置 880点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p><b>C152-3 経腸投薬用ポンプ加算</b> 2,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。</p>



項 目	現 行	改 正	
<b>C162 在宅経管栄養法用 栄養管セット加算</b>  【注の見直し】	<b>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</b> 300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(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を 除く。)に対して、呼吸同調式デマンドバル ブを使用した場合に、3月に3回に限り、 第1款の所定点数に加算する。 <b>C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算</b> 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。 <b>C161 注入ポンプ加算</b> 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、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。		
	<b>C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算</b> 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。	注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄 養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っ ている入院中の患者以外の患者(在宅半固 形栄養経管栄養法を行っている患者につい ては、区分番号C105-3に掲げる在宅半固 形栄養経管栄養法指導管理料を算定してい るものに限る。)に対して、栄養管セット を使用した場合に、第1款の所定点数に加 算する。	
	<b>C163 特殊カテーテル加算</b> 1 間歇導尿管用ディスポーザブルカテーテ ル 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 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、間歇導尿管用ディスポー 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。		
	<b>C164 人工呼吸器加算</b> 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。		
	<b>C165 在宅持続陽圧呼吸 療法用治療器加算</b>  【点数の見直し】	<b>C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算</b> 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 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	3,750点 1,000点

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p><b>C166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算</b> 2,500点</p> <p>注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p><b>C167 疼痛等管理用送信器加算</b> 600点</p> <p>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（患者用プログラムを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p><b>C168 携帯型精密輸液ポンプ加算</b> 10,000点</p> <p>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。</p> <p><b>C168-2 携帯型精密ネブライザー加算</b> 3,200点</p> <p>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。</p> <p><b>C169 気管切開患者用人工鼻加算</b> 1,500点</p> <p>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。</p> <p><b>C170 排痰補助装置加算</b> 1,800点</p> <p>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。</p> <p><b>C171 在宅酸素療法材料加算</b></p> <p>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点</p> <p>2 その他の場合 100点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p><b>C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算</b> 100点</p> <p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	
<p><b>第3節 薬剤料</b></p>	<p><b>C200 薬剤</b></p> <p>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。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p><b>第4節 特定保険医療材料料</b></p>	<p><b>C300 特定保険医療材料</b></p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第3部 検査(1) ①新検査項目一覧

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		
<b>第1節 検体検査料</b>					
<b>第1款 検体検査実施料</b>					
<b>(尿・糞便等検査)</b>					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA 定性 (尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	Bence Jones 蛋白定性 (尿)	9	→ 9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	
D001 3	ウロビリノゲン (尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト (尿)	16	→ 16	D001 3	
D001 3	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3	
D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト (尿)	17	→ 17	D001 4	
D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG) (尿)	41	→ 41	D001 5	
D001 6	アルブミン定性 (尿)	49	→ 49	D001 6	
D001 7	黄体形成ホルモン (LH) 定性 (尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) (尿)	72	→ 72	D001 7	
D001 8	アルブミン定量 (尿)	108	→ <b>105</b>	D001 8	
D001 9	トランスフェリン (尿)	110	→ <b>107</b>	D001 9	
D001 9	ウロポルフィリン (尿)	110	→ <b>108</b>	D001 10	
D001 10	δアミノレブリン酸 (δ-ALA) (尿)	112	→ 112	D001 11	
D001 11	ポリアミン (尿)	115	→ 115	D001 12	
D001 12	ミオイノシトール (尿)	120	→ 120	D001 13	
D001 13	コプロポルフィリン (尿)	143	→ <b>139</b>	D001 14	
D001 14	ポルフォビリノゲン (尿)	191	→ 191	D001 15	
D001 14	総ヨウ素 (尿)	191	→ 191	D001 15	
D001 15	IV型コラーゲン (尿)	200	→ <b>194</b>	D001 16	
- -	シュウ酸 (尿)	-	→ <b>200</b>	D001 17	(新設)
D001 16	L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (尿)	210	→ 210	D001 18	
- -	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿)	-	→ <b>210</b>	D001 18	(新設)
D002	尿沈渣 (鏡検法)	27	→ 27	D002	
D002 注3	染色標本加算	9	→ 9	D002 注3	
D002-2	尿沈渣 (フローサイトメトリー法)	24	→ 24	D002-2	
D003	糞便検査			D003	
D003 1	虫卵検出 (集卵法) (糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 1	ウロビリリン (糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 2	糞便塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 2	
D003 3	虫体検出 (糞便)	23	→ 23	D003 3	
D003 4	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 5	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 6	虫卵培養 (糞便)	40	→ 40	D003 6	
D003 7	糞便中ヘモグロビン	41	→ 41	D003 7	
D003 8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56	→ 56	D003 8	
D003 9	キモトリプシン (糞便)	80	→ -	- -	(削除)
- -	カルプロテクチン (糞便)	-	→ <b>276</b>	D003 9	(新設)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定 (胃液)	15	→ -	- -	(削除)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 1	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 2	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 3	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 4	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 5	
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性 (子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 6	
D004 7	IgE 定性 (涙液)	100	→ 100	D004 6	
D004 8	顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	128	→ <b>125</b>	D004 7	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ (LD) 半定量 (膈分泌液)	170	→ -	- -	(削除)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 8	
D004 11	II型プロコラーゲン-C-プロペプチド (コンドロカリン) (関節液)	300	→ -	- -	(削除)
D004 12	IgG インデックス	439	→ <b>426</b>	D004 9	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D004 13	オリゴクローナルバンド	543 →	538	D004 10	
D004 14	ミエリン塩基性蛋白 (MBP) (髄液)	601 →	593	D004 11	
D004 15	リン酸化タウ蛋白 (髄液)	660 →	641	D004 12	
D004 15	タウ蛋白 (髄液)	660 →	641	D004 12	
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
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-Flil 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	
D004-2 1	ヌ BRAF 遺伝子検査	6,520 →	6,520	D004-2 1	
D004-2 1	ル RAS 遺伝子検査	2,500 →	2,500	D004-2 1	
- -	ヲ ROS1融合遺伝子検査	- →	2,500	D004-2 1	(新設)
D004-2 注	2項目	- →	4,000	D004-2 注	(新設)
D004-2 注	3項目以上	- →	6,000	D004-2 注	(新設)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500 →	2,500	D004-2 2	
<b>(血液学的検査)</b>					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度 (ESR)	9 →	9	D005 1	
D005 2	網赤血球数	12 →	12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15 →	15	D005 3	
D005 3	好酸球 (鼻汁・喀痰)	15 →	15	D005 3	
D005 3	末梢血液像 (自動機械法)	15 →	15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17 →	17	D005 4	
D005 5	末梢血液一般検査	21 →	21	D005 5	
D005 6	末梢血液像 (鏡検法)	25 →	25	D005 6	
D005 6	注 特殊染色加算 (特殊染色ごとに)	27 →	27	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	40 →	40	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	45 →	45	D005 8	
D005 9	ヘモグロビン A1c (HbA1c)	49 →	49	D005 9	
D005 10	自己溶血試験	50 →	50	D005 10	
D005 10	血液粘稠度	50 →	50	D005 10	
D005 11	ヘモグロビン F (HbF)	60 →	60	D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233 →	233	D005 12	
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)	250 →	250	D005 13	
D005 14	骨髓像	837 →	837	D005 14	
D005 14	注 特殊染加算 (特殊染色ごとに)	40 →	40	D005 14	
D005 15	造器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	2,000 →	2,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15 →	15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間 (PT)	18 →	18	D006 2	
D006 2	全血凝固時間	18 →	-	- -	(削除)
D006 2	トロンボテスト	18 →	18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19 →	19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19 →	19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23 →	23	D006 4	
D006 4	フィブリノゲン定量	23 →	23	D006 4	
D006 4	クリオフィブリノゲン	23 →	23	D006 4	
D006 5	トロンビン時間	25 →	25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28 →	28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28 →	28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28 →	28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)	29 →	29	D006 7	
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29 →	-	- -	(削除)
D006 8	血小板凝集能	50 →	50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	64 →	64	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン活性	70 →	70	D006 10	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	→ 70	D006 10	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性	80	→ 80	D006 11	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量	80	→ 80	D006 11	
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量	80	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン	80	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性	80	→ 80	D006 11	
D006 11	$\alpha_1$ -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	93	→ 93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100	→ 100	D006 13	
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	→ 100	D006 13	
D006 13	凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100	→ 100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物 (FgDP)	116	→ -	- -	(削除)
D006 15	Dダイマー定性	131	→ <b>128</b>	D006 14	
D006 16	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	134	→ <b>131</b>	D006 15	
D006 17	Dダイマー半定量	135	→ <b>131</b>	D006 15	
D006 18	von Willebrand 因子 (VWF) 活性	136	→ 136	D006 16	
D006 19	$\alpha_2$ -マクログロブリン	138	→ 138	D006 18	
D006 20	Dダイマー	141	→ <b>137</b>	D006 17	
D006 21	PIVKA-II	143	→ 143	D006 19	
D006 22	凝固因子インヒビター	155	→ <b>152</b>	D006 20	
D006 22	von Willebrand 因子 (VWF) 抗原	155	→ 155	D006 21	
D006 23	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	162	→ 162	D006 22	
D006 24	プロテイン S 抗原	167	→ <b>162</b>	D006 22	
D006 25	プロテイン S 活性	170	→ 170	D006 23	
D006 26	$\beta$ -トロンボグロブリン ( $\beta$ -TG)	177	→ 177	D006 24	
D006 27	血小板第4因子 (PF <sub>4</sub> )	178	→ 178	D006 25	
D006 28	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	191	→ <b>186</b>	D006 26	
D006 29	プロトロンビンフラグメント F1+2	193	→ 193	D006 27	
D006 30	トロンボモジュリン	205	→ 205	D006 28	
D006 31	凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	229	→ 229	D006 29	
D006 32	フィブリンモノマー複合体	233	→ 233	D006 30	
D006 33	プロテイン C 抗原	247	→ <b>246</b>	D006 31	
D006 33	tPA・PAI-1複合体	247	→ 247	D006 32	
D006 34	プロテイン C 活性	255	→ <b>248</b>	D006 33	
D006 35	フィブリノペプチド	300	→ -	- -	(削除)
- -	ADAMTS13活性	-	→ <b>400</b>	D006 34	(新設)
- -	ADAMTS13インヒビター	-	→ <b>600</b>	D006 35	(新設)
D006 注	包括項目：3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目：5項目以上	722	→ 722	D006 注	
D006-2	造血管腫瘍遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D006-2	
D006-3	Major BCR-ABL1			D006-3	
D006-3 1	mRNA 定量 (国際標準値)			D006-3 1	
D006-3 1	イ 診断の補助に用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 1	ロ モニタリングに用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 2	mRNA 定量 (1以外のもの)	1,200	→ 1,200	D006-3 2	
D006-4	遺伝学的検査	3,880	→ -	D006-4	(項目の分割)
- -	処理が容易なもの	-	→ <b>3,880</b>	D006-4 1	
- -	処理が複雑なもの	-	→ <b>5,000</b>	D006-4 2	
- -	処理が極めて複雑なもの	-	→ <b>8,000</b>	D006-4 3	
D006-5	染色体検査 (すべての費用を含む。)	2,712	→ <b>2,631</b>	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	397	→ 397	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→ <b>2,504</b>	D006-6	
D006-7	UDP グルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100	→ 2,100	D006-7	
D006-8	サイトケラチン19 (KRT19) mRNA 検出	2,400	→ 2,400	D006-8	
D006-9	WT1 mRNA	2,520	→ 2,520	D006-9	
D006-10	CCR4タンパク (フローサイトメトリー法)	10,000	→ 10,000	D006-10	
- -	FIP1L1-PDGFR $\alpha$ 融合遺伝子検査	-	→ <b>3,300</b>	D006-11	(新設)
- -	EGFR 遺伝子検査 (血漿)	-	→ <b>2,100</b>	D006-12	(新設)
- -	骨髓微小残存病変量測定	-		D006-13	(新設)
- -	遺伝子再構成の同定に用いるもの	-	→ <b>3,500</b>	D006-13 1	(新設)
- -	モニタリングに用いるもの	-	→ <b>2,100</b>	D006-13 2	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(生化学的検査(I))</b>					
D007	血液化学検査				
D007 1	総ビリルビン	11 →	11	D007 1	(削除)
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11 →	11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11 →	11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11 →	11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11 →	11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11 →	11	D007 1	
D007 1	尿酸	11 →	11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ (ALP)	11 →	11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ (ChE)	11 →	11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)	11 →	11	D007 1	
D007 1	中性脂肪	11 →	11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11 →	11	D007 1	
D007 1	カリウム	11 →	11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11 →	11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11 →	11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11 →	-	-	
D007 1	クレアチン	11 →	11	D007 1	
D007 1	グルコース	11 →	11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)	11 →	11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11 →	11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)	11 →	11	D007 1	
D007 1	クレアチンキナーゼ (CK)	11 →	11	D007 1	
D007 1	アルドラーゼ	11 →	11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11 →	11	D007 1	
D007 1	鉄 (Fe)	11 →	11	D007 1	
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの)	11 →	11	D007 1	
D007 1	不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法)	11 →	11	D007 1	
D007 1	総鉄結合能 (TIBC) (比色法)	11 →	11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15 →	15	D007 2	
D007 3	HDL-コレステロール	17 →	17	D007 3	
D007 3	無機リン及びリン酸	17 →	17	D007 3	
D007 3	総コレステロール	17 →	17	D007 3	
D007 3	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)	17 →	17	D007 3	
D007 3	アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	17 →	17	D007 3	
D007 4	LDL-コレステロール	18 →	18	D007 4	
D007 4	蛋白分画	18 →	18	D007 4	
D007 5	銅 (Cu)	23 →	23	D007 5	
D007 6	リパーゼ	24 →	24	D007 6	
D007 7	イオン化カルシウム	26 →	26	D007 7	
D007 8	マンガン (Mn)	27 →	27	D007 8	
D007 9	ムコ蛋白	29 →	29	D007 9	
D007 10	ケトン体	30 →	30	D007 10	
D007 11	アポリポ蛋白			D007 11	
D007 11	イ 1項目の場合	31 →	31	D007 11	
D007 11	ロ 2項目の場合	62 →	62	D007 11	
D007 11	ハ 3項目以上の場合	94 →	94	D007 11	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32 →	32	D007 12	
D007 13	グアナナーゼ	35 →	35	D007 13	
D007 14	有機モノカルボン酸	47 →	47	D007 14	
D007 14	胆汁酸	47 →	47	D007 14	
D007 15	ALP アイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 15	γ-GT アイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 15	LD アイソザイム	48 →	48	D007 15	
D007 15	重炭酸塩	48 →	48	D007 15	
D007 16	AST アイソザイム	49 →	49	D007 16	
D007 16	リポ蛋白分画	49 →	49	D007 16	
D007 17	アンモニア	50 →	50	D007 17	
D007 18	CK アイソザイム	55 →	55	D007 18	
D007 18	グリコアルブミン	55 →	55	D007 18	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 19	コレステロール分画	57 →	57	D007 19	(新設)
D007 20	ケトン体分画	59 →	59	D007 20	
- -	遊離脂肪酸	- →	59	D007 20	
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (L-CAT)	70 →	70	D007 21	
D007 22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)	80 →	80	D007 22	
D007 22	リポ蛋白分画 (PAG ディスク電気泳動法)	80 →	80	D007 22	
D007 22	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG)	80 →	80	D007 22	
D007 22	グリココール酸	80 →	80	D007 22	
D007 23	CK-MB	90 →	90	D007 23	
D007 24	睪分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)	95 →	95	D007 24	
D007 24	LD アイソザイム 1 型	95 →	95	D007 24	
- -	総カルニチン	- →	95	D007 24	
- -	遊離カルニチン	- →	95	D007 24	
D007 25	ALP アイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	96 →	96	D007 25	
D007 26	リポ蛋白 (a)	107 →	107	D007 26	
D007 27	ヘパリン	108 →	108	D007 27	
D007 28	フェリチン半定量	114 →	111	D007 28	
D007 28	フェリチン定量	114 →	111	D007 28	
D007 28	エタノール	114 →	113	D007 29	
D007 29	ペントシジン	118 →	118	D007 31	
D007 30	心筋トロポニン I	120 →	117	D007 30	
D007 30	KL-6	120 →	117	D007 30	
D007 30	イヌリン	120 →	120	D007 32	
D007 30	心筋トロポニン T (TnT) 定性・定量	120 →	120	D007 32	
D007 31	アルミニウム (Al)	121 →	118	D007 31	
D007 32	シスタチン C	124 →	121	D007 33	
D007 33	リポ蛋白分画 (HPLC 法)	129 →	129	D007 34	
D007 34	肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)	130 →	130	D007 35	
D007 34	ガラクトース	130 →	130	D007 35	
D007 35	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D)	140 →	136	D007 36	
D007 36	血液ガス分析	144 →	140	D007 37	
D007 36	亜鉛 (Zn)	144 →	144	D007 39	
D007 36	プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)	144 →	140	D007 37	
D007 36	Ⅳ型コラーゲン	144 →	143	D007 38	
D007 36	セレン	144 →	144	D007 39	
D007 37	ミオグロビン定性	147 →	143	D007 38	
D007 37	ミオグロビン定量	147 →	143	D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性	147 →	143	D007 38	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量	147 →	143	D007 38	
D007 37	アルブミン非結合型ビリルビン	147 →	143	D007 38	
D007 38	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150 →	150	D007 41	
D007 39	アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)	152 →	148	D007 40	
D007 39	Ⅳ型コラーゲン・7S	152 →	148	D007 40	
D007 39	ビタミン B <sub>12</sub>	152 →	148	D007 40	
D007 40	葉酸	162 →	158	D007 42	
D007 41	ALP アイソザイム (PAG 電気泳動法)	180 →	180	D007 43	
D007 42	ヒアルロン酸	184 →	184	D007 44	
D007 42	心室筋ミオシン軽鎖 I	184 →	184	D007 44	
D007 43	アセトアミノフェン	190 →	190	D007 47	
D007 43	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 1 型 (IGFBP-1) 定性	190 →	185	D007 45	
D007 44	レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	191 →	189	D007 46	
D007 44	トリプシン	191 →	189	D007 46	
D007 45	マロンジアルデヒド修飾 LDL (MDA-LDL)	200 →	200	D007 49	
D007 45	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	200 →	194	D007 48	
D007 46	ホスフォリパーゼ A <sub>2</sub> (PLA <sub>2</sub> )	204 →	204	D007 50	
D007 47	赤血球コプロポルフィリン	210 →	210	D007 51	
D007 48	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	223 →	223	D007 52	
D007 49	肝細胞増殖因子 (HGF)	227 →	227	D007 53	
D007 50	CK アイソフォーム	230 →	-	- -	(削除)
D007 50	プロリルヒドロキシラーゼ (PH)	230 →	-	- -	(削除)



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 51	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250 →	250	D007 54	
D007 51	$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) 定性 (腫分泌液)	250 →	-	- -	(削除)
D007 52	ビタミン B <sub>1</sub>	259 →	253	D007 55	
D007 53	ビタミン B <sub>2</sub>	263 →	256	D007 56	
D007 54	赤血球プロトポルフィリン	280 →	272	D007 57	
D007 55	プロカルシトニン (PCT) 定量	310 →	301	D007 58	
D007 55	プロカルシトニン (PCT) 半定量	310 →	301	D007 58	
D007 55	プレセブシン定量	310 →	301	D007 58	
- -	インフリキシマブ定性	- →	310	D007 59	(新設)
D007 56	ビタミン C	314 →	314	D007 60	
D007 57	1,25-ジヒドロキシビタミン D <sub>3</sub>	400 →	388	D007 61	
- -	25-ヒドロキシビタミン D	- →	400	D007 62	(新設)
D007 注	包括項目: 5項目以上7項目以下	93 →	93	D007 注	
D007 注	包括項目: 8項目又は9項目	99 →	99	D007 注	
D007 注	包括項目: 10項目以上	115 →	112	D007 注	
<b>(生化学的検査(Ⅱ))</b>					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55 →	55	D008 1	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60 →	60	D008 2	
D008 3	ホモバニリン酸 (HVA)	69 →	69	D008 3	
D008 4	バニールマンデル酸 (VMA)	90 →	90	D008 4	
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95 →	95	D008 5	
D008 6	プロラクチン (PRL)	98 →	98	D008 6	
D008 7	レニン活性	103 →	100	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン (T <sub>3</sub> )	108 →	105	D008 8	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)	110 →	107	D008 9	
D008 9	ガストリン	110 →	107	D008 9	
D008 10	レニン定量	111 →	111	D008 11	
D008 11	インスリン (IRI)	112 →	109	D008 10	
D008 12	サイロキシシン (T <sub>4</sub> )	114 →	111	D008 11	
D008 13	成長ホルモン (GH)	117 →	114	D008 12	
D008 13	卵胞刺激ホルモン (FSH)	117 →	114	D008 12	
D008 13	C-ペプチド (CPR)	117 →	114	D008 12	
D008 13	黄体形成ホルモン (LH)	117 →	114	D008 12	
D008 14	アルドステロン	131 →	128	D008 13	
D008 14	テストステロン	131 →	128	D008 13	
D008 15	遊離サイロキシシン (FT <sub>4</sub> )	134 →	130	D008 14	
D008 15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗 GAD 抗体)	134 →	134	D008 15	
D008 15	遊離トリヨードサイロニン (FT <sub>3</sub> )	134 →	130	D008 14	
D008 15	コルチゾール	134 →	130	D008 14	
D008 15	サイロキシシン結合グロブリン (TBG)	134 →	130	D008 14	
D008 16	サイログロブリン	137 →	137	D008 17	
D008 17	脳性 Na 利尿ペプチド (BNP)	140 →	136	D008 16	
D008 17	サイロキシシン結合能 (TBC)	140 →	140	D008 18	
D008 17	脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント (NT-proBNP)	140 →	140	D008 18	
D008 18	カルシトニン	141 →	141	D008 19	
D008 19	ヒト胎盤性ラクトージェン (HPL)	144 →	140	D008 18	
D008 19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン- $\beta$ サブユニット (HCG- $\beta$ )	144 →	140	D008 18	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量	146 →	142	D008 20	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	146 →	142	D008 20	
D008 21	グルカゴン	150 →	150	D008 21	
D008 22	プロゲステロン	159 →	155	D008 22	
D008 23	I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX)	160 →	156	D008 23	
D008 23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	160 →	156	D008 23	
D008 24	骨性アルカリホスファターゼ (BAP)	165 →	161	D008 24	
D008 25	遊離テストステロン	166 →	166	D008 27	
D008 26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	167 →	162	D008 25	
D008 27	インタクト I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact P I NP)	168 →	168	D008 28	
D008 28	I 型コラーゲン架橋 C-テロペプチド- $\beta$ 異性体 ( $\beta$ -CTX) (尿)	169 →	169	D008 29	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 29	オステオカルシン (OC)	170 →	165	D008 26	
D008 29	セクレチン	170 →	170	D008 30	
D008 29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	170 →	170	D008 30	
D008 29	I 型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β 異性体 (β-CTX)	170 →	170	D008 30	
D008 29	I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド (P I NP)	170 →	170	D008 30	
D008 30	サイクリック AMP (cAMP)	175 →	175	D008 31	
D008 31	エストリオール (E <sub>3</sub> )	180 →	180	D008 33	
D008 31	エストロゲン半定量	180 →	180	D008 33	
D008 31	エストロゲン定量	180 →	180	D008 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン関連蛋白 C 端フラグメント (C-PTHrP)	180 →	180	D008 33	
D008 31	副甲状腺ホルモン (PTH)	180 →	175	D008 31	
D008 31	カテコールアミン分画	180 →	175	D008 31	
D008 32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	181 →	176	D008 32	
D008 33	エストラジオール (E <sub>2</sub> )	187 →	182	D008 34	
D008 34	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	194 →	194	D008 36	
D008 35	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	196 →	191	D008 35	
D008 36	17-ケトジェニックスステロイド (17-KGS)	200 →	200	D008 37	
D008 37	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)	206 →	200	D008 37	
D008 37	カテコールアミン	206 →	200	D008 37	
D008 38	エリスロポエチン	209 →	209	D008 38	
D008 39	17-ケトステロイド分画 (17-KS 分画)	213 →	213	D008 39	
D008 39	17α-ヒドロキシprogテストロン (17α-OHP)	213 →	213	D008 39	
D008 39	抗 IA-2抗体	213 →	213	D008 39	
D008 39	プレグナンジオール	213 →	213	D008 39	
D008 40	17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-KGS 分画)	220 →	220	D008 40	
D008 41	メタネフリン	229 →	223	D008 41	
D008 42	ソマトメジン C	230 →	224	D008 42	
D008 43	心房性 Na 利尿ペプチド (ANP)	233 →	227	D008 43	
D008 43	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	233 →	227	D008 43	
D008 44	抗利尿ホルモン (ADH)	235 →	235	D008 44	
D008 45	プレグナントリオール	243 →	240	D008 45	
D008 46	ノルメタネフリン	250 →	250	D008 46	
D008 47	インスリン様成長因子結合蛋白 3 型 (IGFBP-3)	280 →	280	D008 47	
D008 注	包括項目：3 項目以上 5 項目以下	410 →	410	D008 注	
D008 注	包括項目：6 項目又は 7 項目	623 →	623	D008 注	
D008 注	包括項目：8 項目以上	900 →	900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中 BTA	80 →	80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原 (CEA)	108 →	105	D009 2	
D009 3	α-フェトプロテイン (AFP)	110 →	107	D009 3	
D009 3	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	110 →	110	D009 4	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原 (SCC 抗原)	110 →	110	D009 4	
D009 4	DUPAN-2	124 →	121	D009 5	
D009 4	NCC-ST-439	124 →	121	D009 5	
D009 4	CA15-3	124 →	121	D009 5	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)	124 →	124	D009 6	
D009 5	エラスターゼ 1	129 →	129	D009 7	
D009 6	前立腺特異抗原 (PSA)	134 →	130	D009 8	
D009 6	CA19-9	134 →	130	D009 8	
D009 7	CA72-4	146 →	146	D009 10	
D009 7	SPan-1	146 →	146	D009 10	
D009 7	シリアル Tn 抗原 (STN)	146 →	146	D009 10	
D009 7	神経特異エノラーゼ (NSE)	146 →	146	D009 10	
D009 8	PIVKA-II 半定量	147 →	143	D009 9	
D009 8	PIVKA-II 定量	147 →	143	D009 9	
D009 9	塩基性フェトプロテイン (BFP)	150 →	150	D009 12	
D009 9	CA50	150 →	-	-	(削除)
D009 10	シリアル Le <sup>x</sup> -i 抗原 (SLX)	152 →	152	D009 14	
D009 10	CA125	152 →	148	D009 11	
D009 11	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)	155 →	151	D009 13	
D009 11	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)	155 →	151	D009 13	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 12	サイトケラチン8・18 (尿)	160 →	160	D009 16	
D009 13	遊離型 PSA 比 (PSA F/T 比)	162 →	158	D009 15	
D009 14	抗 p53抗体	163 →	163	D009 17	
D009 15	BCA225	165 →	165	D009 18	
D009 16	シアリル Le <sup>x</sup> 抗原 (CSLEX)	170 →	169	D009 20	
D009 16	I 型プロコラーゲン-C-プロペプチド (P I CP)	170 →	-	-	(削除)
D009 16	I 型コラーゲン-C-テロペプチド (I CTP)	170 →	170	D009 21	
D009 16	SP1	170 →	-	-	(削除)
D009 17	サイトケラチン19フラグメント (シフラ)	172 →	167	D009 19	
D009 18	ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP)	175 →	175	D009 22	
D009 19	CA54/61	184 →	184	D009 23	
D009 19	癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT)	184 →	184	D009 23	
D009 20	遊離型フコース (尿)	190 →	-	-	(削除)
D009 20	CA602	190 →	190	D009 24	
D009 20	α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)	190 →	190	D009 24	
D009 21	γ-セミノプロテイン (γ-Sm)	194 →	194	D009 25	
- -	ヒト精巣上体蛋白 4 (HE4)	- →	200	D009 26	(新設)
D009 22	CA130	200 →	-	-	(削除)
D009 22	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント (HCGβ-CF) (尿)	200 →	-	-	(削除)
D009 23	睪癌胎児性抗原 (POA)	220 →	-	-	(削除)
D009 23	可溶性メンテリン関連ペプチド	220 →	220	D009 27	
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)	314 →	314	D009 28	
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液)	314 →	314	D009 28	
D009 25	HER2蛋白 (乳頭分泌液)	320 →	-	-	(削除)
D009 25	HER2蛋白	320 →	320	D009 29	
D009 26	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	451 →	438	D009 30	
D009 注2	包括項目: 2 項目	230 →	230	D009 注2	
D009 注2	包括項目: 3 項目	290 →	290	D009 注2	
D009 注2	包括項目: 4 項目以上	420 →	420	D009 注2	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	糖分析 (尿)	38 →	38	D010 1	
D010 2	結石分析	120 →	120	D010 2	
D010 3	チロシン	200 →	200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	291 →	288	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1 種類につき	304 →	295	D010 5	
D010 5	ロ 5 種類以上	1,212 →	1,212	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350 →	350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	429 →	429	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,176 →	1,176	D010 8	
<b>(免疫学的検査)</b>					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO 血液型	21 →	24	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21 →	24	D011 1	
D011 2	Coombs 試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30 →	34	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34 →	47	D011 2	
D011 3	不規則抗体	159 →	159	D011 4	
D011 4	Rh (その他の因子) 血液型	160 →	156	D011 3	
D011 5	ABO 血液型関連糖転移酵素活性	196 →	191	D011 5	
D011 6	血小板関連 IgG (PA-IgG)	204 →	204	D011 6	
D011 7	ABO 血液型型型	260 →	260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	262 →	262	D011 8	
D011 9	血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM 及び IgA 抗体)	390 →	390	D011 10	
D011 9	血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG 抗体)	390 →	389	D011 9	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応 (STS) 定性	15 →	15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジン 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	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 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 →	-	-	(削除)
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 半定量	34 →	34	D012 5	
D012 5	梅毒血清反応 (STS) 定量	34 →	34	D012 5	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53 →	53	D012 6	
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53 →	53	D012 6	
D012 7	アデノウイルス抗原定性 (糞便)	60 →	60	D012 7	
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60 →	60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原定性 (糞便)	65 →	65	D012 8	
D012 8	ロタウイルス抗原定量 (糞便)	65 →	65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70 →	70	D012 9	
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエ IgG 抗体	70 →	70	D012 9	
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	抗アオキシリボヌクレアーゼ B (ADNaseB) 半定量	100 →	-	-	(削除)
D012 17	抗酸菌抗体定量	116 →	116	D012 16	
D012 17	HIV-1 抗体	116 →	116	D012 16	
D012 17	抗酸菌抗体定性	116 →	116	D012 16	
D012 18	HIV-1,2抗体定性	121 →	118	D012 17	
D012 18	HIV-1,2抗体半定量	121 →	118	D012 17	
D012 18	HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性	121 →	118	D012 17	
D012 18	HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量	121 →	118	D012 17	
D012 19	HIV-1,2抗体定量	127 →	127	D012 18	
D012 20	A 群β溶連菌迅速試験定性	134 →	130	D012 19	
D012 21	ノイラミニダーゼ定性	140 →	-	-	(削除)
D012 22	カンジダ抗原定性	142 →	138	D012 20	
D012 22	カンジダ抗原半定量	142 →	138	D012 20	
D012 22	カンジダ抗原定量	142 →	138	D012 20	
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザ b 型 (Hib) 抗原定性 (尿・髄液)	144 →	140	D012 21	
D012 24	肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)	146 →	146	D012 24	
D012 24	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	146 →	146	D012 24	
D012 24	RS ウイルス抗原定性	146 →	142	D012 22	
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体 (FTA-ABS 試験) 定性	146 →	142	D012 22	
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体 (FTA-ABS 試験) 半定量	146 →	142	D012 22	
D012 25	インフルエンザウイルス抗原定性	147 →	143	D012 23	
D012 26	ノロウイルス抗原定性	150 →	150	D012 25	
D012 26	インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性	150 →	150	D012 25	
D012 26	マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法)	150 →	150	D012 25	
D012 26	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	150 →	150	D012 25	
D012 27	D-アラビニトール	160 →	160	D012 26	
D012 27	クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体	160 →	160	D012 26	
D012 28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	164 →	160	D012 26	
D012 29	アスペルギルス抗原	165 →	164	D012 27	
D012 30	大腸菌 O157抗原定性	170 →	165	D012 28	
D012 30	マイコプラズマ抗原定性 (FA 法)	170 →	170	D012 29	
D012 31	大腸菌 O157抗体定性	175 →	173	D012 30	
D012 32	HTLV-I 抗体	177 →	173	D012 30	
D012 33	淋菌抗原定性	180 →	180	D012 32	
D012 33	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180 →	180	D012 32	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 33	大腸菌血清型別	180 →	180	D012 32	
D012 34	クリプトコックス抗原半定量	184 →	179	D012 31	
D012 34	クリプトコックス抗原定性	184 →	179	D012 31	
D012 35	アデノウイルス抗原定性 (糞便を除く。)	200 →	194	D012 33	
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	200 →	194	D012 33	
D012 36	ブルセラ抗体定性	206 →	206	D012 35	
D012 36	ブルセラ抗体半定量	206 →	206	D012 35	
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	206 →	206	D012 35	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性 (角膜)	210 →	210	D012 36	
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性 (性器)	210 →	210	D012 36	
D012 37	肺炎球菌莢膜抗原定性 (尿・髄液)	210 →	204	D012 34	
D012 37	アニサキス IgG・IgA 抗体	210 →	210	D012 36	
D012 37	レプトスピラ抗体	210 →	-	-	(削除)
D012 38	ツツガムシ抗体半定量	213 →	213	D012 37	
D012 38	(1→3) $\beta$ -D-グルカン	213 →	213	D012 37	
D012 38	ツツガムシ抗体定性	213 →	213	D012 37	
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり)	219 →	218	D012 38	
D012 40	サイトメガロウイルス抗体	220 →	220	D012 39	
D012 41	赤痢アメーバ抗体半定量	223 →	223	D012 40	
D012 42	レジオネラ抗原定性 (尿)	229 →	223	D012 40	
D012 43	デングウイルス抗原定性	233 →	233	D012 41	
-	デングウイルス抗原・抗体同時測定定性	- →	233	D012 41	(新設)
D012 44	水痘ウイルス抗原定性 (上皮細胞)	240 →	240	D012 42	
D012 45	エンドトキシン	257 →	250	D012 43	
D012 46	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270 →	-	-	(削除)
D012 47	HIV-1 抗体 (ウエスタンブロット法)	280 →	280	D012 45	
D012 47	百日咳菌抗体	280 →	272	D012 44	
D012 48	結核菌群抗原定性	291 →	291	D012 46	
D012 49	ダニ特異 IgG 抗体	300 →	-	-	(削除)
D012 49	Weil-Felix 反応	300 →	-	-	(削除)
D012 50	HIV-2 抗体 (ウエスタンブロット法)	380 →	380	D012 47	
D012 51	サイトメガロウイルス pp65抗原定性	398 →	387	D012 48	
D012 52	HTLV-I 抗体 (ウエスタンブロット法及びラインプロット法)	432 →	425	D012 49	(名称の変更)
D012 53	HIV 抗原	600 →	600	D012 50	
D012 54	抗トリコスボロン・アサヒ抗体	900 →	900	D012 51	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs 抗原定性・半定量	29 →	29	D013 1	
D013 2	HBs 抗体定性	32 →	32	D013 2	
D013 2	HBs 抗体半定量	32 →	32	D013 2	
D013 3	HBs 抗原	88 →	88	D013 3	
D013 3	HBs 抗体	88 →	88	D013 3	
D013 4	HBe 抗原	107 →	107	D013 4	
D013 4	HBe 抗体	107 →	107	D013 4	
D013 5	HCV 抗体定性・定量	114 →	111	D013 5	
D013 5	HCV コア蛋白	114 →	111	D013 5	
D013 6	HCV コア抗体	144 →	143	D013 7	
D013 7	HBc 抗体半定量・定量	145 →	141	D013 6	
D013 8	HA-IgM 抗体	146 →	146	D013 8	
D013 8	HA 抗体	146 →	146	D013 8	
D013 8	HBc-IgM 抗体	146 →	146	D013 8	
D013 9	HCV 構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160 →	160	D013 9	
D013 9	HCV 構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160 →	160	D013 9	
D013 10	HE-IgA 抗体定性	210 →	210	D013 10	
D013 11	HCV 血清群別判定	233 →	233	D013 11	
D013 12	HBV コア関連抗原 (HBcrAg)	281 →	274	D013 12	
D013 13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330 →	330	D013 13	
D013 14	HCV 特異抗体価	340 →	340	D013 14	
D013 14	HBV ジェノタイプ判定	340 →	340	D013 14	
D013 注	包括項目：3項目	290 →	290	D013 注	
D013 注	包括項目：4項目	360 →	360	D013 注	
D013 注	包括項目：5項目以上	460 →	447	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 1	寒冷凝集反応	11 →	11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子 (RF) 定量	30 →	30	D014 2	
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37 →	37	D014 3	
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37 →	37	D014 3	
D014 4	Donath-Landsteiner 試験	55 →	55	D014 4	
D014 5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性	108 →	105	D014 5	
D014 5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量	108 →	105	D014 5	
D014 5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	108 →	105	D014 5	
D014 6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)	110 →	110	D014 6	
D014 6	抗インスリン抗体	110 →	110	D014 6	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3)	116 →	116	D014 7	
D014 8	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体定性	120 →	117	D014 8	
D014 8	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体定量	120 →	117	D014 8	
D014 9	抗サイログロブリン抗体	144 →	144	D014 9	
D014 9	抗 RNP 抗体定性	144 →	144	D014 9	
D014 9	抗 RNP 抗体半定量	144 →	144	D014 9	
D014 9	抗 RNP 抗体定量	144 →	144	D014 9	
D014 10	抗 Jo-1 抗体定性	146 →	144	D014 9	
D014 10	抗 Jo-1 抗体半定量	146 →	144	D014 9	
D014 10	抗 Jo-1 抗体定量	146 →	144	D014 9	
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146 →	146	D014 10	
D014 11	抗 Sm 抗体定性	159 →	155	D014 11	
D014 11	抗 Sm 抗体半定量	159 →	155	D014 11	
D014 11	抗 Sm 抗体定量	159 →	155	D014 11	
D014 12	抗 SS-B / La 抗体定性	162 →	161	D014 12	
D014 12	抗 SS-B / La 抗体半定量	162 →	161	D014 12	
D014 12	抗 SS-B / La 抗体定量	162 →	161	D014 12	
D014 12	抗 Scl-70抗体定性	162 →	162	D014 13	
D014 12	抗 Scl-70抗体半定量	162 →	162	D014 13	
D014 12	抗 Scl-70抗体定量	162 →	162	D014 13	
D014 13	抗 SS-A / Ro 抗体定性	165 →	163	D014 14	
D014 13	抗 SS-A / Ro 抗体半定量	165 →	163	D014 14	
D014 13	抗 SS-A / Ro 抗体定量	165 →	163	D014 14	
D014 13	C <sub>1q</sub> 結合免疫複合体	165 →	161	D014 12	
D014 14	抗 RNA ポリメラーゼⅢ抗体	170 →	170	D014 15	
D014 15	抗 DNA 抗体定量	173 →	172	D014 16	
D014 15	抗 DNA 抗体定性	173 →	172	D014 16	
D014 16	抗セントロメア抗体定量	184 →	184	D014 17	
D014 16	抗セントロメア抗体定性	184 →	184	D014 17	
D014 17	抗 ARS 抗体	190 →	190	D014 18	
D014 18	モノクローナル RF 結合免疫複合体	194 →	194	D014 20	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体定性	196 →	191	D014 19	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体半定量	196 →	191	D014 19	
D014 20	IgG 型リウマトイド因子	204 →	203	D014 22	
D014 21	抗ミトコンドリア抗体定量	206 →	200	D014 21	
D014 22	C <sub>3d</sub> 結合免疫複合体	210 →	-	-	(削除)
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210 →	210	D014 23	
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210 →	210	D014 23	
D014 23	抗カルジオリピン β <sub>2</sub> グリコプロテイン I 複合体抗体	223 →	223	D014 25	
D014 23	抗 LKM-1 抗体	223 →	221	D014 24	
D014 24	抗カルジオリピン抗体	239 →	239	D014 27	
D014 24	抗 TSH レセプター抗体 (TRAb)	239 →	232	D014 26	
D014 25	IgG <sub>2</sub> (TIA 法によるもの)	239 →	239	D014 28	
D014 26	抗アスモグレイン 3 抗体	270 →	270	D014 29	
D014 26	抗 BP180-NC16a 抗体	270 →	270	D014 29	
- -	抗 MDA5抗体	- →	270	D014 30	(新設)
- -	抗 TIF1-γ 抗体	- →	270	D014 30	(新設)
- -	抗 Mi-2抗体	- →	270	D014 30	(新設)
D014 27	抗好中球細胞質プロテイナーゼ 3 抗体 (PR3-ANCA)	276 →	275	D014 32	
D014 27	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	276 →	273	D014 31	
D014 28	ループスアンチコアグラント定量	281 →	281	D014 34	
D014 28	抗糸球体基底膜抗体 (抗 GBM 抗体)	281 →	277	D014 33	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 28	ループスアンチコアグラント定性	281 →	281	D014 34	
D014 29	抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290 →	290	D014 35	
D014 30	抗アスモグレイン 1 抗体	300 →	300	D014 36	
D014 31	甲状腺刺激抗体 (TSAAb)	350 →	340	D014 37	
D014 32	IgG <sub>4</sub>	388 →	377	D014 38	
D014 33	IgG <sub>2</sub> (ネフェロメトリー法によるもの)	388 →	388	D014 39	
D014 34	抗 GM1IgG 抗体	460 →	460	D014 40	
D014 34	抗 GQ1bIgG 抗体	460 →	460	D014 40	
D014 35	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗 AChR 抗体)	856 →	847	D014 41	
D014 36	抗グルタミン酸レセプター抗体	970 →	970	D014 42	
D014 37	抗アクアポリン 4 抗体	1,000 →	1,000	D014 43	
D014 37	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000 →	1,000	D014 43	
- -	抗 HLA 抗体 (スクリーニング検査)	- →	1,000	D014 44	(新設)
- -	抗 HLA 抗体 (抗体特異性同定検査)	- →	5,000	D014 45	(新設)
D014 注	包括項目: 2 項目	320 →	320	D014 注	
D014 注	包括項目: 3 項目以上	490 →	490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査				
D015 1	C 反応性蛋白 (CRP) 定性	16 →	16	D015 1	
D015 1	C 反応性蛋白 (CRP)	16 →	16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30 →	30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30 →	30	D015 2	
D015 3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性	34 →	34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34 →	34	D015 3	
D015 4	血清補体価 (CH <sub>50</sub> )	38 →	38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38 →	38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42 →	42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン定量	42 →	42	D015 5	
D015 6	血清アミロイド A 蛋白 (SAA)	47 →	47	D015 6	
D015 7	トランスフェリン (Tf)	60 →	60	D015 7	
D015 8	C <sub>3</sub>	70 →	70	D015 8	
D015 8	C <sub>4</sub>	70 →	70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	90 →	90	D015 9	
D015 10	非特異的 IgE 半定量	100 →	100	D015 10	
D015 10	非特異的 IgE 定量	100 →	100	D015 10	
D015 11	特異的 IgE 半定量・定量	110 →	110	D015 12	
D015 11	β <sub>2</sub> -マイクログロブリン	110 →	107	D015 11	
D015 11	トランスサイレチン (プレアルブミン)	110 →	107	D015 11	
D015 12	レチノール結合蛋白 (RBP)	140 →	136	D015 13	
D015 13	α <sub>1</sub> -マイクログロブリン	144 →	140	D015 14	
D015 13	ハプトグロビン (型補正を含む。)	144 →	140	D015 14	
D015 14	C <sub>3</sub> プロアクチベータ	160 →	160	D015 16	
- -	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	- →	170	D015 17	(新設)
D015 15	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)	163 →	159	D015 15	
D015 16	ヘモベキシン	180 →	180	D015 18	
D015 17	APR スコア定性	191 →	191	D015 20	
D015 18	アトピー鑑別試験定性	194 →	194	D015 21	
D015 18	TARC	194 →	189	D015 19	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液)	204 →	204	D015 23	
D015 20	Bence Jones 蛋白同定 (尿)	209 →	203	D015 22	
D015 21	免疫電気泳動法 (同一検体に対して一連につき)	210 →	-	- -	(削除)
- -	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	- →	230	D015 24	(新設)
D015 22	C <sub>1</sub> インアクチベータ	276 →	276	D015 25	
D015 23	免疫グロブリン L 鎖 κ/λ 比	330 →	330	D015 26	
D015 24	免疫グロブリン遊離 L 鎖 κ/λ 比	400 →	400	D015 27	
D015 25	結核菌特異的インターフェロン-γ 産生能	630 →	630	D015 28	
D016	細胞機能検査				
D016 1	B 細胞表面免疫グロブリン	165 →	161	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200 →	200	D016 3	
D016 2	T 細胞サブセット検査 (一連につき)	200 →	194	D016 2	
D016 3	T 細胞・B 細胞百分率	204 →	204	D016 4	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき)	220 →	220	D016 5	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 6	(項目の分割)
D016 6	リンパ球刺激試験 (LST)	345	→ -	D016 7	
- -	イ 1 薬剤	-	→ 345	D016 7	
- -	ロ 2 薬剤	-	→ 425	D016 7	
- -	ハ 3 薬剤以上	-	→ 515	D016 7	
<b>(微生物学的検査)</b>					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	61	→ 61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査				(新設)
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	180	→ 180	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	210	→ 210	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	170	→ 170	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	160	→ 160	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	118	→ 115	D018 注1	
- -	質量分析装置加算	-	→ 40	D018 注2	
D019	細菌薬剤感受性検査				
D019 1	1 菌種	170	→ 170	D019 1	
D019 2	2 菌種	220	→ 220	D019 2	
D019 3	3 菌種以上	280	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査				
D020 1	抗酸菌分離培養 (液体培地法)	280	→ 280	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養 (それ以外のもの)	210	→ 204	D020 2	
D021	抗酸菌同定 (種目数にかかわらず一連につき)	370	→ 361	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく)	380	→ 380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査				(新設)
D023 1	細菌核酸検出 (白血球) (1 菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	204	→ 204	D023 2	
D023 3	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	286	→ 286	D023 4	
D023 4	HBV 核酸定量	287	→ 279	D023 3	
D023 4	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	287	→ 450	D023 12	
D023 5	レジオネラ核酸検出	292	→ 292	D023 5	
D023 6	マイコプラズマ核酸検出	300	→ 300	D023 6	
- -	EB ウイルス核酸定量	-	→ 310	D023 7	
D023 7	HCV 核酸検出	360	→ 360	D023 8	
D023 7	HPV 核酸検出	360	→ 360	D023 8	
D023 7	HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	360	→ 360	D023 8	
- -	百日咳菌核酸検出	-	→ 360	D023 8	
D023 8	インフルエンザ核酸検出	410	→ 410	D023 9	
D023 8	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 9	
D023 8	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 9	
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー (MAC) 核酸検出	421	→ 421	D023 10	
D023 10	HCV 核酸定量	450	→ 437	D023 11	
D023 10	HBV 核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 12	
D023 10	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 12	
D023 10	SARS コロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 12	
D023 10	HTLV-1 核酸検出	450	→ 450	D023 12	
D023 11	HIV-1 核酸定量	520	→ 520	D023 13	
D023 11	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 13	
D023 12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
D023 12	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
D023 12	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850	→ 850	D023 14	
- -	サイトメガロウイルス核酸検出	-	→ 850	D023 14	
- -	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	-	→ 1,700	D023 15	
D023 13	HPV ジェノタイプ判定	2,000	→ 2,000	D023 16	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 14 -	HIV ジェノタイプ薬剤耐性 迅速微生物核酸同定・定量検査加算	6,000 →	6,000	D023 17 D023 注	(新設)
D023-2 D023-2 1 D023-2 2 D023-2 3 D023-2 4	その他の微生物学的検査 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性 尿素呼気試験 (UBT) 腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒 (TDH) 定性 大腸菌ペロトキシン定性	55 → 70 → 150 → 194 →	55 70 - 194	D023-2 1 D023-2 2 - D023-2 3	(削除)
D024	動物使用検査	170 →	170	D024	
<b>(基本的検体検査実施料)</b>					
D025 D025 1 D025 2	基本的検体検査実施料 (1日につき) 入院の日から起算して4週間以内の期間 入院の日から起算して4週間を超えた期間	140 → 110 →	140 110	D025 D025 1 D025 2	
<b>第2款 検体検査判断料</b>					
D026 D026 1 D026 2 D026 3 D026 4 D026 5 D026 6 D026 注3 D026 注3 D026 注3 D026 注3 D026 注4 D026 注5 D026 注6 D026 注7 D027	検体検査判断料 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 免疫学的検査判断料 微生物学的検査判断料 検体検査管理加算 (I) 検体検査管理加算 (II) 検体検査管理加算 (III) 検体検査管理加算 (IV) 注 国際標準検査管理加算 遺伝カウンセリング加算 骨髓像診断加算 免疫電気泳動法診断加算 基本的検体検査判断料	34 → 125 → 144 → 144 → 144 → 150 → 40 → 100 → 300 → 500 → 40 → 500 → 240 → 50 → 604 →	34 125 144 144 144 150 40 100 300 500 40 1,000 240 50 604	D026 1 D026 2 D026 3 D026 4 D026 5 D026 6 D026 注3 D026 注3 D026 注3 D026 注3 D026 注4 D026 注5 D026 注6 D026 注7 D027	
<b>第2節 削除</b>					
<b>第3節 生体検査料</b>					
<b>(呼吸循環機能検査等)</b>					
D200 D200 1 D200 2 D200 3 D200 4 D200 5 D201 D201 1 D201 1 D201 1 D201 1 D201 2 D202 D202 1 D202 2 D203 D203 1 D203 2 D204 D205 D206 D206 1 D206 2 D206 注1 D206 注1 D206 注1 D206 注1 D206 注2 D206 注2 D206 注2 D206 注2	スパイログラフィー等検査 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。) フローボリュームカーブ (強制呼出曲線を含む。) 機能的残気量測定 呼気ガス分析 左右別肺機能検査 換気力学的検査 呼吸抵抗測定 イ 広域周波オシレーション法を用いた場合 ロ その他の場合 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 肺内ガス分布 指標ガス洗い出し検査 クロージングボリューム測定 肺胞機能検査 肺拡散能力検査 死腔量測定、肺内シャント検査 基礎代謝測定 呼吸機能検査等判断料 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について) 右心カテーテル 左心カテーテル 1 新生児加算 1 乳幼児加算 2 新生児加算 2 乳幼児加算 円孔・欠損孔加算 ブロッケンブロー加算 伝導機能検査加算	90 → 100 → 140 → 100 → 1,010 → 150 → 60 → 135 → 135 → 135 → 135 → 85 → 140 → 3,600 → 4,000 → 10,800 → 3,600 → 12,000 → 4,000 → 800 → 2,000 → 200 →	90 100 140 100 1,010 150 60 135 135 135 85 140 3,600 4,000 10,800 3,600 12,000 4,000 800 2,000 200	D200 D200 1 D200 2 D200 3 D200 4 D200 5 D201 D201 1 D201 1 D201 1 D201 2 D202 D202 1 D202 2 D203 D203 1 D203 2 D204 D205 D206 D206 1 D206 2 D206 注1 D206 注1 D206 注1 D206 注1 D206 注2 D206 注2 D206 注2 D206 注2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D206 注2	ヒス束心電図加算	200 →	200	D206 注2	(新設)
D206 注2	診断ペーシング加算	200 →	200	D206 注2	
D206 注2	期外刺激法加算	600 →	600	D206 注2	
- -	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	- →	<b>600</b>	D206 注2	
D206 注2	冠動脈造影加算	1,400 →	1,400	D206 注2	
D206 注3	血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算	400 →	400	D206 注3	
D206 注4	冠動脈血流予備能測定検査加算	600 →	600	D206 注4	
D206 注5	血管内視鏡検査加算	400 →	400	D206 注5	
D206 注9	心腔内超音波検査加算	400 →	400	D206 注9	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60 →	60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60 →	60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100 →	100	D207 2	
D207 2	皮膚灌流圧測定	100 →	100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100 →	100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定 (色素希釈法によるもの)	100 →	100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100 →	100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150 →	150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150 →	150	D207 3	
D207 3	循環血流量測定 (色素希釈法以外によるもの)	150 →	150	D207 3	
D207 3	脳循環測定 (色素希釈法によるもの)	150 →	150	D207 3	
D207 3	注1 心拍出量測定加算	1,300 →	1,300	D207 3	
D207 4	血管内皮機能検査 (一連につき)	200 →	200	D207 4	
D207 5	脳循環測定 (笑気法によるもの)	1,350 →	1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130 →	130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150 →	150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150 →	150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150 →	150	D208 3	
D208 4	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200 →	200	D208 4	
D208 5	その他 (6誘導以上)	90 →	90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320 →	<b>380</b>	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時間を越えた場合	1,500 →	<b>1,750</b>	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	1,200 →	<b>1,400</b>	D211	
D211 注3	連続呼気ガス分析加算	200 →	<b>520</b>	D211 注3	
D211-2	喘息運動負荷試験	800 →	800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	200 →	200	D211-3	
D211-4	シャトルウォーキングテスト	200 →	200	D211-4	
D212	リアルタイム解析型心電図	500 →	<b>600</b>	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500 →	500	D212-2	
D213	心音図検査	150 →	150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	1検査	60 →	60	D214 1	
D214 2	2検査	80 →	80	D214 2	
D214 3	3又は4検査	130 →	130	D214 3	
D214 4	5又は6検査	180 →	180	D214 4	
D214 5	7検査以上	220 →	220	D214 5	
D214 6	血管伸展性検査	100 →	100	D214 6	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260 →	260	D214-2	
<b>(超音波検査等)</b>					
D215	超音波検査 (記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150 →	150	D215 1	
D215 2	断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸部部	530 →	530	D215 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	ロ 下肢血管	-	→ 450	D215 2	(新設)
D215 2	ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 300	D215 3	
- -	注2 胎児心エコー法診断加算	-	→ 700	D215 3	(新設)
D215 3	ホ 負荷心エコー法	1,680	→ 2,010	D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 4,290	D215 5	
D215 注1	造影剤使用加算	150	→ 180	D215 注1	
D215 注2	パルスドプラ法加算	200	→ 200	D215 注2	
D215 注7	微小栓子シグナル加算	150	→ 150	D215 注7	
D215-2	肝硬度測定	200	→ 200	D215-2	
D215-3	超音波エラストグラフィ	200	→ 200	D215-3	
D216	サーモグラフィ検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査			D216-2	
D216-2 1	超音波検査によるもの	55	→ 55	D216-2 1	
D216-2 2	導尿によるもの	45	→ 45	D216-2 2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
D217 1	注 大腿骨同時撮影加算	90	→ 90	D217 1	
D217 2	MD法	140	→ 140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	→ 140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	→ 80	D217 3	
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	→ 480	D218 1	
D218 2	1時間を越え1時間30分以内の場合	550	→ 660	D218 2	
D218 3	1時間30分を越えた場合	700	→ 840	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時間を越えた場合(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日を越え14日以内の場合	130	→ 130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を越えた場合	50	→ 50	D220 2	
D221	削除				
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	620	→ 620	D221-2	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	→ 100	D222 1	
D222 2	5時間を越えた場合(1日につき)	600	→ 600	D222 2	
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定(1日につき)	100	→ 100	D222-2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	→ 30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	→ 100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	→ 100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	1時間を越えた場合(1日につき)	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→ 100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→ 200	D225-3	
D225-4	ヘッドアップティルト試験	980	→ 980	D225-4	
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	→ 120	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	→ 240	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	

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		
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 →	<b>600</b>	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 →	<b>180</b>	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合（1日につき）	450 →	<b>540</b>	D230 2	
D230 注1	バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算	1,300 →	1,300	D230 注1	
D231	人工臓器検査（一連につき）	5,000 →	5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700 →	700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650 →	<b>780</b>	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800 →	800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200 →	1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間 pH 測定	1,300 →	1,300	D234	
<b>(脳波検査等)</b>					
D235	脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）	600 →	<b>720</b>	D235	
D235 注1	賦活検査加算	250 →	250	D235 注1	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	500 →	500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）			D235-3	
D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	3,500 →	3,500	D235-3 1	
D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査 2	900 →	900	D235-3 2	
D236	脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670 →	<b>804</b>	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670 →	<b>804</b>	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 →	<b>804</b>	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800 →	<b>960</b>	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 →	<b>3,960</b>	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験（MSLT）	5,000 →	5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料			D238	
D238 1	脳波検査判断料 1	350 →	350	D238 1	
D238 2	脳波検査判断料 2	180 →	180	D238 2	
<b>(神経・筋検査)</b>					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図（1肢につき（針電極にあっては1筋につき））	300 →	300	D239 1	
D239 2	誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき）	150 →	<b>200</b>	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 →	<b>800</b>	D239 3	
D239 注1	複数神経	150 →	150	D239 注1	
D239-2	電流知覚閾値測定（一連につき）	200 →	200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	450 →	<b>500</b>	D239-3	
D239-4	全身温熱発汗試験	600 →	600	D239-4	
D239-5	精密知覚機能検査	280 →	280	D239-5	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）	130 →	130	D240 1	
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130 →	130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）	200 →	200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	180 →	180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D242 1	膀胱内圧測定	260 →	260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260 →	260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205 →	205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310 →	310	D242 4	
<b>(耳鼻咽喉科学的検査)</b>					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350 →	350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	350 →	350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350 →	350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350 →	350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110 →	110	D244 3	
D244 3	ロ その他（種目数にかかわらず一連につき）	40 →	40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 →	400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 →	400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）	400 →	400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	150 →	150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1 回目	1,300 →	1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2 回目以降	700 →	700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300 →	300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100 →	100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	290 →	290	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	340 →	340	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450 →	450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450 →	450	D247 4	
D247 5	耳音響放射（OAE）検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射（SOAE）	100 →	100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300 →	300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450 →	450	D248	
D249	蝸電図	750 →	750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査（一連につき）	20 →	20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査（1 種目につき）	120 →	120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査			D250 3	
D250 3	イ 赤外線 CCD カメラ等による場合	300 →	300	D250 3	
D250 3	ロ その他の場合	140 →	140	D250 3	
D250 4	電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により 4 誘導以上の記録を行った場合	400 →	400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260 →	260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250 →	250	D250 5	
D250 5	下肢加重検査	250 →	250	D250 5	
D250 5	フォースプレート分析	250 →	250	D250 5	
D250 5	動作分析検査	250 →	250	D250 5	
D250 注	パワー・ベクトル分析加算	200 →	200	D250 注	
D250 注	刺激又は負荷加算	120 →	120	D250 注	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコーピー	450 →	450	D251 1	
D251 2	音響分析	450 →	450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450 →	450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40 →	40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450 →	450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45 →	45	D253 2	
D254	電気味覚検査（一連につき）	300 →	300	D254	
<b>(眼科学的検査)</b>					
D255	精密眼底検査（片側）	56 →	56	D255	
D255 2	汎網膜硝子体検査（片側）	150 →	150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	- →	-	D256 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		
D256 1	イ アナログ撮影	54 →	54	D256 1	
D256 1	ロ デジタル撮影	58 →	58	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400 →	400	D256 2	
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510 →	510	D256 3	
D256 注2	広角眼底撮影加算	100 →	100	D256 注2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200 →	200	D256-2	
- -	光干渉断層血管撮影	- →	<b>400</b>	D256-3	(新設)
D257	細隙燈顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部)	112 →	112	D257	
D258	網膜電位図 (ERG)	230 →	230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査 (多局所網膜電位図)	500 →	500	D258-2	
D259	精密視野検査 (片側)	38 →	38	D259	
D260	量的視野検査 (片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195 →	195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	290 →	290	D260 2	
D261	屈折検査	- →	-	D261	
D261 1	6歳未満の場合	69 →	69	D261 1	
D261 2	1以外の場合	69 →	69	D261 2	
D262	調節検査	70 →	70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方箋の交付を行う場合	69 →	69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69 →	69	D263 2	
- -	コントラスト感度検査	- →	<b>207</b>	D263-2	(新設)
D264	精密眼圧測定	82 →	82	D264	
D264 注	負荷測定加算	55 →	55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84 →	84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	105 →	105	D265-2	
D266	光覚検査	42 →	42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70 →	70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	48 →	48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	48 →	48	D268	
D269	眼球突出度測定	38 →	38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150 →	150	D269-2	
D270	削除			D270	
D270-2	ロービジョン検査判断料	250 →	250	D270-2	
D271	角膜知覚計検査	38 →	38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	48 →	48	D272	
D272	立体視検査 (三杆法又はステレオテスト法による)	48 →	48	D272	
D272	網膜対応検査 (残像法又はバゴリニ線條試験による)	48 →	48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査 (前眼部)	48 →	48	D273	
D274	前房隅角検査	38 →	38	D274	
- -	前眼部三次元画像解析	- →	<b>265</b>	D274-2	(新設)
D275	圧迫隅角検査	76 →	76	D275	
- -	前房水漏出検査	- →	<b>149</b>	D275-2	(新設)
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42 →	42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100 →	100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38 →	38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38 →	38	D277	
- -	涙道内視鏡検査	- →	<b>640</b>	D277-2	(新設)
D278	眼球電位図 (EOG)	260 →	260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160 →	160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160 →	160	D280	
D281	瞳孔機能検査 (電子瞳孔計使用)	160 →	160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38 →	38	D282	
D282-2	行動観察による視力検査			D282-2	
D282-2 1	PL (Preferential Looking) 法	100 →	100	D282-2 1	
D282-2 2	乳幼児視力測定 (テラーカード等によるもの)	60 →	60	D282-2 2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200 →	200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	180 →	180	D282-3 2	
D282-3 3	コンタクトレンズ検査料3	56 →	56	D282-3 3	
D282-3 4	コンタクトレンズ検査料4	50 →	50	D282-3 4	

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		
<b>(皮膚科学的検査)</b>					
D282-4	ダーモスコピー	72	→ 72	D282-4	
<b>(臨床心理・神経心理検査)</b>					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D283 2	
D283 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D283 3	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	
<b>(負荷試験等)</b>					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1,280	→ 1,280	D286-2	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	イ 成長ホルモン (GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ ゴナドトロピン (LH 及び FSH) (一連として月 1 回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン (TSH) (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン (PRL) (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鈣質コルチコイド (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月 1 回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中 C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	睘機能テスト (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	
<b>(ラジオアイソトープを用いた諸検査)</b>					

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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（ハバトグラム）	575 →	575	D293 2	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110 →	110	D294	
<b>(内視鏡検査)</b>					
D295	関節鏡検査（片側）	600 →	<b>720</b>	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190 →	190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220 →	220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき）	600 →	600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600 →	<b>720</b>	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコープ	600 →	600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240 →	240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査（片側）	1,000 →	1,000	D300-2	
D301	削除			D301	
D302	気管支ファイバースコープ	2,500 →	2,500	D302	
D302 注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算	200 →	200	D302 注	
- -	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	- →	<b>320</b>	D302-2	(新設)
D303	胸腔鏡検査	6,000 →	<b>7,200</b>	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000 →	7,000	D304	
D305	削除			D305	
D306	食道ファイバースコープ	800 →	800	D306	
D306 注1	粘膜点墨法加算	60 →	60	D306 注1	
D306 注2	狭帯域光強調加算	200 →	200	D306 注2	
D307	削除				
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140 →	1,140	D308	
D308 注1	胆管・膵管造影法加算	600 →	600	D308 注1	
D308 注2	粘膜点墨法加算	60 →	60	D308 注2	
D308 注3	胆管・膵管鏡加算	600 →	<b>2,800</b>	D308 注3	
D308 注4	狭帯域光強調加算	200 →	200	D308 注4	
D309	胆道ファイバースコープ	1,400 →	<b>4,000</b>	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 →	<b>7,800</b>	D310 1	
D310 2	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000 →	<b>5,000</b>	D310 2	
D310 3	カプセル型内視鏡によるもの	1,700 →	1,700	D310 3	
D310 4	その他のもの	1,700 →	1,700	D310 4	
D310 注2	粘膜点墨法加算	60 →	60	D310 注2	
D310-2	消化管通過性検査	600 →	600	D310-2	
D311	直腸鏡検査	300 →	300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200 →	200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコープ	550 →	550	D312	
D312 注	粘膜点墨法加算	60 →	60	D312	
D313	大腸内視鏡検査			D313	
D313 1	ファイバースコープによるもの			D313 1	
D313 1	イ S 状結腸	900 →	900	D313 1	
D313 1	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350 →	1,350	D313 1	
D313 1	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550 →	1,550	D313 1	
D313 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,550 →	1,550	D313 2	
D313 注1	粘膜点墨法加算	60 →	60	D313 注1	
D313 注2	狭帯域光強調加算	200 →	200	D313 注2	
D314	腹腔鏡検査	1,800 →	<b>2,160</b>	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800 →	<b>2,160</b>	D315	
D316	クルドスコープ	400 →	400	D316	



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		
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	950	→ 950	D317	
D317 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317 注	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
D317-2 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317-2 注	
D318	尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの） （両側）	1,000	→ 1,200	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコープ（片側）	1,500	→ 1,800	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→ 220	D320	
D321	コルボスコピー	210	→ 210	D321	
D322	子宮ファイバースコープ	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 960	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 2,040	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
D325 注1	新生児加算	10,800	→ 10,800	D325 注1	
D325 注1	乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D325 注1	
<b>第4節 診断穿刺・検体採取料</b>					
D400	血液採取（1日につき）			D400	
D400 1	静脈	25	→ 30	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注2	乳幼児加算	20	→ 25	D400 注2	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220	→ 220	D403	
D403 注	乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髓穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髓生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺（片側）	100	→ 100	D405	
D405 注	乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺（片側）	60	→ 60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）	180	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス嚢穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検（片側）			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検（片側）			D410	
D410 1	生検針によるもの	650	→ 650	D410 1	
D410 2	その他	200	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法（1臓器につき）	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	4,000	→ 4,800	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,800	D415	
D415 注1	ガイドシース加算	500	→ 500	D415 注1	
D415 注2	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→ 1,000	D415 注2	
D415-2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）	5,500	→ 5,500	D415-2	
-	経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）	-	→ 5,500	D415-3	（新設）
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの（腎を含む。）	5,550	→ 5,550	D416 2	

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		
D416 注	乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。）	500	→ 500	D417 1	（名称の変更） （新設）
- -	筋肉（心筋を除く。）	-	→ 1,500	D417 2	
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 4,600	D417 3	
D417 3	眼			D417 4	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 4	
D417 3	ロ その他（前眼部を含む。）	350	→ 350	D417 4	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 5	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 6	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 7	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 8	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 9	
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 10	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 11	
D417 11	精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）	400	→ 400	D417 12	
D417 12	末梢神経	620	→ 1,620	D417 13	
D417 13	心筋	5,000	→ 6,000	D417 14	
D417 注	乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取（一連につき）	180	→ 210	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取（1日につき）	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 420	D419 4	
D419 5	副腎静脈サンプリング（一連につき）	4,800	→ 4,800	D419 5	
D419 6	鼻腔・咽頭拭い液採取	5	→ 5	D419 6	
- -	眼内液（前房水・硝子体液）検査	-	→ 1,000	D419-2	〈新設〉

### 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
D012 52	HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法）	D012 49	HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインプロット法）

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

### 第3部 検査(2) (新設、注の追加・見直し等)

※全体の点数改正等は(1)を参照

項 目	現 行	改 正
<b>第1節 検体検査料</b>		
<b>第1款 検体検査実施料</b>		
<b>D004-2 悪性腫瘍組織検査</b> 【注の追加】	(追加)	注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、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 2項目 4,000点 ロ 3項目以上 6,000点
<b>D006 出血・凝固検査</b> 【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 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 722点	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33までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 722点
<b>【新設】</b>	(新設)	<b>D006-13 骨髓微小残存病変量測定</b> 1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,500点 2 モニタリングに用いるもの 2,100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。
<b>D008 内分泌学的検査</b> 【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)	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)
<b>D009 腫瘍マーカー</b> 【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)	注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ～ハ (略)
<b>D012 感染症免疫学的検査</b> 【注の追加】	(追加)	41 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。
<b>D014 自己抗体検査</b> 【注の見直し】	注 本区分の9から14まで及び17に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	注1 本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。 注2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。
【注の追加】	(追加)	
<b>D018 細菌培養同定検査</b> 【注の追加】	(追加)	注2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分

項 目	現 行	改 正
<p><b>D023 微生物核酸同定・定量検査</b> 【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>7 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p>	<p>析装置加算として、40点を所定点数に加算する。</p> <p>8 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腔部）切除術若しくは区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）を行った患者に対して行った場合に限り算定する。</p> <p>15 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。</p> <p>注 5、6、8（百日咳菌核酸検出に限る。）又は9（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。</p>
<p><b>第2款 検体検査判断料</b> <b>D026 検体検査判断料</b> 【注の見直し】</p>	<p>注7 区分番号D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。</p>	<p>注7 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、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。</p>
<p><b>第3節 生体検査料</b> 【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p><b>D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）</b> 【項目の見直し】</p>	<p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80又は100分の50に相当する点数を加算する。 イ～タ（略）</p> <p>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。</p> <p>3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。 イ～タ（略）</p> <p>2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p> <p>3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 300点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。 注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
D231-2 皮下連続式グルコース測定（一連につき） 【注の追加】  <b>【新設】</b>  <b>【新設】</b>  <b>【新設】</b>  <b>【新設】</b>	（追加）  （新設）  （新設）  （新設）  （新設）	注2 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する。  <b>D256-3 光干渉断層血管撮影</b> 400点 注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D256に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。  <b>D263-2 コントラスト感度検査</b> 207点 注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。  <b>D274-2 前眼部三次元画像解析</b> 265点 注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号D265-2に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号D274に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。  <b>D275-2 前房水漏出検査</b> 149点 注 緑内障濾過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。
D282-4 ダーモスコピー 【注の追加】	（追加）	注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。

## 第2章 特掲診療料 第4部 画像診断

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ 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、時間外緊急院内画像診断加算として</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>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又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。</p> <p>6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</p>

項 目	現 行	改 正
【通則の見直し】	<p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出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。</p>	<p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。</p>
<p><b>第1節 エックス線診断料</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 単純撮影の場合 57点</p> <p>ロ 特殊撮影の場合 58点</p> <p>ハ 造影剤使用撮影の場合 66点</p> <p>ニ 乳房撮影の場合 54点</p> <p>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。</p> <p><b>E000 透視診断</b> 110点</p> <p><b>E001 写真診断</b></p> <p>1 単純撮影</p>	<p>→ 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、電子画像管理加算として、<u>前3号</u></p>

項 目	現 行	改 正
	イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85点	
	ロ その他 43点	
	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。	
	<b>E002 撮影</b>	
	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。	→ <u>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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として</u>
	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。	→ <u>脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に</u>
	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ープの所定点数（加算を含む。）により算定する。	
	<b>E003 造影剤注入手技</b>	
	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	
	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。	
	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 気管支ファイバースコープ挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイ	



項 目	現 行	改 正
	<p>バースコピーの所定点数</p> <p>ロ 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</p> <p>6 腔内注入及び穿刺注入</p> <p>イ 注腸 300点</p> <p>ロ その他のもの 120点</p> <p>7 嚥下造影 240点</p> <p><b>E004 基本的エックス線診断料(1日につき)</b></p> <p>1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55点</p> <p>2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>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。</p>	
<p><b>第2節 核医学診断料</b></p>	<p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム(画像を伴わないもの)の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 <u>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。</u></p> <p><b>E100 シンチグラム(画像を伴うもの)</b></p> <p>1 部分(静態)(一連につき) 1,300点</p> <p>2 部分(動態)(一連につき) 1,800点</p> <p>3 全身(一連につき) 2,200点</p> <p>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。</p> <p>注2 <u>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。</u></p> <p>注3 <u>新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)</u>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</p>	<p>→ <u>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、電子画像管理加算として</u></p> <p>→ <u>甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として</u></p> <p>→ <u>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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>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。</p> <p><b>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）</b> 1,800点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>E101-2 ポジトロン断層撮影</b></p> <p>1 <sup>15</sup>O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 <sup>18</sup>F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>3 <sup>13</sup>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</p> <p>注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入、<sup>18</sup>F D Gの合成及び注入並びに<sup>13</sup>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。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p><b>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）</b></p> <p>1 <sup>15</sup>O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点</p> <p>2 <sup>18</sup>F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点</p> <p>注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入並びに<sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p><b>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）</b> 9,160点</p> <p>注1 <sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>→ 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として</p> <p>→ 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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として</p> <p>→ 負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として</p> <p>9,000点</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p><b>E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影</b> 4,000点</p> <p>注1 <sup>18</sup>F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p><b>E102 核医学診断</b></p> <p>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</p> <p>2 1 以外の場合 370点</p> <p>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。</p>	
<p><b>第3節 コンピューター断層撮影診断料</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3 <u>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。</u></p> <p>4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して<u>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。</u></p> <p><b>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）</b> （一連につき）</p> <p>1 CT撮影</p>	<p>→ <u>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、電子画像管理加算として</u></p> <p>→ <u>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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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</p> <p>ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 <u>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。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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を満たす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。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注8 CT撮影のイの(1)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p> <p><b>E201 非放射性キセノン脳血流動態検査</b> 2,000点</p> <p>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。</p>	<p>→ <u>CT撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合</p> <p>イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点</p> <p>ロ その他の場合 1,600点</p> <p>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</p> <p>3 1又は2以外の場合 900点</p> <p>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。</p> <p>注2 1、2及び3を同時に行った場合には、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p> <p>E 203 コンピューター断層診断 450点</p> <p>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。</p>	<p>→ 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、造影剤使用加算として</p> <p>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、400点を所定点数に加算する。</p> <p>→ 1のイについては</p> <p>注7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。</p> <p>注8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>第4節 薬剤料</b></p>	<p><b>E300 薬剤</b>  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。</p>	
<p><b>第5節 特定保険医療材料料</b></p>	<p><b>E400 フィルム</b>  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。</p> <p><b>E401 特定保険医療材料（フィルムを除く。）</b>  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。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第5部 投薬

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">〈新設〉</p> <p style="text-align: right;">〈新設〉</p>	<p>→ 処方箋</p> <p>→ 処方箋</p> <p>4 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、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 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、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、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、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>
<p><b>第1節 調剤料</b></p>	<p><b>F000 調剤料</b></p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">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</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>→ 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として</p> <p>→ 、それぞれ所定点数に</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>第2節 処方料</b></p> <p><b>F100 処方料</b></p> <p>【項目の見直し】</p> <p><b>F100 処方料</b></p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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日以上の場合、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。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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。</p> <p>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</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>F100 処方料</b></p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずるものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>→ 覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に</p> <p>→ 乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に</p> <p>→ 特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>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日以上の場合、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>→ 1処方につき70点を所定点数に</p> <p>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</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずるものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>→ 覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に</p> <p>→ 乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に</p> <p>→ 特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>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日以上の場合、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>→ 1処方につき70点を所定点数に</p> <p>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</p>



項 目	現 行	改 正										
<p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>注10 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3点</p> <p>(追加)</p>	<p>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40に相当する点数により算定する。</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点</p> <p>注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>										
<p><b>第3節 薬剤料</b></p> <p><b>F200 薬剤</b></p>	<p><b>F200 薬剤</b></p> <p>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に1点を加算する。</p> <table border="0" data-bbox="452 1400 713 1535"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td>浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td>屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> <tr> <td>外用薬</td> <td>1調剤</td> </tr> </table> <p>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</p>	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	<p>→ <u>1点を所定点数に</u></p>
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											

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上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。</p> <p>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。</p> <p>注6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>注7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。</p> <p>注8 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病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。</p> <p>注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p>
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	

項 目	現 行	改 正
<b>第5節 処方せん料</b> <b>F400 処方せん料</b>		
【項目の見直し】	<b>F400 処方せん料</b>	<b>→ 処方箋料</b>
	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	1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
	2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点	2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
	3 1及び2以外の場合 68点	3 1及び2以外の場合 68点
【注の見直し】	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。	<b>→ 処方箋</b>
	注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。	注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40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。	<b>→ 処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋</b>
	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。	<b>→ 所定点数に加算</b>
【注の見直し】	注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上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。	<b>→ 処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に</b>
	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日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
【注の見直し】	注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを	<b>→ 処方箋</b>
	注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを	<b>→ 処方箋の交付1回につき70点を所定点数に</b>

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>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。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 3点 ロ 一般名処方加算 2 2点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 6点 ロ 一般名処方加算 2 4点</p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p> <p>注8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>
第6節 調剤技術基本料	<p><b>F 500 調剤技術基本料</b></p> <p>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</p> <p>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（<u>処方せん</u>を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ <u>処方箋</u></p> <p>→ <u>院内製剤加算として10点を所定点数に</u></p> <p>〈削除〉</p> <p>〈削除〉</p>

## 第2章 特掲診療料 第6部 注射

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 外来化学療法加算A</p> <p>① 15歳未満 820点</p> <p>② 15歳以上 600点</p> <p>(2) 外来化学療法加算B</p> <p>① 15歳未満 670点</p> <p>② 15歳以上 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) 外来化学療法加算A</p> <p>① 15歳未満 740点</p> <p>② 15歳以上 470点</p> <p>(2) 外来化学療法加算B</p> <p>① 15歳未満 640点</p> <p>② 15歳以上 370点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として</p> <p>→ 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として</p> <p>→ 麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として</p> <p>→ 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は</p>
<p><b>第1節 注射料</b></p>	<p>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。</p>	

項 目	現 行	改 正
<b>第1款 注射実施料</b>	<p><b>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）</b> 20点</p> <p>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。</p> <p>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等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。</p> <p><b>G001 静脈内注射（1回につき）</b> 32点</p> <p>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。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、<u>45点を加算する。</u></p> <p>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等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。</p> <p><b>G002 動脈注射（1日につき）</b></p> <p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p> <p><b>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）</b> 165点</p> <p>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。</p> <p><b>G003-2 削除</b></p> <p><b>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）</b> 165点</p> <p><b>G004 点滴注射（1日につき）</b></p> <p>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） 98点</p> <p>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） 97点</p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点</p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、<u>45点を加算する。</u></p> <p>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、<u>当該注射を行った日に限り、50点を加算する。</u></p> <p>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等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点滴注射の費用は算定しない。</p>	<p>→ <u>在宅患者訪問診療料（I）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（II）</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>在宅患者訪問診療料（I）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（II）</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>在宅患者訪問診療料（I）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（II）</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p><b>G005 中心静脈注射（1日につき）</b> 140点</p> <p>注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、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、<u>当該注射を行った日に限り、50点を加算する。</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等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。</p> <p>注5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、<u>50点を加算する。</u></p> <p><b>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 1,400点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、<u>500点を加算する。</u></p> <p>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、<u>2,000点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 700点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、<u>500点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>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</b> 2,500点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、<u>500点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）</b> 125点</p> <p>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。</p> <p>注2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等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。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、<u>50点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>→ <u>血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、500点を加算する。</u></p> <p>→ <u>静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>→ <u>在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p>G007 腱鞘内注射 27点</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>1 胸骨 80点</p> <p>2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>1 脳室 300点</p> <p>2 後頭下 220点</p> <p>3 腰椎 140点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、<u>60点を加算する。</u></p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 27点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 27点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 60点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p> <p>G016 硝子体内注射 580点</p> <p>G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点</p>	<p>→ 乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p>
<p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>G100 薬剤</p> <p>1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点</p> <p>2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合</p> <p>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</p> <p>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つて入院期間が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。</p> <p>注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療</p>	



項 目	現 行	改 正
	<p>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つて、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。</p> <p>注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p><b>第3節 特定保険医療材料料</b></p>	<p><b>G200 特定保険医療材料</b>  材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	

## 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
<p><b>通則</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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り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。</li> <li>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。</li> <li>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術料を含む。）、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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	
<p><b>第1節 リハビリテーション料</b></p>	<p><b>H000 心大血管疾患リハビリテーション料</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） （1単位）<span style="float: right;">205点</span></li> </ol>	

項 目	現 行	改 正
	<p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 125点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から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。</p> <p><b>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</b></p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、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</p>	<p>→ <u>150日を限度として</u></p> <p>→ <u>30日を限度として</u></p> <p>→ <u>14日を限度として</u></p> <p>→ <u>180日を限度として</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p>号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算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<u>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。</u></p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの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A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算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<u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 120点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) 60点</p> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注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。</p> <p><b>H001-2 廃用症候群リハビリテーション料</b></p> <p>1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 180点</p> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 146点</p> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) 77点</p> <p>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</p>	<p>→ <u>30日を限度として</u></p> <p>→ <u>14日を限度として</u></p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 108点</p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 88点</p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 46点</p> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注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。</p> <p><b>H002 運動器リハビリテーション料</b></p> <p>1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 185点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 170点</p>	<p>→ 120日を限度として</p> <p>→ 30日を限度として</p> <p>→ 14日を限度として</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 85点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの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A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの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A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 111点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 102点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 51点</p> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に</p>	<p>→ 150日を限度として</p> <p>→ 30日を限度として</p> <p>→ 14日を限度として</p>

項 目	現 行	改 正
<p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>相当する点数により算定する。</p> <p>注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p><b>H003 呼吸器リハビリテーション料</b></p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 175点</p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 85点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から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。</p> <p><b>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</b> 300点</p>	<p>→ 90日を限度として</p> <p>→ 30日を限度として</p> <p>→ 14日を限度として</p> <p><b>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</b></p> <p>1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300点</p> <p>2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240点</p> <p>注1 1について、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリ</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 716 257 741">【注の追加】</p> <p data-bbox="157 1219 275 1244">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1773 358 1848">H003-3 リハビリテーション総合計画提供料 【項目の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 606">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。</p> <p data-bbox="724 716 783 741">（追加）</p> <p data-bbox="375 1219 797 1425">注2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 1456 797 1765">注3 <u>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、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。</u></p> <p data-bbox="375 1823 776 1848">H003-3 リハビリテーション総合計画提供料</p>	<p data-bbox="854 131 1236 710">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、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="813 716 1236 1213">注2 2について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="813 1219 1236 1450">注3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 1456 1236 1508">→ 注4 <u>区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2</u></p> <p data-bbox="813 1823 1174 1848">H003-3 リハビリテーション計画提供料</p>



項 目	現 行	改 正
【注の追加】	100点 (追加)	1 リハビリテーション計画提供料1 275点 2 リハビリテーション計画提供料2 100点 注1 1について、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。
【注の追加】	注 退院時に区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者（入院中に区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回を限度として算定する。	→ 注2 2について、退院時に → 患者について、当該患者の同意  → 1回に限り
【注の追加】	(追加)	注3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。
【注の追加】	(追加)	注4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。
H004 摂食機能療法（1日につき）	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、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している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。	
【項目の見直し】	H004 摂食機能療法（1日につき） 185点	H004 摂食機能療法（1日につき） 1 30分以上の場合 185点 2 30分未満の場合 130点 → 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り
【注の追加】	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2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき

項 目	現 行	改 正
<p>H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>イ 経口摂取回復促進加算1 185点</p> <p>ロ 経口摂取回復促進加算2 20点</p> <p>H005 視能訓練（1日につき）</p> <p>1 斜視視能訓練 135点</p> <p>2 弱視視能訓練 135点</p> <p>H006 難病患者リハビリテーション料（1日につき） 640点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 225点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 155点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位） 205点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき） 240点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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</p>	<p>算定できる。</p> <p>→ 注3</p> <p>→ 6月を限度として</p> <p>→ 3月を限度として</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>治療棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。) に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。</p> <p><b>H007-4 リンパ浮腫複合的治療料</b></p> <p>1 重症の場合 200点</p> <p>2 1以外の場合 100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p><b>H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）</b> 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p>	<p>治療棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。) に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。</p> <p>→ <u>に限り</u></p> <p>→ <u>に限り</u></p>
<p><b>第2節 薬剤料</b></p>	<p><b>H100 薬剤</b></p> <p>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。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第8部 精神科専門療法

項 目	現 行	改 正
<b>通則</b>	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。	
<b>第1節 精神科専門療法料</b> <b>1000 精神科電気痙攣療法</b> 【点数の見直し】  【注の追加】  <b>1001 入院精神療法（1回につき）</b> 【点数の見直し】  <b>1002 通院・在宅精神療法（1回につき）</b> 【項目の見直し】	<b>1000 精神科電気痙攣療法</b> 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。 （追加）  <b>1001 入院精神療法（1回につき）</b> 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。  <b>1002 通院・在宅精神療法（1回につき）</b> <b>1002 通院・在宅精神療法（1回につき）</b> 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	2,800点 150点 → 1回に限り  注3 1については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。  1 入院精神療法（Ⅰ） 400点 2 入院精神療法（Ⅱ）（略）  → 3月を限度として週3回に限り  → 週2回に限り  1 通院精神療法 イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支

項 目	現 行	改 正
	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	援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点 ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点
2 在宅精神療法	イ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合 600点 ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が60分以上の在宅精神療法を行った場合（イに該当する場合を除く。） 540点 ハ イ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点	2 在宅精神療法 イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点 ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点 ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 540点 (2) 30分以上60分未満の場合 400点 (3) 30分未満の場合 330点
注1	入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回を、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	→ 週2回、 → 週1回に限り
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つて別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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	

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p>月以内の期間に行った場合に限る。）</p> <p>1,200点</p> <p>注5 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I 002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p> <p>注6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>(追加)</p> <p><b>I 002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）</b> 55点</p> <p>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。</p> <p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、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。</p> <p>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。</p> <p>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I 002に掲げる通院・在宅精神療法の注5に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>注6 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。</p> <p><b>I 002-3 救急患者精神科継続支援料</b></p>	<p>→ 1のハの(1)並びに2のハの(1)及び(2)</p> <p>注7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>I 003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 入院中の患者 435点</p> <p>2 入院中の患者以外 135点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であつて、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 003 標準型精神分析療法（1回につき）</b> 390点</p> <p>注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。</p> <p><b>I 003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）</b></p> <p>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</p> <p>2 1以外の医師による場合 420点</p> <p>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</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 004 心身医学療法（1回につき）</b></p> <p>1 入院中の患者 150点</p> <p>2 入院中の患者以外</p> <p>イ 初診時 110点</p> <p>ロ 再診時 80点</p> <p>注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>→ 限り算定する。</p> <p>→ 6月を限度として、計6回限り</p> <p>1 医師による場合 480点</p> <p>2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点</p> <p>→ 週2回、</p> <p>→ 週1回に限り</p>

項 目	現 行	改 正
<p>I 008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p>	<p>る。</p> <p>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つては週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つては週1回をそれぞれ限度として算定する。</p> <p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。</p> <p><b>I 005 入院集団精神療法（1日につき） 100点</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 006 通院集団精神療法（1日につき） 270点</b></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者について、6月に限り週2回を限度として算定する。</p> <p>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。</p> <p><b>I 006-2 依存症集団療法（1回につき） 340点</b></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であつて、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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 007 精神科作業療法（1日につき） 220点</b></p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p><b>I 008 入院生活技能訓練療法</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</b></p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>→ 週2回、</p> <p>→ 週1回に限り</p> <p>→ 6月を限度として週2回に限り</p> <p>→ 6月を限度として週2回に限り</p> <p>→ 6月を限度として週2回に限り</p> <p>→ 6月を限度として、週1回に限り</p> <p>→ ただし、精神科の医師が特に</p> <p>→ 2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り</p> <p>→ 週1回に限り</p>



項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、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。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合には、早期加算として、20点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p> <p><b>1009 精神科デイ・ケア（1日につき）</b></p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、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。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・</p>	<p>注7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>注5 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 当該保険医療機関において、入院中の患者であつて、退院を予定しているもの（区分番号I 011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。</p> <p>注7 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p><b>I 010 精神科ナイト・ケア（1日につき）</b> 540点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>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つては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p><b>I 010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）</b> 1,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</p>	

項 目	現 行	改 正
	<p>け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>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。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して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。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該療法について、疾患等に応じた診療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。</p> <p>注6 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p><b>I 011 精神科退院指導料</b> 320点</p> <p>注1 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。</p> <p>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。</p> <p><b>I 011-2 精神科退院前訪問指導料</b> 380点</p> <p>注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患者等を訪問し、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。</p> <p>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。</p> <p>注3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p>	<p>→ <u>看護師、作業療法士及び精神保健福祉士</u></p> <p>→ <u>保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士</u></p>

項 目	現 行	改 正
<p>I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p>1 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）</p> <p>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</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>ロ 准看護師による場合</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点</p> <p>2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 160点</p> <p>3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)</p> <p>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</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>(2) 同一日に3人以上</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 293点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 225点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 268点</p> <p>ロ 准看護師による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 530点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 490点</p> <p>(2) 同一日に3人以上</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 268点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 205点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 318点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 248点</p> <p>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</p>	<p>1 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>2 削除</p> <p>3 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>→ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号にお</p>

項 目	現 行	改 正
【注の削除】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、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。</p>	<p>いて「看護師等」という。)</p> <p>→ 指示した場合には、1月に1回に限り</p> <p>→ については</p> <p>(削除)</p> <p>→ 注2</p> <p>→ 家族等であって、同一建物居住者であるもの</p> <p>→ 看護師等</p> <p>→ 指示した場合には、1月に1回に限り</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>→ 注3 注1ただし書及び注2ただし書の患者について、更に</p> <p>→ 注2</p> <p>注4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。</p> <p>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</p> <p>(1) 1日に1回の場合 450点</p> <p>(2) 1日に2回の場合 900点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,450点</p> <p>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</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点 (1) 1日に1回の場合 380点 (2) 1日に2回の場合 760点 (3) 1日に3回以上の場合 1,240点</p> <p>〈ハ (略)〉</p> <p>(削除)</p> <p>注5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。</p> <p>→ 注6 注1及び注2</p> <p>→ 注7 注1及び注2</p> <p>→ 看護師等</p> <p>注8 (略)</p> <p>注9 (略)</p> <p>→ 注10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p>
【注の削除】		
【注の見直し】		
【注の追加】	(追加)	

項 目	現 行	改 正
【注の追加】	<p style="text-align: right;">(追加)</p> <p><b>1 012-2 精神科訪問看護指示料</b> 300点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 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。</p> <p><b>1 013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料</b></p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1については、持続性抗精神病注射薬剤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。</p> <p>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</p>	<p>注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から他家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の他家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>1016 精神科重症患者早期集中支援管理料（月1回）</b> 【名称の見直し】  【項目の見直し】</p>	<p>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。</p> <p><b>1014 医療保護入院等診療料</b> 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。</p> <p><b>1015 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）</b> 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。</p> <p><b>1016 精神科重症患者早期集中支援管理料（月1回）</b> 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</p> <p>2 精神科重症患者早期集中支援管理料2 イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,480点 ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,110点</p>	<p>→ <u>精神保健福祉法</u></p> <p><b>1016 精神科在宅患者支援管理料（月1回）</b> 1 精神科在宅患者支援管理料1 イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 3,000点 (2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点 ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,500点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点 ハ イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,030点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2 イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,467点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点 ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p>



項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>注1 1については、在宅で療養を行っている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。</p>	<p>(1) 単一建物診療患者1人 2,056点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>注2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。</p>
【注の追加】	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>→ 精神科在宅患者支援管理料</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。</p>
	<p>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。</p>	<p>→ 注5 精神科在宅患者支援管理</p>

項 目	現 行	改 正
<p><b>第2節 薬剤料</b></p>	<p><b>I 100 薬剤</b>  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。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第9部 処置

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入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</p> <p>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。）</p> <p>(1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、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</p>	

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。	
<b>第1節 処置料</b>		
<b>J 000 創傷処置</b>	(一般処置)	
【点数の見直し】	<b>J 000 創傷処置</b> 1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 160点 5 6,000平方センチメートル以上 275点 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C 109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C 112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。 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。	52点 60点 90点 160点 275点
<b>J 001 熱傷処置</b>		
【点数の見直し】	<b>J 001 熱傷処置</b> 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J 000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。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として 135点 147点 270点 504点 1,500点
	<b>J 001-2 絆創膏固定術</b> 500点 <b>J 001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術</b> 500点 <b>J 001-4 重度褥瘡処置（1日につき）</b> 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	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として

項 目	現 行	改 正
	<p>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</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 500点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J001-5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）</b> 24点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）</b> 30点</p> <p>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。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>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。</p> <p><b>J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）</b> 60点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p><b>J001-8 穿刺排膿後薬液注入</b> 45点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p><b>J001-9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1日につき）</b> 45点</p> <p><b>J002 ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）</b></p> <p>1 持続的吸引を行うもの 50点</p> <p>2 その他のもの 25点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。</p> <p><b>J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）</b></p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>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</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,100点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p><b>J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）</b></p>	<p>→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として</p> <p>→ 初回加算として、それぞれ</p>

項 目	現 行	改 正
J 005 脳室穿刺 【点数の見直し】	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 にあつては1,690点を、2 にあつては2,650点を、3 にあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。	→ 初回加算として、それぞれ
	J 004 流注膿瘍穿刺 190点	
	J 005 脳室穿刺 500点	600点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	J 006 後頭下穿刺 300点	
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 【点数の見直し】	J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 220点
注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。		→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
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。） 220点		
注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。		→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
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 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。		→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
J 011 骨髄穿刺 【点数の見直し】	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	310点
	2 その他 280点	330点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 【点数の見直し】	J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 240点	280点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
J 017 エタノールの局所注入 【点数の見直し】	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	1,200点
	注 甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、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。	
J 017-2 リンパ管腫局所注入 【点数の見直し】	J 017-2 リンパ管腫局所注入 1,000点	1,020点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算す	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として

項 目	現 行	改 正
<b>J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）</b> 【点数の見直し】	る。 <b>J 018 喀痰吸引（1日につき）</b> 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2 6歳未満の乳幼児の場合は、83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。 <b>J 018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につ  き）</b> 120点 <b>J 018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1  日につき）</b> 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2 6歳未満の乳幼児の場合は、83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。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<b>J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）</b> 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2 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加 算する。	660点 → 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<b>J 019-2 削除</b> <b>J 020 胃持続ドレナージ（開始日）</b> 50点 注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算 する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<b>J 021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）</b> 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 回に限り算定する。 注2 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加 算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<b>J 022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸</b> 65点 注 3歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算す る。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<b>J 022-2 摘便</b> 100点 <b>J 022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去</b> 45点 <b>J 022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後）</b> 45点 <b>J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始  日）</b> 50点	
	<b>J 023 気管支カテーテル薬液注入法</b> 120点 <b>J 024 酸素吸入（1日につき）</b> 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	

項 目	現 行	改 正
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J 024-2 突発性難聴に対する酸素療法（1日につき）</b> 65点</p> <p><b>J 025 酸素テント（1日につき）</b> 65点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J 026 間歇的陽圧吸入法（1日につき）</b> 160点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
<p><b>J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき）</b> 【点数の見直し】</p>	<p><b>J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき）</b> 65点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）</b> 160点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>160点</p>
<p><b>J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき）</b> 【項目の見直し】</p>	<p><b>J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき）</b> 160点</p>	<p><b>J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき）</b></p> <p>1 15歳未満の患者の場合 282点</p> <p>2 15歳以上の患者の場合 192点</p>
<p><b>J 027 高気圧酸素治療（1日につき）</b> 【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p><b>J 027 高気圧酸素治療（1日につき）</b></p> <p>1 救急的なもの</p> <p>イ 1人用高圧酸素治療 5,000点</p> <p>ロ 複数人用高圧酸素治療 6,000点</p> <p>2 非救急的なもの 200点 (追加)</p>	<p>1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点</p> <p>2 その他のもの 3,000点</p> <p>注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を</p>



項 目	現 行	改 正
		限度として加算する。
J 028 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を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。		
J 029 鉄の肺（1日につき） 260点		
J 029-2 減圧タンク療法 260点		
J 030 食道ブジー法 【点数の見直し】	J 030 食道ブジー法 100点	120点
J 031 直腸ブジー法 【点数の見直し】	J 031 直腸ブジー法 100点	120点
	J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点	
	J 033 削除	
J 034-2 EDチューブ挿入術 【名称の見直し】	J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 610点	
	J 034-2 EDチューブ挿入術 180点	J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点
【新設】	（新設）	J 034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点
	J 035 削除	
J 036 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110点又は55点を加算する。		→ 新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ
J 037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。） 290点		
J 038 人工腎臓（1日につき） 【項目の見直し】	J 038 人工腎臓（1日につき）	
	1 慢性維持透析を行った場合	1 慢性維持透析を行った場合 1
	イ 4時間未満の場合 2,010点	イ 4時間未満の場合 1,980点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,175点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点
	ハ 5時間以上の場合 2,310点	ハ 5時間以上の場合 2,275点
	2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,225点	2 慢性維持透析を行った場合 2
		イ 4時間未満の場合 1,940点
		ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点
		ハ 5時間以上の場合 2,230点
	3 その他の場合 1,580点	3 慢性維持透析を行った場合 3
		イ 4時間未満の場合 1,900点
		ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点
		ハ 5時間以上の場合 2,185点
		4 その他の場合 1,580点
【注の見直し】	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 導入期加算1 300点 ロ 導入期加算2 400点
【注の見直し】	注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。 注4 カニキ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	注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。

項 目	現 行	改 正
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>注6 1及び2の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>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。</p> <p>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回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p>	<p>→ 週1回に限り</p> <p>注6 1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 透析液水質確保加算1 8点</p> <p>ロ 透析液水質確保加算2 20点</p> <p>注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。</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注12 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注13 1から3までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
	<p><b>J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）</b> 1,990点</p> <p>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は又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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つてはこの限りでない。</p> <p><b>J039 血漿交換療法（1日につき）</b> 4,200点</p> <p>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。</p>	<p>→ 行った場合は、時間外・休日加算として</p> <p>→ 行った場合は、障害者等加算として</p>

項 目	現 行	改 正
<p>J 040 局所灌流（1日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>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。</p> <p>J 041 吸着式血液浄化法（1日につき）</p> <p>2,000点</p> <p>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。</p> <p>J 041-2 血球成分除去療法（1日につき）</p> <p>2,000点</p> <p>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。</p> <p>J 042 腹膜灌流（1日につき）</p> <p>1 連続携帯式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、<u>1日につき500点を加算する。</u></p> <p>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。</p> <p>注3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて<u>週1回を限度として、算定する。</u></p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p> <p>J 043 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</p> <p>J 043-2 瀉血療法 250点</p> <p>J 043-3 ストーマ処置（1日につき）</p> <p>1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点</p> <p>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</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>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。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。</p> <p>J 043-4 経管栄養カテーテル交換法 【名称の見直し】</p> <p>J 043-5 尿路ストーマカテーテル交換法</p> <p>【注の追加】</p>	<p>J 040 局所灌流（1日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>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。</p> <p>J 041 吸着式血液浄化法（1日につき）</p> <p>2,000点</p> <p>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。</p> <p>J 041-2 血球成分除去療法（1日につき）</p> <p>2,000点</p> <p>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。</p> <p>J 042 腹膜灌流（1日につき）</p> <p>1 連続携帯式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、<u>1日につき500点を加算する。</u></p> <p>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。</p> <p>注3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて<u>週1回を限度として、算定する。</u></p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p> <p>J 043 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</p> <p>J 043-2 瀉血療法 250点</p> <p>J 043-3 ストーマ処置（1日につき）</p> <p>1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点</p> <p>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</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>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。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。</p> <p>J 043-4 経管栄養カテーテル交換法 200点</p> <p>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。</p> <p>J 043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 100点</p> <p>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。</p> <p>（追加）</p> <p>J 043-6 人工脾臓療法（1日につき） 3,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保</p>	<p>→ <u>導入期加算として、1日につき</u></p> <p>→ <u>乳幼児加算として、それぞれ</u></p> <p>→ <u>週1回に限り</u></p> <p>→ <u>乳幼児の場合は、乳幼児加算として</u></p> <p>J 043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点</p> <p>注1 （略）</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
	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。	
	<p>(救急処置)</p> <p><b>J044 救命のための気管内挿管</b> 500点            注 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。</p> <p><b>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）</b> 400点</p> <p><b>J045 人工呼吸</b></p> <p>1 30分までの場合 242点</p> <p>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</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき）819点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J045-2 一酸化窒素吸入療法（1日につき）</b></p> <p>1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施す            る場合 1,680点            注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を            満たす保険医療機関において行われる場合            に限り算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J046 非開胸的心マッサージ</b></p> <p>1 30分までの場合 250点</p> <p>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</p> <p><b>J047 カウンターショック（1日につき）</b></p> <p>1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場            合 2,500点</p> <p>2 その他の場合 3,500点</p> <p><b>J047-2 心腔内除細動</b> 3,500点</p> <p><b>J048 心膜穿刺</b> 500点</p>	<p>→ 乳幼児の場合は、<u>乳幼児加算として</u></p>
<b>J049 食道圧迫止血チユーブ挿入法</b>	<b>J049 食道圧迫止血チユーブ挿入法</b> 2,700点	3,240点
【点数の見直し】		
<b>J050 気管内洗浄（1日につき）</b>	<b>J050 気管内洗浄（1日につき）</b> 240点	280点
【点数の見直し】		
	注1 6歳未満の乳幼児の場合は、110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。	→ <u>乳幼児の場合は、乳幼児加算として</u>
	<b>J051 胃洗浄</b> 250点	

項 目	現 行	改 正
	<p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。</p> <p><b>J 052 ショックパンツ（1日につき）</b> 150点</p> <p>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。</p> <p><b>J 052-2 熱傷温浴療法（1日につき）</b> 1,740点</p> <p>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。</p>	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	<p><b>（皮膚科処置）</b></p> <p><b>J 053 皮膚科軟膏処置</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4 6,000平方センチメートル以上 270点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><b>J 054 皮膚科光線療法（1日につき）</b></p> <p>1 赤外線又は紫外線療法 45点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>J 054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）</b></p> <p>1 色素レーザー照射療法 2,170点</p> <p>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。</p> <p>2 Qスイッチ付レーザー照射療法</p> <p>イ 4平方センチメートル未満 2,000点</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ニ 64平方センチメートル以上 3,950点</p> <p>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。</p> <p><b>J 055 いぼ焼灼法</b></p> <p>1 3箇所以下 210点</p> <p>2 4箇所以上 260点</p> <p><b>J 055-2 イオンフォレーゼ</b> 220点</p> <p><b>J 055-3 臍肉芽腫切除術</b> 220点</p>	
<b>J 056 いぼ冷凍凝固法</b> 【名称の見直し】 【点数の見直し】	<p><b>J 056 いぼ冷凍凝固法</b></p> <p>1 3箇所以下 210点</p> <p>2 4箇所以上 260点</p> <p><b>J 057 軟属腫摘除</b></p> <p>1 10箇所未満 120点</p> <p>2 10箇所以上30箇所未満 220点</p> <p>3 30箇所以上 350点</p> <p><b>J 057-2 面皰圧出法</b> 49点</p>	→ 増すごとに、照射面積拡大加算として、  → 場合は、乳幼児加算として
		<b>J 056 いぼ等冷凍凝固法</b> 210点 270点

項 目	現 行	改 正
J 057-3 鶏眼・胼胝処置 【注の見直し】	J 057-3 鶏眼・胼胝処置 170点 注 月1回に限り算定する。 J 057-4 稗粒腫摘除 1 10箇所未満 74点 2 10箇所以上 148点	注 月2回に限り算定する。
J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 【点数の見直し】	(泌尿器科処置) J 058 膀胱穿刺 80点 J 059 陰嚢水腫穿刺 80点 J 059-2 血腫、膿腫穿刺 80点 J 060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時にを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。 J 060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点 J 061 腎盂洗浄（片側） 60点  J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 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。 J 063 留置カテーテル設置 40点 注1 膀胱洗浄と同時にを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。 J 064 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。 J 065 間歇的導尿（1日につき） 150点	1,290点
J 066 尿道拡張法 【点数の見直し】	J 066 尿道拡張法 180点 J 066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	216点
J 067 誘導ブジー法 【点数の見直し】	J 067 誘導ブジー法 180点 J 068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点 J 069 前立腺液圧出法 50点 J 070 前立腺冷温湯 50点 J 070-2 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。 J 070-3 冷却痔処置（1日につき） 50点 J 070-4 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。	216点
	(産婦人科処置)	

項 目	現 行	改 正
J 071 羊水穿刺 (羊水過多症の場合) 【点数の見直し】	J 071 羊水穿刺 (羊水過多症の場合) 120点	144点
	J 072 腔洗浄 (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。	
	J 073 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む) 47点	
	J 074 卵管内薬液注入法 60点	
	J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法	
	【点数の見直し】	
	J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法 340点	408点
	J 076 子宮頸管内への薬物挿入法 45点	
	J 077 子宮出血止血法	
	【点数の見直し】	
	J 077 子宮出血止血法 1 分娩時のもの 520点	624点
	2 分娩外のもの 45点	45点
	J 078 子宮腔部薬物焼灼法 100点	
J 079 子宮腔部焼灼法 180点		
J 080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法		
1 ラミナリア 120点		
2 コルポイリントル 120点		
3 金属拡張器 (ヘガール等) 180点		
4 メトロイリントル 340点		
J 081 分娩時鈍性頸管拡張法		
【点数の見直し】		
J 081 分娩時鈍性頸管拡張法 380点	456点	
J 082 子宮脱非観血的整復法 (ペッサリー) 290点		
J 082-2 薬物放出子宮内システム処置		
【点数の見直し】		
J 082-2 薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 200点	240点	
2 除去術 150点	150点	
J 083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法 290点		
J 084 胎盤圧出法 45点		
J 085 クリステル胎児圧出法 45点		
J 085-2 人工羊水注入法		
【点数の見直し】		
J 085-2 人工羊水注入法 600点	720点	
(眼科処置)		
J 086 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。		
J 086-2 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。		
J 087 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。	→ 場合は、顕微鏡下処置加算として	
J 088 霰粒腫の穿刺 45点		
J 089 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。	→ 1 回に限り	
J 090 結膜異物除去 (1 眼瞼ごと) 100点		
J 091 鼻涙管ブジー法 45点		
J 091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 45点		

項 目	現 行	改 正
	J 092 涙嚢プジー法（洗浄を含む。） 45点 J 093 強膜マッサージ 150点 J 094 削除	
	(耳鼻咽喉科処置) J 095 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。 J 095-2 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。 J 096 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。 J 097 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J 098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。 J 097-2 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。 J 098 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J 097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。 J 098-2 扁桃処置 40点 J 099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 27点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J 100 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J 097-2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。 J 101 鼓室穿刺（片側） 50点 J 102 上顎洞穿刺（片側） 60点 J 103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。） 180点 J 104 唾液腺管洗浄（片側） 60点 J 105 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 J 106及びJ 107 削除 J 108 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 J 109 鼻咽腔止血法（ベロック止血法） 440点 J 110 削除 J 111 耳管プジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側） 45点 J 112 唾液腺管プジー法（片側） 45点	



項 目	現 行	改 正
J 113 耳垢栓塞除去 (複雑なもの)	J 113 耳垢栓塞除去 (複雑なもの)	
【点数の見直し】	1 片側 100点	100点
【注の見直し】	2 両側 150点	180点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。
	J 114 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。	
	J 115 超音波ネブライザー (1日につき) 24点	
	J 115-2 排痰誘発法 (1日につき) 44点	
	(整形外科的処置)	
	J 116 関節穿刺 (片側) 100点	
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	→ 乳幼児の場合は、乳幼児加算として
	J 116-2 粘 (滑) 液嚢穿刺注入 (片側) 80点	
	J 116-3 ガングリオン穿刺術 80点	
	J 116-4 ガングリオン圧碎法 80点	
J 116-5 酵素注射療法	J 116-5 酵素注射療法 490点	2,490点
【点数の見直し】	J 117 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55点を加算する。	→ 行った場合は、乳幼児加算として
	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。	
	J 118 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。	
	J 118-2 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。	
	J 118-3 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。	
	J 118-4 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る算定する。	
	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。	→ 場合には、難病患者処置加算として
	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。	→ 9回に限り
	J 119 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、	

項 目	現 行	改 正
	<p>本区分により算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>J119-2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき） 35点</p> <p>J119-3 低出力レーザー照射（1日につき） 35点</p> <p>J119-4 肛門処置（1日につき） 24点</p>	
	<p>(栄養処置)</p> <p>J120 鼻腔栄養（1日につき） 60点</p> <p>注1 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、<u>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。</u></p> <p>注2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p>J121 滋養浣腸 45点</p>	<p>→ <u>区分番号C105-2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料</u></p>
通則	<p>(ギプス)</p> <p>通則</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
【通則の見直し】		<p>3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。</p>
J122 四肢ギプス包帯	<p>J122 四肢ギプス包帯</p> <p>1 鼻ギプス 310点</p> <p>2 手指及び手、足（片側） 490点</p> <p>3 半肢（片側） 780点</p> <p>4 内反足矯正ギプス包帯（片側） 950点</p> <p>5 上肢、下肢（片側） 1,200点</p> <p>6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側） 1,700点</p>	<p>310点</p> <p>490点</p> <p>780点</p> <p>1,140点</p> <p>1,200点</p> <p>1,840点</p>
【点数の見直し】		
J123 体幹ギプス包帯	<p>J123 体幹ギプス包帯 1,250点</p> <p>J124 鎖骨ギプス包帯（片側） 1,250点</p> <p>J125 ギプスベッド 1,400点</p>	<p>1,500点</p>
【点数の見直し】		
J126 斜頸矯正ギプス包帯	<p>J126 斜頸矯正ギプス包帯 1,500点</p>	<p>1,670点</p>
【点数の見直し】		

項 目	現 行	改 正
<b>J 127 先天性股関節脱臼ギブス包帯</b> 【点数の見直し】 <b>J 128 脊椎側弯矯正ギブス包帯</b> 【点数の見直し】	<b>J 127 先天性股関節脱臼ギブス包帯</b> 2,000点 <b>J 128 脊椎側弯矯正ギブス包帯</b> 3,000点 <b>J 129 治療装具の採型ギブス</b> 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 <b>J 129-2 練習用仮義足又は仮義手</b> 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 <b>J 129-3 義肢装具採寸法（1肢につき）</b> 200点 <b>J 129-4 治療装具採型法（1肢につき）</b> 700点	2,400点 3,440点
<b>第2節 処置医療機器等加算</b>  <b>J 201 酸素加算</b> 【注の見直し】	<b>J 200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）</b> 170点 <b>J 201 酸素加算</b> 注1 区分番号 J 024から J 028まで及び J 045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。	注1 区分番号 J 024から J 028まで及び J 045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。
<b>第3節 薬剤料</b>	<b>J 300 薬剤</b> 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。	
<b>第4節 特定保険医療材料料</b>	<b>J 400 特定保険医療材料</b> 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10部 手術(1) ①新手術項目一覧

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>第1節 手術料</b>					
<b>第1款 皮膚・皮下組織</b>					
<b>(皮膚、皮下組織)</b>					
K000	創傷処理			K000	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250→	1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680→	1,680	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	→		3	
イ	頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	7,170→	<b>8,600</b>	イ	
ロ	その他のもの	2,000→	<b>2,400</b>	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→	<b>2,220</b>	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→	<b>3,430</b>	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→	<b>1,740</b>	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→	<b>3,580</b>	2	
3	3,000平方センチメートル以上	8,360→	<b>10,030</b>	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→	<b>11,370</b>	3	
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
1	長径2センチメートル未満	1,660→	1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670→	3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360→	4,360	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
1	長径3センチメートル未満	1,280→	1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230→	3,230	2	
3	長径6センチメートル以上12センチメートル未満	4,160→	4,160	3	
4	長径12センチメートル以上	8,320→	8,320	4	
K006-2	鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
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	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→	<b>6,870</b>	1	
2	皮膚有毛部切除術	3,000→	3,000	2	
3	その他のもの	1,660→	1,660	3	
<b>(形成)</b>					
K009	皮膚剥削術			K009	
1	25平方センチメートル未満	1,490→	1,490	1	
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,370→	4,370	2	
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,060→	<b>9,610</b>	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	64,350→	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	
1	200平方センチメートル未満	6,750→	<b>8,000</b>	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→	<b>16,000</b>	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→	<b>32,000</b>	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→	<b>80,000</b>	4	
5	3,000平方センチメートル以上	37,610→	<b>96,000</b>	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→	<b>4,510</b>	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→	<b>13,720</b>	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	100平方センチメートル以上	22,310→	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→	<b>87,880</b>	1	
2	その他の場合	92,460→	92,460	2	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	17,490→	<b>19,420</b>	K019	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	127,310→	127,310	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
1	4平方センチメートル未満	6,510→	6,510	1	
2	4平方センチメートル以上	7,080→	<b>7,820</b>	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→	<b>13,190</b>	1	
2	4平方センチメートル以上	12,260→	<b>13,460</b>	2	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)			K022	
1	乳房(再建手術)の場合	18,460→	18,460	1	
2	その他の場合	18,460→	<b>19,400</b>	2	
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	
1	大腿	27,380→	27,380	1	
2	下腿	21,010→	<b>23,400</b>	2	
<b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b>					
<b>(筋膜、筋、腱、腱鞘)</b>					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840→	840	K023	
K024	筋切離術	3,080→	<b>3,690</b>	K024	
K025	股関節内転筋切離術	4,410→	<b>5,290</b>	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	24,130→	24,130	1	
2	手、足	12,870→	12,870	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
1	指(手、足)	7,890→	<b>8,720</b>	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→	<b>13,580</b>	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	7,550→	<b>9,060</b>	K035-2	
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	11,320→	<b>13,580</b>	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710→	8,710	K037-2	
K038	腱延長術	10,750→	10,750	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
1	指(手、足)	15,650→	<b>18,780</b>	1	
2	その他のもの	19,890→	<b>23,860</b>	2	
K040	腱移行術			K040	
1	指(手、足)	13,610→	<b>15,570</b>	1	
2	その他のもの	18,080→	18,080	2	
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610→	13,610	K040-2	
K040-3	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080→	18,080	K040-3	
K041	削除			K041	
<b>(四肢骨)</b>					
K042	骨穿孔術	1,730→	1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
1	肩甲骨、上腕、大腿	12,270→	12,270	1	
2	前腕、下腿	6,700→	<b>8,040</b>	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	【削除】
1	肩甲骨、上腕、大腿	12,270	—		
2	前腕、下腿	6,700	—		
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	—		
K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	【削除】
1	肩甲骨、上腕、大腿	12,270	—		
2	前腕、下腿	6,700	—		
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	—		
K044	骨折非観血的整復術			K044	
1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	1,600	1	
2	前腕、下腿	1,780	1,780	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	1,440	3	
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
1	肩甲骨、上腕、大腿	7,060	7,060	1	
2	前腕、下腿	4,100	4,100	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	1,660	3	
K046	骨折観血的手術			K046	
1	肩甲骨、上腕、大腿	18,810	18,810	1	
2	前腕、下腿、手舟状骨	14,810	15,980	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	9,480	11,370	3	
K046-2	観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)			K046-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	21,710	23,420	1	
2	前腕、下腿	18,800	18,800	2	
3	手、足、指(手、足)	10,940	13,120	3	
	一時的創外固定骨折治療術	—	34,000	K046-3	【新設】
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	15,570	1	
2	前腕、下腿	10,430	12,510	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	3,420	3	
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	15,570	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	
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	【削除】
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	—		
2	前腕、下腿	9,370	—		
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	—		
K052-3	多発性骨腫摘出術			K052-3	【削除】
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	—		
2	前腕、下腿	9,370	—		
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	—		
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550	32,550	1	
2	前腕、下腿	32,040	32,040	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K054	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨切り術	22,010	22,010	3	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	28,210	28,210	K054 1	
	2 前腕、下腿	22,680	22,680	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	7,930	<b>8,150</b>	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	<b>30,310</b>	1	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	28,210	28,210	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	14,500	<b>15,570</b>	3	
K056-2	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	48,820	48,820	K056-2	
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	34,400	34,400	1	
	2 前腕、下腿	27,550	27,550	2	
	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	<b>15,200</b>	2	
	3 骨延長術(指(手、足))	16,390	16,390	3	
	4 骨延長術(指(手、足)以外)	29,370	29,370	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
	1 自家骨移植	14,030	<b>16,830</b>	1	
	2 同種骨移植(生体)	23,890	<b>28,660</b>	2	
	3 同種骨移植(非生体)			3	
	イ 同種骨移植(特殊なもの)	24,370	<b>39,720</b>	イ	
	ロ その他の場合	21,050	21,050	ロ	
	4 自家培養軟骨移植術	14,030	14,030	4	
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	18,620	<b>22,340</b>	K059-2	
<b>(四肢関節、靭帯)</b>					
K060	関節切開術			K060	
	1 肩、股、膝	3,600	3,600	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,280	1,280	2	
	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	-	K060-2	【項目の見直し】
	観血的に行うもの	-	<b>8,640</b>	1	
	関節鏡下で行うもの	-	<b>12,720</b>	2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1 肩、股、膝	20,020	20,020	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	13,130	13,130	2	
	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 リーメンビュージェル法	2,050	2,050	1	
	2 その他	2,950	2,950	2	
K063	関節脱臼観血的整復術			K063	
	1 肩、股、膝	28,210	28,210	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	18,810	18,810	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	15,080	15,080	3	
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240	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	<b>12,540</b>	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	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	2 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	膝蓋骨滑液囊切除術	11,200	11,200	K066-5	
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	17,030	17,030	K066-6	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930	7,930	K066-7	
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060	16,060	K066-8	
K067	関節鼠摘出手術			K067	
	1 肩、股、膝	13,000	15,600		1
	2 胸鎖、肘、手、足	10,580	10,580		2
	3 肩鎖、指(手、足)	3,970	3,970		3
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	16,730	16,730	K069-2	
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810	18,810	K069-3	
K070	ガングリオン摘出術			K070	
	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				
K072	関節切除術			K072	
	1 肩、股、膝	21,200	23,280		1
	2 胸鎖、肘、手、足	16,070	16,070		2
	3 肩鎖、指(手、足)	5,670	6,800		3
K073	関節内骨折観血の手術			K073	
	1 肩、股、膝、肘	20,760	20,760		1
	2 胸鎖、手、足	17,070	17,070		2
	3 肩鎖、指(手、足)	10,370	11,990		3
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血の手術			K073-2	
	1 肩、股、膝、肘	27,720	27,720		1
	2 胸鎖、手、足	18,910	22,690		2
	3 肩鎖、指(手、足)	11,970	14,360		3
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
	1 十字靭帯	17,070	17,070		1
	2 膝側副靭帯	16,560	16,560		2
	3 指(手、足)その他の靭帯	7,600	7,600		3
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	
	1 十字靭帯	24,170	24,170		1
	2 膝側副靭帯	16,510	16,510		2
	3 指(手、足)その他の靭帯	15,720	15,720		3
K075	非観血的関節授動術			K075	
	1 肩、股、膝	1,320	1,320		1
	2 胸鎖、肘、手、足	1,260	1,260		2
	3 肩鎖、指(手、足)	490	490		3

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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	<b>10,150</b>	3	
	関節鏡下関節授動術			K076-2	<b>【新設】</b>
	肩、股、膝		→ <b>46,660</b>	1	
	胸鎖、肘、手、足		→ <b>33,850</b>	2	
	肩鎖、指(手、足)		→ <b>10,150</b>	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	<b>16,040</b>	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	<b>22,300</b>	2	
3	肩鎖、指(手、足)	7,200	<b>8,640</b>	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	<b>18,250</b>	3	
4	内側膝蓋大腿靱帯	20,180	<b>24,210</b>	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	<b>14,050</b>	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	38,670	38,670	2	
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術			K080-5	
1	腱板断裂を伴うもの	45,200	45,200	1	
2	腱板断裂を伴わないもの	32,160	32,160	2	
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44,830	44,830	K080-6	
K081	人工骨頭挿入術			K081	
1	肩、股	19,500	19,500	1	
2	肘、手、足	18,810	18,810	2	
3	指(手、足)	9,070	<b>10,880</b>	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	<b>15,970</b>	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	22,680	<b>23,650</b>	2	
3	肩鎖、指(手、足)	13,950	<b>15,990</b>	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)	21,930	21,930	3	
	自家肋骨肋軟骨関節全置換術		→ <b>91,500</b>	K082-4	<b>【新設】</b>
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	<b>3,010</b>	K083	
K083-2	内反足足板挺子固定	2,030	2,030	K083-2	
<b>(四肢切断、離断、再接合)</b>					
K084	四肢切断術			K084	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
	1 肩甲帯	36,500	→ -		【削除】	
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320	→ 24,320	1		
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	2		
K084-2	肩甲帯離断術	36,500	→ 36,500	K084-2		
K085	四肢関節離断術			K085		
	1 肩、股、膝	28,630	→ <b>31,000</b>	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(ランプリヌディ)手術	27,890	→ 27,890	K094		
K095	削除					
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術			K096		
	1 鏡視下によるもの	4,340	→ 4,340	1		
	2 その他のもの	2,750	→ 2,750	2		
K096-2	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000	→ 5,000	K096-2		
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097		
K098	手掌屈筋腱縫合術	11,090	→ <b>13,300</b>	K098		
K099	指瘢痕拘縮手術	6,880	→ <b>8,150</b>	K099		
K099-2	デュプイトレン拘縮手術			K099-2		
	1 1指	10,430	→ 10,430	1		
	2 2指から3指	22,480	→ 22,480	2		
	3 4指以上	32,710	→ 32,710	3		
K100	多指症手術			K100		
	1 軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	1		
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	→ <b>15,570</b>	2		
K101	合指症手術			K101		
	1 軟部形成のみのもの	7,320	→ <b>8,720</b>	1		
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ <b>15,570</b>	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	→ <b>8,720</b>	1		
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	17,700	→ <b>21,240</b>	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	→ <b>13,810</b>	1		
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→ <b>15,570</b>	2		
K104	削除			K104		
K105	裂手、裂足手術	27,890	→ 27,890	K105		
K106	母指化手術	35,610	→ 35,610	K106		
K107	指移植手術	116,670	→ 116,670	K107		
K108	母指対立再建術	19,150	→ <b>22,740</b>	K108		
K109	神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460	→ 40,460	K109		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K110	第四指短縮症手術	10,790	→ 10,790	K110	
K110-2	第一指外反症矯正手術	10,790	→ 10,790	K110-2	
K111	削除			K111	
<b>(脊柱、骨盤)</b>					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	11,600	→ <b>13,920</b>	K113	
K114及びK115	削除			K114及びK115	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170	→ 17,170	K116	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117	
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117-2	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→ 2,570	K117-3	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	31,030	→ 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	
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	43,790	→ <b>52,540</b>	K124-2	
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110	→ 32,110	K125	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
1	棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	1	
2	その他のもの	4,510	→ 4,510	2	
K126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510	→ 4,510	K126-2	
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→ <b>13,520</b>	K128	
K129からK131 まで	削除			K129からK131 まで	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300	→ 17,300	K131-2	
K132	削除			K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	28,730	→ 28,730 → <b>69,000</b>	K133 K133-2	<b>【新設】</b>
K134	椎間板摘出術			K134	
1	前方摘出術	40,030	→ <b>40,180</b>	1	
2	後方摘出術	23,520	→ 23,520	2	
3	側方摘出術	28,210	→ 28,210	3	
4	経皮的髓核摘出術	15,310	→ 15,310	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
1	前方摘出術	75,600	→ 75,600	1	
2	後方摘出術	30,390	→ 30,390	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620	→ 36,620	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	88,870	→ <b>90,470</b>	K136	
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	113,830	→ 113,830	K136-2	
K137	骨盤切断術	48,650	→ 48,650	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
1	神経処置を伴うもの	29,370	→ 29,370	1	
2	その他のもの	18,990	→ <b>22,780</b>	2	
K139	脊椎骨切り術	60,330	→ 60,330	K139	
K140	骨盤骨切り術	36,990	→ 36,990	K140	
K141	白蓋形成手術	28,220	→ 28,220	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	40,040	→ 40,040	K141-2	
K141-3	脊椎制動術	16,810	→ 16,810	K141-3	
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)			K142	
1	前方椎体固定	37,240	→ 37,240	1	
2	後方又は後側方固定	32,890	→ 32,890	2	
3	後方椎体固定	41,160	→ 41,160	3	
4	前方後方同時固定	66,590	→ 66,590	4	
5	椎弓切除	13,310	→ 13,310	5	
6	椎弓形成	23,870	→ <b>24,260</b>	6	
K142-2	脊椎側彎症手術			K142-2	
1	固定術	55,950	→ 55,950	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	矯正術			2	
イ	初回挿入	112,260	→112,260	イ	
ロ	交換術	48,650	→ 48,650	ロ	
ハ	伸展術	20,540	→ 20,540	ハ	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	101,910	→101,910	K142-3	
K142-4	経皮的椎体形成術	19,960	→ 19,960	K142-4	
	内視鏡下椎弓形成術	-	→ <b>30,390</b>	K142-5	【新設】
	歯突起骨折骨接合術	-	→ <b>23,750</b>	K142-6	【新設】
	腰椎分離部修復術	-	→ <b>28,210</b>	K142-7	【新設】
K143	仙腸関節固定術	29,190	→ 29,190	K143	
K144	体外式脊椎固定術	25,800	→ 25,800	K144	
<b>第3款 神経系・頭蓋</b>					
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。					
<b>(頭蓋、脳)</b>					
K145	穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146	頭蓋開溝術	14,430	→ <b>17,310</b>	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	→ <b>28,280</b>	1	
2	その他の場合	26,400	→ <b>26,470</b>	2	
	後頭蓋窩減圧術	-	→ <b>31,000</b>	K149-2	【新設】
K150	脳膿瘍排膿術	21,470	→ 21,470	K150	
K151	削除			K151	
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060	→193,060	K151-2	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	56,950	→ 56,950	K152	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520	→ 49,520	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	52,870	→ 52,870	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
1	片側の場合	52,300	→ 52,300	1	
2	両側の場合	94,500	→ 94,500	2	
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630	→131,630	K154-2	
K154-3	定位脳腫瘍生検術	20,040	→ 20,040	K154-3	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	16,340	→ <b>19,600</b>	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	40,950	→ 40,950	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	36,290	→ 36,290	K157	
K158	視神経管開放術	36,290	→ 36,290	K158	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500	→ 44,500	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	44,500	→ 44,500	K159-2	
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	37,620	→ 37,620	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	43,920	→ 43,920	K160-2	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490	→ 23,490	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	36,290	→ 36,290	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→ <b>10,680</b>	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	→ <b>35,790</b>	1	
2	硬膜下のもの	33,790	→ <b>36,970</b>	2	
3	脳内のもの	47,020	→ 47,020	3	
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
K164-3	脳血管塞栓(血栓)摘出術	37,560	→ 37,560	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	18,220	→ 18,220	K164-4	
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	42,950	→ <b>47,020</b>	K164-5	
K165	脳内異物摘出術	45,630	→ 45,630	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	36,500	→ 36,500	K166	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	61,720	→ 61,720	K167	
K168	脳切除術	36,290	→ 36,290	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
1	松果体部腫瘍	158,100	→158,100	1	
2	その他のもの	132,130	→132,130	2	
注1	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	4,500	→ 4,500	注1	
注2	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	10,000	→ <b>12,000</b>	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		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術			K171-2	
1	下垂体腫瘍	108,470	→ 108,470	1	
2	頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)	123,620	→ 123,620	2	
K172	脳動静脈奇形摘出術	149,830	→ 149,830	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	36,290	→ 36,290	K173	
K174	水頭症手術			K174	
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	82,020	→ 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	ローフローバイパス術併用加算	16,060	→ 16,060	注2	
	ハイフローバイパス術併用加算	-	→ 30,000	注3	【注の追加】
K178	脳血管内手術			K178	
1	1箇所	63,270	→ 66,270	1	
2	2箇所以上	81,800	→ 84,800	2	
3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850	→ 82,850	3	
K178-2	経皮的脳血管形成術	39,780	→ 39,780	K178-2	
K178-3	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術			K178-3	
1	頭蓋内脳血管の場合	36,280	→ 36,280	1	
2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	21,570	→ 25,880	2	
K178-4	経皮的脳血栓回収術	33,150	→ 33,150	K178-4	
K178-5	経皮的脳血管ステント留置術	33,150	→ 35,560	K178-5	
K179	髄液漏閉鎖術	39,380	→ 39,380	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
1	頭蓋骨のみのもの	16,450	→ 17,530	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	65,100	→ 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	24,350	→ 28,030	K181-4	
K181-5	迷走神経刺激装置交換術	4,800	→ 14,270	K181-5	
<b>(脊髄、末梢神経、交感神経)</b>					
K182	神経縫合術			K182	
1	指(手、足)	12,640	→ 15,160	1	
2	その他のもの	24,510	→ 24,510	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
1	指(手、足)	43,580	→ 43,580	1	
2	その他のもの	46,180	→ 46,180	2	
K182-3	神経再生誘導術	12,640	→ -	K182-3	【項目の見直し】
	指(手、足)	-	→ 12,640	1	
	その他のもの	-	→ 21,590	2	
K183	脊髄硬膜切開術	25,840	→ 25,840	K183	
K183-2	空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	25,840	→ 26,450	K183-2	
K184	減圧脊髄切開術	26,960	→ 26,960	K184	
K185	脊髄切截術	38,670	→ 38,670	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	38,670	→ 38,670	K186	
K187	脊髄視床路切截術	42,370	→ 42,370	K187	
K188	神経剥離術			K188	
1	鏡視下によるもの	14,170	→ 14,170	1	
2	その他のもの	10,900	→ 10,900	2	
	硬膜外腔癒着剥離術	-	→ 11,000	K188-2	【新設】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K189	脊髄ドレナージ術	340	408	K189	
K190	脊髄刺激装置植込術			K190	【項目の見直し】
1	16極以下ジェネレーターを用いるもの	40,280	—		
2	32極ジェネレーターを用いるもの	33,750	—		
	脊髄刺激電極を留置した場合	—	24,200	1	
	ジェネレーターを留置した場合	—	16,100	2	
注	脊髄刺激電極を2本留置する場合	8,000	8,000	注	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	—	15,650	K190-2	
1	16極以下ジェネレーターを用いるもの	15,650	—		【削除】
2	32極ジェネレーターを用いるもの	5,070	—		【削除】
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	37,130	37,130	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	6,080	7,290	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	650	K190-5	
K190-6	仙骨神経刺激装置植込術	40,280	—	K190-6	【項目の見直し】
	脊髄刺激電極を留置した場合	—	24,200	1	
	ジェネレーターを留置した場合	—	16,100	2	
K190-7	仙骨神経刺激装置交換術	13,610	13,610	K190-7	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
1	髄外のもの	59,500	62,000	1	
2	髄内のもの	118,230	118,230	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	106,460	106,460	K192	
K193	神経腫切除術			K193	
1	指(手、足)	5,770	5,770	1	
2	その他のもの	10,770	10,770	2	
注	神経腫が2個以上の場合(指(手、足))(神経腫を1個増すごとに)	2,800	2,800	注	
注	神経腫が2個以上の場合(その他のもの)(神経腫を1個増すごとに)	4,000	4,000	注	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			K193-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	1,660	1	
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	8,810	1	
2	股動脈周囲	7,750	8,810	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	26,030	26,030	1	
2	胸部	16,340	16,340	2	
3	腰部	16,240	17,530	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	18,500	K196-2	
K196-3	ストッフエル手術	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>第4款 眼</b>					
<b>(涙道)</b>					
K199	涙点、涙小管形成術	550→	550	K199	
K200	涙嚢切開術	690→	690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630→	630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720→	3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術			K202	
	1 涙道内視鏡を用いるもの	2,350→	2,350		1
	2 その他のもの	1,810→	1,810		2
K203	涙嚢摘出術	4,590→	4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	23,490→	23,490	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720→	3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	16,730→	16,730	K206	
<b>(眼瞼)</b>					
K207	眼瞼縫合術(眼板縫合術を含む。)	1,580→	1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410→	410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470→	470	K209	
K209-2	外眥切開術	470→	470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560→	560	K211	
K212	兔眼矯正術	6,700→	6,700	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360→	360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580→	580	K214	
K215	眼瞼切除術(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→	<b>4,400</b>	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200→	7,200		1
	2 筋膜移植法	18,530→	18,530		2
	3 その他のもの	6,070→	6,070		3
<b>(結膜)</b>					
K220	結膜縫合術	1,260→	1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
	1 少数のもの(1眼瞼ごと)	260→	260		1
	2 多数のもの	390→	390		2
K222	結膜下異物除去術	390→	390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
	1 部分形成	2,250→	2,250		1
	2 皮膚及び結膜の形成	13,610→	<b>14,960</b>		2
	3 全部形成(皮膚又は結膜の移植を含む。)	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	
<b>(眼窩、涙腺)</b>					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390→	1,390	K226	
K227	眼窩骨折視血の手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940→	<b>14,960</b>	K227	
K228	眼窩骨折整復術	29,170→	29,170	K228	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	8,240→	8,240	K229	
K230	眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1 視神経周囲、眼窩尖端	27,460→	27,460		1
	2 その他	13,310→	<b>14,960</b>		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	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 19,300	K237	
<b>(眼球、眼筋)</b>					
K238	削除			K238	
K239	眼球内容除去術	5,110	→ 6,130	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
	1 前転法	4,280	→ 4,280		1
	2 後転法	4,200	→ 4,200		2
	3 前転法及び後転法の併施	10,970	→ 10,970		3
	4 斜筋手術	9,970	→ 9,970		4
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300	→ 12,300		5
K243	義眼台包埋術	6,680	→ 8,010	K243	
K244	眼筋移動術	19,330	→ 19,330	K244	
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→ 8,790	K245	
<b>(角膜、強膜)</b>					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	950	→ 950	K248-2	
K249	角膜潰瘍掻爬術、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	→ 11,610	K255	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920	→ 8,300	K257	
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
	注 レーザー使用加算	5,500	→ 5,500		注
K260	強膜移植術	18,810	→ 18,810	K260	
K260-2	羊膜移植術	8,780	→ 10,530	K260-2	
K261	角膜形成手術	3,060	→ 3,060	K261	
K262	削除			K262	
<b>(ぶどう膜)</b>					
K263及びK264	削除			K263及びK264	
K265	虹彩腫瘍切除術	16,790	→ 20,140	K265	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	30,800	→ 35,820	K266	
K267	削除			K267	
K268	緑内障手術			K268	
	1 虹彩切除術	4,740	→ 4,740		1
	2 流出路再建術	19,020	→ 19,020		2
	3 濾過手術	23,600	→ 23,600		3
	4 緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのないもの)	34,480	→ 34,480		4
	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
	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	-	→ 27,990		6
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	→ 5,600	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 9,660	K273	
<b>(眼房、網膜)</b>					
K274	前房、虹彩内異物除去術	8,800	→ 8,800	K274	
K275	網膜復位術	34,940	→ 34,940	K275	
K276	網膜光凝固術			K276	
	1 通常のもの(一連につき)	10,020	→ 10,020		1
	2 その他特殊なもの(一連につき)	15,960	→ 15,960		2
K277	網膜冷凍凝固術	15,750	→ 15,750	K277	

【項目の追加】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K277-2	黄斑下手術	47,150	→ 47,150	K277-2	
<b>(水晶体、硝子体)</b>					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279	硝子体切除術	15,560	→ 15,560	K279	
K280	硝子体茎顕微鏡下離断術			K280	
1	網膜付着組織を含むもの	38,950	→ 38,950	1	
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	→ <b>17,840</b>	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	計画的後囊切開を伴う場合	18,150	→ <b>21,780</b>	3	
注	水晶体囊拡張リングを使用した場合	1,600	→ 1,600	注	
K282-2	後発白内障手術	1,380	→ 1,380	K282-2	
K283	削除			K283	
K284	硝子体置換術	6,890	→ 6,890	K284	
<b>第5款 耳鼻咽喉</b>					
<b>(外耳)</b>					
K285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
1	単純なもの	220	→ 220	1	
2	複雑なもの	710	→ 710	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,900	→ 3,900	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	8,440	→ <b>10,120</b>	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	7,670	→ 7,670	K290-2	
K291	耳介腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K291	
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,330	→ 6,330	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	19,180	→ <b>22,290</b>	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	35,590	→ 35,590	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	3,340	→ <b>4,000</b>	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
1	耳介軟骨形成を要するもの	16,760	→ <b>19,240</b>	1	
2	耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	→ <b>9,960</b>	2	
K297	外耳道形成手術	17,110	→ <b>19,240</b>	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	35,290	→ <b>36,700</b>	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	→ <b>14,740</b>	2	
<b>(中耳)</b>					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	6,070	→ <b>7,280</b>	K301	
K302	上鼓室開放術	10,950	→ <b>13,140</b>	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	20,600	→ <b>24,720</b>	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	11,240	→ <b>13,480</b>	K304	
K305	乳突削開術	20,410	→ <b>24,490</b>	K305	
K306	錐体部手術	38,090	→ <b>38,470</b>	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	→ <b>7,470</b>	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→ 3,020	K312	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	37,370	→ <b>38,330</b>	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
1	切除	41,520	→ 41,520	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	側頭骨摘出術	68,640	68,640	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900	9,900	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	24,730	24,730	K316	
K317	中耳根治手術	35,370	42,440	K317	
K318	鼓膜形成手術	18,100	18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	42,770	-	K319	【項目の見直し】
	耳小骨温存術	-	34,660	1	
	耳小骨再建術	-	51,330	2	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140	32,140	K320	
	人工中耳植込術	-	32,140	K320-2	【新設】
(内耳)					
K321	内耳開窓術	31,970	31,970	K321	
K322	経迷路の内耳道開放術	64,930	64,930	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	28,210	28,890	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
1	部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	26,960	29,220	1	
2	全摘出	38,890	38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	23,250	23,250	K327	
K328	人工内耳植込術	40,810	40,810	K328	
K328-2	植込型骨導補聴器移植術	8,850	10,620	K328-2	
K328-3	植込型骨導補聴器交換術	1,840	1,840	K328-3	
(鼻)					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	900	K331-2	
K331-3	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910	2,910	K331-3	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	2,130	2,130	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,720	5,720	K334	
K334-2	鼻骨変形治療骨折矯正術	21,010	23,060	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,740	3,280	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	2,740	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,740	2,740	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	4,150	4,980	K337	
K338	鼻甲介切除術			K338	
1	高周波電気凝固法によるもの	900	900	1	
2	その他のもの	2,310	2,770	2	
K338-2	削除			K338-2	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,960	3,550	K339	
K340	鼻茸摘出術	1,090	1,090	K340	
K340-2	削除	-	-	K340-2	
K340-3	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型(副鼻腔自然口開窓術)	3,600	3,600	K340-3	
K340-4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	10,000	12,000	K340-4	
注	自家腸骨片を充填した場合	3,150	3,150	注	
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500	24,910	K340-5	
K340-6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	31,990	32,080	K340-6	
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術)	44,000	51,630	K340-7	
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510	1,510	K341	
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	15,200	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
1	切除	20,870	25,040	1	
2	全摘	49,690	49,690	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	30,460	K344	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	20,080	22,370	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	
1	単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	4,360	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	複雑なもの(骨性閉鎖)	27,040→	27,040	2	
K347	鼻中隔矯正術	6,860→	<b>8,230</b>	K347	
K347-2	変形外鼻手術	16,390→	16,390	K347-2	
K347-3	内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型(骨、軟骨手術)	5,520→	<b>6,620</b>	K347-3	
K347-4	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,030→	2,030	K347-4	
K347-5	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	5,520→	<b>6,620</b>	K347-5	
K347-6	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)	3,170→	3,170	K347-6	
K347-7	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)	19,940→	19,940	K347-7	
<b>(副鼻腔)</b>					
K348及びK349	削除			K348及びK349	
K350	前頭洞充填術	11,000→	<b>13,200</b>	K350	
K351	削除	-→	-	K351	
K352	上顎洞根治手術	6,660→	<b>7,990</b>	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→	<b>5,000</b>	K353	
K354からK356 まで	削除	-→	-	K354からK356 まで	
K356-2	鼻外前頭洞手術	16,290→	16,290	K356-2	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	3,190→	<b>3,820</b>	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	9,430→	<b>11,310</b>	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	9,410→	<b>11,290</b>	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410→	<b>11,290</b>	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530→	<b>12,630</b>	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760→	<b>14,110</b>	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	28,630→	28,630	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440→	13,440	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	16,680→	<b>20,010</b>	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210→	28,210	K365	
K366	削除			K366	
<b>(咽頭、扁桃)</b>					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900→	1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830→	1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
1	簡単なもの	420→	420	1	
2	複雑なもの	2,100→	2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600→	1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
1	経口腔によるもの	4,460→	<b>5,350</b>	1	
2	経鼻腔によるもの	5,060→	<b>6,070</b>	2	
3	経副鼻腔によるもの	8,270→	<b>8,790</b>	3	
4	外切開によるもの	16,590→	16,590	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
1	経口腔によるもの	4,460→	4,460	1	
2	経鼻腔によるもの	5,060→	5,060	2	
3	経副鼻腔によるもの	8,270→	8,270	3	
4	外切開によるもの	15,080→	15,080	4	
K372	中咽頭腫瘍摘出術			K372	
1	経口腔によるもの	2,710→	2,710	1	
2	外切開によるもの	15,870→	<b>16,260</b>	2	
K373	下咽頭腫瘍摘出術			K373	
1	経口腔によるもの	7,290→	7,290	1	
2	外切開によるもの	16,300→	16,300	2	
K374	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	35,340→	35,340	K374	
K375	鼻咽腔線維腫手術			K375	
1	切除	8,030→	<b>9,630</b>	1	
2	摘出	36,140→	<b>37,850</b>	2	
K375-2	鼻咽腔閉鎖術	23,790→	23,790	K375-2	
K376	上咽頭悪性腫瘍手術	35,830→	35,830	K376	
K377	口蓋扁桃手術			K377	
1	切除	1,430→	1,430	1	
2	摘出	3,600→	3,600	2	
K378	舌扁桃切除術	1,230→	1,230	K378	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	
1	経頸部によるもの	28,600	→ 34,320	1	
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	55,200	→ 55,200	2	
K379-2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	
1	経頸部によるもの	47,580	→ 47,580	1	
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	91,500	→ 91,500	2	
K380	過長茎状突起切除術	5,880	→ 6,440	K380	
K381	上咽頭形成手術	10,110	→ 10,110	K381	
K382	咽頭瘻閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382	
K382-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	12,770	→ 12,770	K382-2	
<b>(喉頭、気管)</b>					
K383	喉頭切開・截開術	13,420	→ 13,420	K383	
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	→ 4,800	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	3,630	→ 3,630	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 12,240	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリープ切除術			K389	
1	間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	1	
2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	2	
K390	喉頭異物摘出術			K390	
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	43,340	→ 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	63,710	→ 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	23,420	→ 23,430	1	
2	前壁形成手術	22,500	→ 23,320	2	
3	Tチューブ挿入術	11,700	→ 14,040	3	
K399	気管狭窄症手術	37,510	→ 38,540	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	
	甲状軟骨固定用器具を用いたもの	-	→ 34,840	3	【項目の追加】
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	76,040	→ 76,040	K402	
K403	気管形成手術(管状気管、気管移植等)			K403	
1	頸部からのもの	49,940	→ 49,940	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040	→ 76,040	2	
K403-2	嚥下機能手術			K403-2	
1	輪状咽頭筋切断術	18,810	→ 18,810	1	
2	喉頭挙上術	18,370	→ 18,370	2	
3	喉頭気管分離術	28,210	→ 30,260	3	
4	喉頭全摘術	28,210	→ 28,210	4	
<b>第6款 顔面・口腔・頸部</b>					
<b>(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)</b>					
K404	拔牙手術(1歯につき)			K404	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	1 乳歯	130→	130	1	
	2 前歯	150→	155	2	
	3 白歯	260→	265	3	
	4 埋伏歯	1,050→	1,050	4	
	注1 難抜歯加算	210→	210	注1	
	注3 下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合	100→	100	注3	
K 405	削除			K 405	
K 406	口蓋腫瘍摘出術			K 406	
	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	
K 407	顎・口蓋裂形成手術			K 407	
	1 軟口蓋のみのもの	14,520→	15,770	1	
	2 硬口蓋に及ぶもの	24,170→	24,170	2	
	3 顎裂を伴うもの			3	
	イ 片側	25,170→	25,170	イ	
	ロ 両側	31,940→	31,940	ロ	
K 407-2	軟口蓋形成手術	9,700→	9,700	K 407-2	
<b>(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)</b>					
K 408	口腔底膿瘍切開術	700→	700	K 408	
K 409	口腔底腫瘍摘出術	6,800→	7,210	K 409	
K 410	口腔底悪性腫瘍手術	28,140→	29,360	K 410	
K 411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,460→	4,460	K 411	
K 412	頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310→	26,310	K 412	
K 413	舌腫瘍摘出術			K 413	
	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	
K 414	舌根甲状腺腫摘出術	9,800→	11,760	K 414	
K 414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,520→	8,970	K 414-2	
K 415	舌悪性腫瘍手術			K 415	
	1 切除	22,010→	26,410	1	
	2 亜全摘	75,070→	75,070	2	
K 416及びK 417	削除			K 416及びK 417	
K 418	舌形成手術(巨舌症手術)	7,590→	9,100	K 418	
K 418-2	舌繫帯痕性短縮矯正術	2,650→	2,650	K 418-2	
K 419	頬、口唇、舌小帯形成手術	560→	560	K 419	
K 420	削除			K 420	
<b>(顔面)</b>					
K 421	口唇腫瘍摘出術			K 421	
	1 粘液嚢胞摘出術	910→	910	1	
	2 その他のもの	3,050→	3,050	2	
K 422	口唇悪性腫瘍手術	33,010→	33,010	K 422	
K 423	頬腫瘍摘出術			K 423	
	1 粘液嚢胞摘出術	910→	910	1	
	2 その他のもの	4,380→	5,250	2	
K 424	頬悪性腫瘍手術	20,940→	20,940	K 424	
K 425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700→	108,700	K 425	
K 426	口唇裂形成手術(片側)			K 426	
	1 口唇のみの場合	13,180→	13,180	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810→	18,810	2	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	24,350→	24,350	3	
K 426-2	口唇裂形成手術(両側)			K 426-2	
	1 口唇のみの場合	18,810→	18,810	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790→	23,790	2	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	36,620→	36,620	3	
<b>(顔面骨、顎関節)</b>					
K 427	頬骨骨折観血的整復術	15,090→	18,100	K 427	
K 427-2	頬骨変形治療骨折矯正術	38,610→	38,610	K 427-2	
K 428	下顎骨折非観血的整復術	1,240→	1,240	K 428	
	注 三内式線副子以上を使用する連続菌結紮法を行った場合	650→	650	注	
K 429	下顎骨折観血的手術			K 429	
	1 片側	13,000→	13,000	1	
	2 両側	27,320→	27,320	2	
K 429-2	下顎関節突起骨折観血的手術			K 429-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
1	片側	28,210	28,210	1	
2	両側	47,020	47,020	2	
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	410	410	K430	
K431	顎関節脱臼観血的手術	26,210	26,210	K431	
K432	上顎骨折非観血的整復術	1,570	1,570	K432	
K433	上顎骨折観血的手術	15,220	16,400	K433	
K434	顔面多発骨折観血的手術	39,700	39,700	K434	
K434-2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	47,630	47,630	K434-2	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	6,660	6,660	K435	
K436	顎骨腫瘍摘出術			K436	
1	長径3センチメートル未満	2,820	2,820	1	
2	長径3センチメートル以上	11,160	13,390	2	
K437	下顎骨部分切除術	14,940	16,780	K437	
K438	下顎骨離断術	27,140	32,560	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
1	切除	40,360	40,360	1	
2	切断	53,830	64,590	2	
K440	上顎骨切除術	15,310	15,310	K440	
K441	上顎骨全摘術	38,750	42,590	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
1	搔爬	7,640	9,160	1	
2	切除	34,420	34,420	2	
3	全摘	68,480	68,480	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
1	単純な場合	23,240	27,880	1	
2	複雑な場合及び2次の再建の場合	45,510	45,510	2	
3	骨移動を伴う場合	72,900	72,900	3	
注	1について、上顎骨を複数に分割した場合	5,000	5,000	注	
K444	下顎骨形成術			K444	
1	おとがい形成の場合	6,490	7,780	1	
2	短縮又は伸長の場合	25,660	30,790	2	
3	再建の場合	43,300	51,120	3	
4	骨移動を伴う場合	54,210	54,210	4	
注1	2については、両側を同時に行った場合	3,000	3,000	注1	
K444-2	下顎骨延長術			K444-2	
1	片側	25,660	30,790	1	
2	両側	40,150	47,550	2	
K445	顎関節形成術	40,870	40,870	K445	
K446	顎関節授動術			K446	
1	徒手授動術			1	
イ	バンピングを併用した場合	990	990	イ	
ロ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,000	2,400	ロ	
2	顎関節鏡下授動術	8,770	10,520	2	
3	開放授動術	25,100	25,100	3	
K447	顎関節円板整位術			K447	
1	顎関節鏡下円板整位術	20,690	22,100	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又は3の場合であって内視鏡を用いた場合	1,000	1,000	注	
K451	がま腫摘出術	5,950	7,140	K451	
K452	舌下腺腫瘍摘出術	5,990	7,180	K452	
K453	顎下腺腫瘍摘出術	9,480	9,640	K453	
K454	顎下腺摘出術	9,670	10,210	K454	
K455	顎下腺悪性腫瘍手術	33,010	33,010	K455	
K456	削除			K456	
K457	耳下腺腫瘍摘出術			K457	
1	耳下腺浅葉摘出術	27,210	27,210	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 458	2 耳下腺深葉摘出術 耳下腺悪性腫瘍手術	34,210	34,210	2	
	1 切除	33,010	33,010	K 458 1	
	2 全摘	44,020	44,020	2	
K 459	唾液腺管形成手術	11,360	13,630	K 459	
K 460	唾液腺管移動術			K 460	
	1 上顎洞内へのもの	11,360	13,630	1	
	2 結膜嚢内へのもの	14,070	15,490	2	
<b>(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))</b>					
K 461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K 461	
	1 片葉のみの場合	8,480	8,860	1	
	2 両葉の場合	10,760	10,760	2	
K 461-2	内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術			K 461-2	
	1 片葉のみの場合	17,410	17,410	1	
	2 両葉の場合	25,210	25,210	2	
K 462	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	22,880	22,880	K 462	
K 462-2	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	25,210	25,210	K 462-2	
K 463	甲状腺悪性腫瘍手術			K 463	
	1 切除	24,180	24,180	1	
	2 全摘及び亜全摘	33,790	33,790	2	
	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術			K 463-2	【新設】
	1 切除	-	27,550	1	
	2 全摘及び亜全摘	-	37,160	2	
K 464	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K 464	
	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	
K 464-2	内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	20,660	20,660	K 464-2	
K 465	副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	39,000	39,000	K 465	
<b>(その他の頸部)</b>					
K 466	斜角筋切断術	3,760	3,760	K 466	
K 467	頸癭、頸嚢摘出術	11,430	13,710	K 467	
K 468	頸肋切除術	12,700	15,240	K 468	
K 469	頸部郭清術			K 469	
	1 片側	23,060	27,670	1	
	2 両側	34,680	37,140	2	
K 470	頸部悪性腫瘍手術	41,920	41,920	K 470	
K 471	筋性斜頸手術	3,720	3,720	K 471	
<b>第7款 胸部</b>					
<b>(乳腺)</b>					
K 472	乳腺膿瘍切開術	820	820	K 472	
K 473	削除			K 473	
K 474	乳腺腫瘍摘出術			K 474	
	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	
K 474-2	乳管腺葉区域切除術	12,820	12,820	K 474-2	
K 474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	6,240	-	K 474-3	【項目の見直し】
	マンモグラフィー又は超音波装置によるもの	-	6,240	1	
	MRIによるもの	-	8,210	2	
K 475	乳房切除術	6,040	6,040	K 475	
K 475-2	乳房冷凍凝固摘出術	6,040	7,240	K 475-2	
K 476	乳腺悪性腫瘍手術			K 476	
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	14,820	14,820	1	
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	28,210	28,210	2	
	3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	22,520	22,520	3	
	4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))	42,350	42,350	4	
	5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの	42,350	42,350	5	
	6 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの	42,350	42,350	6	
	7 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)	52,820	52,820	7	
	8 乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	27,810	27,810	8	【名称の見直し】



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
9	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	48,340	48,340	9	【名称の見直し】	
注1	乳がんセンチネルリンパ節加算1	5,000	5,000	注1		
注2	乳がんセンチネルリンパ節加算2	3,000	3,000	注2		
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	49,120	49,120	1		
2	二次的に行うもの	53,560	53,560	2		
K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	25,000	25,000	K476-4		
<b>(胸壁)</b>						
K477	胸壁膿瘍切開術	700	700	K477		
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	7,460	<b>8,950</b>	K478		
K479	削除			K479		
K480	胸壁冷膿瘍手術	7,670	<b>7,810</b>	K480		
K480-2	流注膿瘍切開搔爬術	7,670	7,670	K480-2		
K481	肋骨骨折観血の手術	8,610	<b>10,330</b>	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	<b>5,160</b>	2		
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120	12,120	K483		
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術			K484		
1	胸壁形成手術を併施するもの	56,000	56,000	1		
2	その他のもの	28,210	28,210	2		
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2		
1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750	43,750	1		
2	その他のもの	28,210	28,210	2		
K485	胸壁腫瘍摘出術	12,960	12,960	K485		
K486	胸壁瘻手術	23,520	23,520	K486		
K487	漏斗胸手術			K487		
1	胸骨挙上法によるもの	28,210	28,210	1		
2	胸骨翻転法によるもの	37,370	37,370	2		
3	胸腔鏡によるもの	39,260	39,260	3		
<b>(胸腔、胸膜)</b>						
K488	試験開胸術	10,800	10,800	K488		
K488-2	試験的開胸開腹術	17,380	17,380	K488-2		
K488-3	胸腔鏡下試験開胸術	13,500	13,500	K488-3		
K488-4	胸腔鏡下試験切除術	15,800	15,800	K488-4		
K489から K492まで	削除			K489から K492まで		
K493	骨膜外、胸膜外充填術	23,520	23,520	K493		
K494	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	15,350	15,350	K494		
K495	削除			K495		
K496	膿胸胸膜、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	胸腔鏡下膿胸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	胸腔鏡下膿胸搔爬術	32,690	32,690	K496-4		
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	38,610	38,610	K497		
K497-2	膿胸腔有茎大網充填術	57,100	57,100	K497-2		
K498	胸郭形成手術(膿胸手術の場合)			K498		
1	肋骨切除を主とするもの	42,020	42,020	1		
2	胸膜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	<b>16,540</b>	K499		
K500	削除			K500		
K501	乳糜胸手術	14,410	<b>17,290</b>	K501		
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	12,530	K501-2		
K501-3	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230	15,230	K501-3		
<b>(縦隔)</b>						
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	<b>38,850</b>	K502		
K502-2	縦隔切開術			K502-2		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
1	頸部からのもの、経食道によるもの	6,390	6,390	1	
2	経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050	20,050	2	
K502-3	胸腔鏡下縦隔切開術	31,300	31,300	K502-3	
K502-4	拡大胸腺摘出術	32,270	<b>33,870</b>	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	<b>38,850</b>	1	
2	広汎摘出	56,020	<b>58,820</b>	2	
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950	58,950	K504-2	
<b>(気管支、肺)</b>					
K505及びK506	削除			K505及びK506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	31,030	31,030	K507	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	10,150	10,150	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術			K508-2	
1	硬性鏡によるもの	9,360	<b>9,400</b>	1	
2	軟性鏡によるもの	8,960	8,960	2	
K508-3	気管支熱形成術	10,150	10,150	K508-3	
K509	気管支異物除去術			K509	
1	直達鏡によるもの	9,260	9,260	1	
2	開胸手術によるもの	45,650	45,650	2	
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	4,800	K509-2	
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	<b>9,130</b>	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	<b>8,040</b>	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	<b>10,450</b>	1	
2	その他のもの	8,710	<b>10,450</b>	2	
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	10,020	<b>12,020</b>	K510-3	
K511	肺切除術			K511	
1	楔状部分切除	27,520	27,520	1	
2	区域切除(1肺葉に満たないもの)	58,430	58,430	2	
3	肺葉切除	58,350	58,350	3	
4	複合切除(1肺葉を超えるもの)	64,850	64,850	4	
5	1側肺全摘	59,830	59,830	5	
6	気管支形成を伴う肺切除	76,230	76,230	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術			K513	
1	肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	39,830	39,830	1	
2	その他のもの	58,950	58,950	2	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950	58,950	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950	58,950	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	53,130	53,130	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
1	部分切除	60,350	60,350	1	
2	区域切除	69,250	69,250	2	
3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640	72,640	3	
4	肺全摘	72,640	72,640	4	
5	隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400	78,400	5	
6	気管支形成を伴う肺切除	80,460	80,460	6	
7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860	124,860	7	
8	気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130	127,130	8	
9	胸膜肺全摘	92,000	92,000	9	
10	壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)	105,000	105,000	10	
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	139,230	139,230	K514-4	
注2	両側肺を移植した場合	45,000	45,000	注2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	52,680	→ 60,750	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	130,260	→130,260	K514-6	
	両側肺を移植した場合		→ 45,000		注3 【注の追加】
K515	肺剥皮術	32,600	→ 32,600	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	59,170	→ 59,170	K516	
K517	肺縫縮術	28,220	→ 28,220	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
	1 楔状切除術	64,030	→ 64,030		1
	2 輪状切除術	66,010	→ 66,010		2
K519	先天性気管狭窄症手術	146,950	→146,950	K519	
<b>(食道)</b>					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
	1 頸部手術	17,070	→ 17,070		1
	2 開胸手術	28,210	→ 28,210		2
	3 開腹手術	17,750	→ 17,750		3
	内視鏡によるもの		→ 10,300		4
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
	1 開胸手術	28,210	→ 28,210		1
	2 胸骨切開によるもの	19,440	→ 23,290		2
	3 その他のもの(頸部手術を含む。)	6,600	→ 7,920		3
K522	食道狭窄拡張術			K522	
	1 内視鏡によるもの	9,450	→ 9,450		1
	2 食道プジー法	2,950	→ 2,950		2
	3 拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480		3
K522-2	食道ステント留置術	6,300	→ 6,300	K522-2	
K522-3	食道空置バイパス作成術	65,900	→ 65,900	K522-3	
K523	食道異物摘出術			K523	
	1 頸部手術によるもの	27,890	→ 27,890		1
	2 開胸手術によるもの	28,210	→ 28,210		2
	3 開腹手術によるもの	27,720	→ 27,720		3
	硬性内視鏡下食道異物摘出術		→ 5,360		
K524	食道憩室切除術			K523-2	【新設】
	1 頸部手術によるもの	24,730	→ 24,730	K524	
	2 開胸によるもの	34,570	→ 34,570		2
K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	39,930	→ 39,930	K524-2	
	腹腔鏡下食道憩室切除術		→ 39,930		
K525	食道切除再建術			K524-3	【新設】
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040	→ 77,040	K525	
	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	37,550	→ 37,550		2
	3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250	→ 50,250		3
K526-2	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840	→ 8,840		1
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100	→ 22,100		2
K526-3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	→ 12,950	K526-3	
K526-4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	6,300	→ 14,510	K526-4	
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
	1 頸部食道の場合	47,530	→ 47,530		1
	2 胸部食道の場合	56,950	→ 56,950		2
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→ 64,820	K528	
K528-2	先天性食道狭窄症根治手術	51,220	→ 51,220	K528-2	
K528-3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320	→ 76,320	K528-3	
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)			K529	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540	→122,540		1

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490	→101,490	2	【新設】
3	腹部の操作によるもの	69,840	→69,840	3	
注1	有茎腸管移植を併せて行った場合	7,500	→7,500	注1	
注2	血行再建を併せて行った場合	3,000	→3,000	注2	
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術			K529-2	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	125,240	→125,240	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	104,190	→104,190	2	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合	7,500	→7,500	注	
	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術		→109,240	K529-3	
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	
K530-3	内視鏡下筋層切開術	9,450	→11,340	K530-3	
K531	食道切除後2次的再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	43,920	→43,920	1	
2	消化管利用によるもの	64,300	→64,300	2	
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	37,620	→37,620	1	
2	食道離断術を主とするもの	37,620	→37,620	2	
K532-2	食道静脈瘤手術(開腹)	34,240	→34,240	K532-2	
K532-3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	46,770	→49,800	K532-3	
K533	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→8,990	K533	
K533-2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→8,990	K533-2	
<b>(横隔膜)</b>					
K534	横隔膜縫合術			K534	
1	経胸又は経腹	27,890	→33,460	1	
2	経胸及び経腹	37,620	→40,910	2	
K534-2	横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
1	経胸又は経腹	27,890	→27,890	1	
2	経胸及び経腹	37,620	→37,620	2	
K534-3	胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	31,990	→31,990	K534-3	
K535	胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
1	経胸又は経腹	29,560	→29,560	1	
2	経胸及び経腹	39,040	→39,040	2	
K536	後胸骨ヘルニア手術	27,380	→27,380	K536	
K537	食道裂孔ヘルニア手術			K537	
1	経胸又は経腹	27,380	→27,380	1	
2	経胸及び経腹	38,290	→38,290	2	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180	→42,180	K537-2	
<b>第8款 心・脈管</b>					
<b>(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)</b>					
K538	心膜縫合術	9,180	→9,180	K538	
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	11,800	→11,800	K538-2	
K539	心膜切開術	9,420	→9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240	→15,240	K539-2	
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	→16,540	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	51,650	→51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700	→24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	39,270	→39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	39,270	→39,270	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	60,600	→60,600	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→77,770	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	9,400	→9,400	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術			K546	
1	急性心筋梗塞に対するもの	32,000	→32,000	1	
2	不安定狭心症に対するもの	22,000	→22,000	2	
3	その他のもの	19,300	→19,300	3	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→28,280	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)			K548	
1	高速回転式経皮経管アレクトミーカテーテルによるもの	24,500	→24,720	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K549	2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,500	→ 24,720	2	【新設】
	1 経皮的冠動脈ステント留置術			K549	
	2 急性心筋梗塞に対するもの	34,380	→ 34,380	1	
K550	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	
	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→ 17,720	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640	→ 19,640	K550-2	
K551	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
K552	1 1箇所のもの	76,550	→ 76,550	K552	
	2 2箇所以上のも	79,860	→ 79,860		
K552-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552-2	
	1 吻合のもの	71,570	→ 71,570		
	2 2吻合以上のも	89,250	→ 89,250		
K553	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	
	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)			K553	
	1 1吻合のもの	71,570	→ 71,570	1	
K553-2	2 2吻合以上のも	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	
	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
K553-2	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	
K554	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	114,300	→ 114,300	K554	
	2 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	147,890	→ 147,890		
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180	→ 167,180		
K554-2	弁形成術			K554-2	
	1 弁のもの	79,860	→ 79,860		
	2 弁のもの	93,170	→ 93,170		
K555	3 弁のもの	106,480	→ 106,480	3	
	胸腔鏡下弁形成術			K555	
	1 弁のもの	-	→ 109,860	1	
K555-2	2 弁のもの	-	→ 123,170	2	
	弁置換術			K555-2	
	1 1弁のもの	85,500	→ 85,500	1	
K555-2	2 2弁のもの	100,200	→ 100,200	2	
	3 3弁のもの	114,510	→ 114,510	3	
	経カテーテル大動脈弁置換術			K555-2	
K555-3	1 経心尖大動脈弁置換術	61,530	→ 61,530	1	
	2 経皮的冠動脈弁置換術	37,560	→ 37,560	2	
	胸腔鏡下弁置換術			K555-3	
K556	1 弁のもの	-	→ 115,500	1	
	2 弁のもの	-	→ 130,200	2	
K556-2	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→ 42,940	K556	
K557	経皮的冠動脈弁拡張術	37,430	→ 37,430	K556-2	
K557-2	大動脈弁上狭窄手術	71,570	→ 71,570	K557	
K557-3	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	
K557-4	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	157,840	→ 157,840	K557-3	
K558	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	
K559	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	
K559-2	閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450	→ 38,450	K559	
K560	経皮的僧帽弁拡張術	34,930	→ 34,930	K559-2	
	経皮的僧帽弁クリップ術	-	→ 34,930	K559-3	
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		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	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	
K560-2	オープン型ステントグラフト内挿術			K560-2	
1	弓部大動脈	114,510	114,510	1	
2	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			2	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	187,370	イ	
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	210,790	ロ	
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	243,580	ハ	
ニ	その他のもの	171,760	171,760	ニ	
3	下行大動脈	89,250	89,250	3	
K561	ステントグラフト内挿術			K561	【項目の見直し】
	血管損傷の場合		→ 43,830	1	
	1 以外の場合			2	
1	胸部大動脈	56,560	56,560	イ	
2	腹部大動脈	49,440	49,440	ロ	
3	腸骨動脈	43,830	43,830	ハ	
K562	動脈管開存症手術			K562	
1	経皮的動脈管開存閉鎖術	18,990	22,780	1	
2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	22,000	2	
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)	90,870	94,420	K565	
K566	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	44,670	44,670	K566	
K567	大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
1	単独のもの	57,250	57,250	1	
2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	100,200	2	
3	複雑心奇形手術を伴うもの	173,620	173,620	3	
K567-2	経皮的動脈管形成術	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、ウォール氏病手術)	103,640	103,640	K569	
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
1	肺動脈弁切開術(単独のもの)	35,750	35,750	1	
2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460	74,460	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	34,410	34,410	K570-2	
K570-3	経皮的肺動脈形成術	31,280	31,280	K570-3	
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
1	部分肺静脈還流異常	50,970	50,970	1	
2	総肺静脈還流異常			2	
イ	心臓型	109,310	109,310	イ	
ロ	その他のもの	129,310	129,310	ロ	
K572	肺静脈形成術	58,930	58,930	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
1	経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	13,410	16,090	1	
2	心房中隔欠損作成術	36,900	36,900	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
1	単独のもの	39,130	39,130	1	
2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130	45,130	2	
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	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K577	3 大動脈弁形成を伴うもの	66,060	66,060	K577	
	4 右室流出路形成を伴うもの	71,570	71,570		
K578	1 バルサルバ洞動脈瘤手術 単独のもの	71,570	71,570	K578	
	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	85,880		
K579	右室二腔症手術	80,490	80,490	K579	
K579-2	1 不完全型房室中隔欠損症手術 心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	60,330	60,330	K579-2	
	2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060	66,060		
K580	1 完全型房室中隔欠損症手術 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350	107,350	K580	
	2 ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920	192,920		
K581	1 ファロー四徴症手術 右室流出路形成術を伴うもの	71,000	71,000	K581	
	2 末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060	94,060		
K582	1 肺動脈閉鎖症手術 単独のもの	100,200	100,200	K582	
	2 ラステリ手術を伴うもの	173,620	173,620		
	3 巨大側副血管術を伴うもの	231,500	231,500		
K583	1 両大血管右室起始症手術 単独のもの	85,880	85,880	K583	
	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820	128,820		
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ピング奇形手術)	192,920	192,920		
	4 大血管転位症手術				
K584	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	K584	
	2 大血管血流転換術(ジャテーン手術)	144,690	144,690		
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620	173,620		
	4 ラステリ手術を伴うもの	154,330	154,330		
K585	1 修正大血管転位症手術 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790	85,790	K585	
	2 根治手術(ダブルスイッチ手術)	201,630	201,630		
K586	総動脈幹症手術	143,860	143,860	K586	
K587	1 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 両方向性グレン手術	71,570	71,570	K587	
	2 フォンタン手術	85,880	85,880		
	3 心室中隔造成術	181,350	181,350		
K588	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	179,310	179,310	K588	
K589	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	53,240	K589	
K590	冠動脈起始異常症手術	85,880	85,880	K590	
K591	心室憩室切除術	76,710	76,710	K591	
K592	心臓脱手術	113,400	113,400	K592	
K592-2	肺動脈血栓内摘除術	48,880	48,880	K592-2	
K593	肺動脈血栓内摘除術	135,040	135,040	K593	
K594	肺静脈血栓除去術	39,270	39,270	K594	
K595	1 不整脈手術 副伝導路切断術	89,250	89,250	K594-2 K595	【新設】
	2 心室頻拍症手術	147,890	147,890		
	3 メイズ手術	98,640	98,640		
K595-2	1 肺静脈隔離術 経皮的カテーテル心筋焼灼術	-	<b>72,230</b>	K595-2	
	2 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		
K596	1 その他のもの	34,370	34,370	K596	
	2 三次元カラーマッピング加算	17,000	17,000		
K597	1 磁気ナビゲーション加算	5,000	5,000	K597	
	2 経皮的中隔心筋焼灼術	24,390	24,390		
K597-2	1 体外ペースメーカー加算	3,370	3,370	K597-2	
	2 ペースメーカー移植術				
K597-3	1 心筋電極の場合	15,060	15,060	K597-3	【項目の追加】
	2 経静脈電極の場合	9,520	9,520		
	1 リードレスペースメーカーの場合	-	<b>9,520</b>		
	2 ペースメーカー交換術	4,000	4,000		
	3 植込型心電図記録計移植術	1,260	1,260		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K597-4	植込型心電図記録計摘出術	840	840	K597-4	
K598	両心室ペースメーカー移植術	31,510	31,510	K598	
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	5,000	5,000	K598-2	
K599	植込型除細動器移植術			K599	
1	経静脈リードを用いるもの	31,510	31,510	1	
2	皮下植込型リードを用いるもの	24,310	24,310	2	
K599-2	植込型除細動器交換術	6,000	7,200	K599-2	
K599-3	両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術	35,200	35,200	K599-3	
K599-4	両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術	6,000	7,200	K599-4	
K599-5	経静脈電極抜去術			K599-5	
1	レーザーシースを用いるもの	28,600	28,600	1	
2	レーザーシースを用いないもの	22,210	22,210	2	
K600	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			K600	
1	初日	8,780	8,780	1	
2	2日目以降	3,680	3,680	2	
K601	人工心肺(1日につき)			K601	
1	初日	26,950	30,150	1	
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	経皮的な心肺補助法(1日につき)			K602	
1	初日	11,100	11,100	1	
2	2日目以降	3,120	3,120	2	
	経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)			K602-2	【新設】
	初日	-	11,100	1	
	2日目以降	-	3,680	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	
K603-2	小児補助人工心臓(1日につき)			K603-2	
1	初日	63,150	63,150	1	
2	2日目以降30日目まで	8,680	8,680	2	
3	31日目以降	7,680	7,680	3	
K604	削除			K604	
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	
K605-5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420	9,420	K605-5	
(動脈)					
K606	血管露出術	530	530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	10,550	12,660	1	
2	その他のもの	3,130	3,750	2	
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130	3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
1	開胸又は開腹を伴うもの	28,560	28,560	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	11,180	11,180	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680	1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
1	大動脈に及ぶもの	40,950	40,950	1	
2	内頸動脈	43,880	43,880	2	
3	その他のもの	28,450	28,450	3	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740	→ 34,740	K 609-2	
K 610	動脈形成術、吻合術			K 610	
1	頭蓋内動脈	99,700	→ 99,700	1	
2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	52,570	→ 52,570	2	
3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→ 47,790	3	
4	指(手、足)の動脈	15,340	→ <b>18,400</b>	4	
5	その他の動脈	21,700	→ 21,700	5	
K 610-2	脳新生血管造成術	52,550	→ 52,550	K 610-2	
K 610-3	内シャント又は外シャント設置術	18,080	→ 18,080	K 610-3	
K 610-4	四肢の血管吻合術	18,080	→ 18,080	K 610-4	
K 610-5	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	K 610-5	
K 611	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			K 611	
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	
K 612	末梢動脈静脈瘻造設術	7,760	→ -	K 612	【項目の見直し】
	静脈転位を伴うもの	-	→ <b>21,300</b>	1	
	その他のもの	-	→ <b>7,760</b>	2	
K 613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	31,840	→ 31,840	K 613	
K 614	血管移植術、バイパス移植術			K 614	
1	大動脈	70,700	→ 70,700	1	
2	胸腔内動脈	64,050	→ 64,050	2	
3	腹腔内動脈	56,560	→ 56,560	3	
4	頭、頸部動脈	55,050	→ 55,050	4	
5	下腿、足部動脈	62,670	→ 62,670	5	
6	膝窩動脈	42,500	→ 42,500	6	
7	その他の動脈	30,290	→ 30,290	7	
K 615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)			K 615	
1	止血術	23,110	→ 23,110	1	
2	選択的動脈化学塞栓術	20,040	→ 20,040	2	
3	その他のもの	18,620	→ 18,620	3	
K 615-2	経皮的動脈遮断術	1,390	→ <b>1,660</b>	K 615-2	
K 616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590	→ 22,590	K 616	
K 616-2	頸動脈球摘出術	10,800	→ 10,800	K 616-2	
K 616-3	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	K 616-3	
K 616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080	→ 18,080	K 616-4	
K 616-5	経皮的血管内異物除去術	14,000	→ 14,000	K 616-5	
<b>(静脈)</b>					
K 617	下肢静脈瘤手術			K 617	
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	
K 617-2	大伏在静脈抜去術	11,020	→ 11,020	K 617-2	
K 617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,820	→ 1,820	K 617-3	
K 617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360	→ 14,360	K 617-4	
K 617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200	→ 10,200	K 617-5	
K 618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置			K 618	
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	
K 619	静脈血栓摘出術			K 619	
1	開腹を伴うもの	22,070	→ 22,070	1	
2	その他のもの(親血的なもの)	13,100	→ 13,100	2	
K 619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→ 32,100	K 619-2	
K 620	下大静脈フィルター留置術	10,160	→ 10,160	K 620	
K 620-2	下大静脈フィルター除去術	6,190	→ <b>6,490</b>	K 620-2	
K 621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40,650	→ 40,650	K 621	
K 622	胸腔内頸静脈吻合術	37,620	→ 37,620	K 622	
K 623	静脈形成術、吻合術			K 623	
1	胸腔内静脈	25,200	→ 25,200	1	
2	腹腔内静脈	25,200	→ 25,200	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3 K623-2	その他の静脈 脾腎静脈吻合術	16,140→ 21,220	16,140 21,220	3 K623-2	
<b>(リンパ管、リンパ節)</b>					
K624	削除			K624	
K625	リンパ管腫摘出術			K625	
1	長径5センチメートル未満	10,910→	<b>13,090</b>	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→	<b>10,870</b>	1	
2	頸部(深在性)	20,080→	<b>24,090</b>	2	
3	鎖骨上窩及び下窩	12,050→	<b>14,460</b>	3	
4	腋窩	17,750→	17,750	4	
5	胸骨旁	20,080→	<b>23,190</b>	5	
6	鼠径部及び股部	7,370→	<b>8,710</b>	6	
7	後腹膜	41,380→	41,380	7	
8	骨盤	26,800→	26,800	8	
K627-2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	36,140→	<b>41,090</b>	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	
<b>第9款 腹部</b>					
<b>(腹壁、ヘルニア)</b>					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270→	1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
1	腹壁に局限するもの	1,820→	1,820	1	
2	腹腔に通ずるもの	8,390→	<b>10,050</b>	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	腹壁癒痕ヘルニア	8,450→	<b>9,950</b>	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→	<b>8,880</b>	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	腹壁癒痕ヘルニア	13,770→	<b>16,520</b>	1	
2	大腿ヘルニア	15,460→	<b>18,550</b>	2	
3	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	11,520→	<b>13,820</b>	3	
4	臍ヘルニア	9,520→	<b>11,420</b>	4	
5	閉鎖孔ヘルニア	24,130→	24,130	5	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	22,960→	22,960	K634	
<b>(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)</b>					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	4,160→	<b>4,990</b>	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→	<b>11,240</b>	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	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
3	虫垂周囲膿瘍	5,340	5,340	3	
4	その他のもの	8,330	9,270	4	
K 637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	10,800	K 637-2	
K 638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	3,290	K 638	
K 639	急性汎発性腹膜炎手術	12,000	14,400	K 639	
K 639-2	結核性腹膜炎手術	12,000	12,000	K 639-2	
K 639-3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	19,260	23,040	K 639-3	
K 640	腸間膜損傷手術			K 640	
1	縫合、修復のみのもの	10,390	10,390	1	
2	腸管切除を伴うもの	26,880	26,880	2	
K 641	大網切除術	8,720	8,720	K 641	
K 642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K 642	
1	腸切除を伴わないもの	11,910	14,290	1	
2	腸切除を伴うもの	28,210	29,970	2	
K 642-2	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32,310	32,310	K 642-2	
K 642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310	30,310	K 642-3	
K 643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	48,510	K 643	
K 643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610	50,610	K 643-2	
K 644	臍腸管瘻手術			K 644	
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	
K 645	骨盤内臓全摘術	120,980	120,980	K 645	
<b>(胃、十二指腸)</b>					
K 646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	11,360	11,360	K 646	
K 647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	12,190	12,190	K 647	
K 647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460	23,940	K 647-2	
	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術		10,300	K 647-3	【新設】
K 648	胃切開術	10,970	11,140	K 648	
K 649	胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	11,800	11,800	K 649	
K 649-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	18,600	22,320	K 649-2	
K 650	削除			K 650	
K 651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210	9,210	K 651	
K 652	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	K 652	
K 653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K 653	
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	
K 653-2	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	K 653-2	
K 653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	3,250	K 653-3	
K 653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460	6,460	K 653-4	
K 653-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480	12,480	K 653-5	
K 654	内視鏡的消化管止血術	4,600	4,600	K 654	
K 654-2	胃局所切除術	11,530	13,830	K 654-2	
K 654-3	腹腔鏡下胃局所切除術			K 654-3	
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	
K 655	胃切除術			K 655	
1	単純切除術	28,210	33,850	1	
2	悪性腫瘍手術	55,870	55,870	2	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	5,000	注	
K 655-2	腹腔鏡下胃切除術			K 655-2	
1	単純切除術	40,890	45,470	1	
2	悪性腫瘍手術	64,120	64,120	2	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	5,000	注	
K 655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	26,910	26,910	K 655-3	
K 655-4	噴門側胃切除術			K 655-4	
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	
K 655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術			K 655-5	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
1	単純切除術	54,010	→ 54,010	1	
2	悪性腫瘍切除術	75,730	→ 75,730	2	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K 656	胃縮小術	28,210	→ 28,210	K 656	
K 656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	40,050	→ 40,050	K 656-2	
K 657	胃全摘術			K 657	
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	
K 657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K 657-2	
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	
K 658	削除			K 658	
K 659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K 659	
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	
K 659-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	25,480	→ <b>30,570</b>	K 659-2	
K 660	食道下部迷走神経選択的切除術			K 660	
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	
K 660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	→ <b>34,100</b>	K 660-2	
K 661	胃冠状静脈結紮及び切除術	17,400	→ <b>17,400</b>	K 661	
K 662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ <b>16,010</b>	K 662	
K 662-2	腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→ <b>18,890</b>	K 662-2	
K 663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K 663	
K 664	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	K 664	
K 664-2	経皮経食道胃管挿入術(P T E G)	14,610	→ 14,610	K 664-2	
K 665	薬剤投与用胃瘻造設術	-	→ <b>8,570</b>	K 664-3	<b>【新設】</b>
	胃瘻閉鎖術	12,040	→ -	K 665	
	開腹又は腹腔鏡によるもの	-	→ <b>12,040</b>	1	
	内視鏡によるもの	-	→ <b>10,300</b>	2	
K 665-2	胃瘻抜去術	2,000	→ 2,000	K 665-2	
K 666	幽門形成術(粘膜外幽門筋切断術を含む。)	10,500	→ 10,500	K 666	
K 666-2	腹腔鏡下幽門形成術	17,060	→ 17,060	K 666-2	
K 667	噴門形成術	16,980	→ 16,980	K 667	
K 667-2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620	→ 37,620	K 667-2	
K 667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190	→ -	K 667-3	<b>【削除】</b>
K 668	胃横断術(静脈瘤手術)	28,210	→ 28,210	K 668	
	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	-	→ <b>31,710</b>	K 668-2	<b>【新設】</b>
<b>(胆嚢、胆道)</b>					
K 669	胆管切開術	12,460	→ 12,460	K 669	
K 670	胆嚢切開結石摘出術	11,800	→ 11,800	K 670	
K 671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K 671	
1	胆嚢摘出を含むもの	28,210	→ <b>33,850</b>	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	26,880	→ 26,880	2	
K 671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K 671-2	
1	胆嚢摘出を含むもの	35,470	→ <b>39,890</b>	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610	→ 33,610	2	
K 672	胆嚢摘出術	23,060	→ <b>27,670</b>	K 672	
K 672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500	→ 21,500	K 672-2	
K 673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	37,620	→ 37,620	K 673	
K 674	総胆管拡張症手術	49,580	→ <b>59,490</b>	K 674	
注	乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K 674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34,880	→ <b>110,000</b>	K 674-2	
注	乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000	注	
K 675	胆嚢悪性腫瘍手術			K 675	
1	胆嚢に局限するもの(リンパ節郭清を含む。)	45,520	→ 45,520	1	
2	肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	57,790	→ 57,790	2	
3	肝切除(葉以上)を伴うもの	77,450	→ 77,450	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
4	膵頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→101,590	4	
K 676	膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	209,520	→ <b>173,500</b>	5	
K 677	胆管悪性腫瘍手術			K 676 K 677	
1	膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	119,280	→ <b>173,500</b>	1	
2	その他のもの	84,700	→ 84,700	2	
K 677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K 677-2	
1	血行再建あり	180,990	→180,990	1	
2	血行再建なし	101,090	→101,090	2	
K 678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K 678	
K 679	胆嚢胃(腸)吻合術	11,580	→ 11,580	K 679	
K 680	総胆管胃(腸)吻合術	28,210	→ <b>33,850</b>	K 680	
K 681	胆嚢外瘻造設術	9,420	→ 9,420	K 681	
K 682	胆管外瘻造設術			K 682	
1	開腹によるもの	12,300	→ <b>14,760</b>	1	
2	経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K 682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K 682-2	
K 682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800	→ 10,800	K 682-3	
K 682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	23,450	→ <b>25,570</b>	K 682-4	
K 683	切除			K 683	
K 684	先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→ 60,000	K 684	
	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術		→ <b>119,200</b>	K 684-2	<b>【新設】</b>
K 685	内視鏡的胆道結石除去術			K 685	
1	胆道碎石術を伴うもの	11,920	→ <b>14,300</b>	1	
2	その他のもの	8,320	→ <b>9,980</b>	2	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K 686	内視鏡的胆道拡張術	13,820	→ 13,820	K 686	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K 687	内視鏡的乳頭切開術			K 687	
1	乳頭括約筋切開のみのもの	11,270	→ 11,270	1	
2	胆道碎石術を伴うもの	24,550	→ 24,550	2	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K 688	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→ 11,540	K 688	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K 689	経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→ 12,270	K 689	
	経皮経肝バルーン拡張術		→ <b>12,270</b>	K 689-2	<b>【新設】</b>
<b>(肝)</b>					
K 690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	K 690	
K 691	肝膿瘍切開術			K 691	
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	
K 691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K 691-2	
K 692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520	→ <b>13,710</b>	K 692	
K 692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210	→ 28,210	K 692-2	
K 693	肝内結石摘出術(開腹)	28,210	→ 28,210	K 693	
K 694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210	→ 28,210	K 694	
K 695	肝切除術			K 695	
1	部分切除	36,340	→ <b>39,040</b>	1	
2	亜区域切除	56,280	→ 56,280	2	
3	外側区域切除	46,130	→ 46,130	3	
4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	60,700	→ 60,700	4	
5	2区域切除	76,210	→ 76,210	5	
6	3区域切除以上のもの	97,050	→ 97,050	6	
7	2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	126,230	→126,230	7	
	局所穿刺療法併用加算		→ <b>6,000</b>	注	<b>【注の追加】</b>
K 695-2	腹腔鏡下肝切除術			K 695-2	
1	部分切除	59,680	→ 59,680	1	
2	外側区域切除	74,880	→ 74,880	2	
3	亜区域切除	108,820	→108,820	3	
4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	130,730	→130,730	4	
5	2区域切除	152,440	→152,440	5	
6	3区域切除以上のもの	174,090	→174,090	6	
K 696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	→ <b>30,940</b>	K 696	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 697	肝内胆管外瘻造設術			K 697	
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	
K 697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)			K 697-2	
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	
K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)			K 697-3	
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	
K 697-4	移植用部分肝採取術(生体)	82,800	→ 82,800	K 697-4	
K 697-5	生体部分肝移植術	189,290	→ <b>227,140</b>	K 697-5	
K 697-6	移植用肝採取術(死体)	86,700	→ 86,700	K 697-6	
K 697-7	同種死体肝移植術	193,060	→ 193,060	K 697-7	
<b>(脾)</b>					
K 698	急性脾炎手術			K 698	
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	
K 699	脾結石手術			K 699	
1	脾切開によるもの	28,210	→ 28,210	1	
2	経十二指腸乳頭によるもの	28,210	→ 28,210	2	
K 699-2	体外衝撃波脾石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K 699-2	
注	内視鏡的脾石除去加算(一連につき1回に限る)	5,640	→ 5,640	注	
K 700	脾中央切除術	53,560	→ 53,560	K 700	
K 700-2	脾腫瘍摘出術	21,750	→ <b>26,100</b>	K 700-2	
	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術	-	→ <b>39,950</b>	K 700-3	<b>【新設】</b>
K 701	脾破裂縫合術	22,080	→ 22,080	K 701	
K 702	脾体尾部腫瘍切除術			K 702	
1	脾尾部切除術の場合			1	
イ	脾同時切除の場合	24,000	→ 24,000	イ	
ロ	脾温存の場合	21,750	→ 21,750	ロ	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	57,190	→ 57,190	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730	→ 52,730	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→ 55,870	4	
K 702-2	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術			K 702-2	
1	脾同時切除の場合	47,250	→ <b>53,480</b>	1	
2	脾温存の場合	56,240	→ 56,240	2	
K 703	脾頭部腫瘍切除術			K 703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	77,950	→ <b>78,620</b>	1	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	83,810	→ 83,810	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	83,810	→ 83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	128,230	→ 128,230	4	
K 703-2	腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	158,450	→ 158,450	K 703-2	
K 704	脾全摘術	103,030	→ 103,030	K 704	
K 705	脾嚢胞胃(腸)吻合術	28,210	→ <b>31,310</b>	K 705	
K 706	脾管空腸吻合術	37,620	→ 37,620	K 706	
K 707	脾嚢胞外瘻造設術			K 707	
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	
K 708	脾管外瘻造設術	18,810	→ 18,810	K 708	
K 708-2	脾管誘導手術	18,810	→ 18,810	K 708-2	
K 708-3	内視鏡的脾管ステント留置術	22,240	→ 22,240	K 708-3	
K 709	脾瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K 709	
K 709-2	移植用脾採取術(死体)	77,240	→ 77,240	K 709-2	
K 709-3	同種死体脾移植術	112,570	→ 112,570	K 709-3	
K 709-4	移植用脾腎採取術(死体)	84,080	→ 84,080	K 709-4	
K 709-5	同種死体脾腎移植術	140,420	→ 140,420	K 709-5	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(脾)</b>					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	24,410	K710	
K711	脾摘出術	31,030	31,030	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	37,060	37,060	K711-2	
<b>(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)</b>					
K712	破裂腸管縫合術	10,400	10,400	K712	
K713	腸切開術	9,650	9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	12,010	12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650	20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
1	非観血的なもの	4,490	4,490	1	
2	観血的なもの	6,040	6,040	2	
K715-2	腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660	14,660	K715-2	
K716	小腸切除術			K716	
1	悪性腫瘍手術以外の切除術	15,940	15,940	1	
2	悪性腫瘍手術	34,150	34,150	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術			K716-2	
1	悪性腫瘍手術以外の切除術	31,370	31,370	1	
2	悪性腫瘍手術	37,380	37,380	2	
	移植用部分小腸採取術(生体)		→ 56,850	K716-3	【新設】
	生体部分小腸移植術		→ 164,240	K716-4	【新設】
	移植用小腸採取術(死体)		→ 65,140	K716-5	【新設】
	同種死体小腸移植術		→ 177,980	K716-6	【新設】
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	18,810	18,810	K717	
K718	虫垂切除術			K718	
1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	6,740	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	13,760	1	
2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	22,050	2	
K719	結腸切除術			K719	
1	小範囲切除	22,140	24,170	1	
2	結腸半側切除	29,940	29,940	2	
3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680	35,680	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
1	小範囲切除、結腸半側切除	42,680	42,680	1	
2	全切除、亜全切除	59,510	59,510	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	59,510	59,510	K719-3	
K719-4	ビックレル氏手術	13,700	13,700	K719-4	
K719-5	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	51,860	51,860	K719-5	
K720	結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	16,610	16,610	K720	
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術			K721	
1	長径2センチメートル未満	5,000	5,000	1	
2	長径2センチメートル以上	7,000	7,000	2	
K721-2	削除			K721-2	
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	5,360	K721-3	
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370	22,040	K721-4	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	10,390	10,390	K722	
K723	削除			K723	
K724	腸吻合術	9,330	9,330	K724	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	7,360	K725	
K725-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	13,250	K725-2	
K726	人工肛門造設術	7,980	9,570	K726	
K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	13,920	16,700	K726-2	
K727	腹壁外腸管前置術	8,340	8,340	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	11,220	11,220	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
1	腸管切除を伴わないもの	12,190	12,190	1	
2	腸管切除を伴うもの	28,210	28,210	2	
K729-2	多発性小腸閉鎖症手術	47,020	47,020	K729-2	
K729-3	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	32,310	32,310	K729-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
1	腸管切除を伴わないもの	11,580	→ 11,580	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,900	→ 17,900	2	
	内視鏡によるもの		→ <b>10,300</b>	3	【項目の追加】
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
1	腸管切除を伴わないもの	11,750	→ 11,750	1	
2	腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
	内視鏡によるもの		→ <b>10,300</b>	3	【項目の追加】
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
1	腸管切除を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1	
2	腸管切除を伴うもの	28,210	→ 28,210	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	18,810	→ 18,810	K734	
K734-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	26,800	→ 26,800	K734-2	
K735	先天性巨大結腸症手術	50,830	→ 50,830	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	11,090	→ 11,090	K735-2	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710	→ 63,710	K735-3	
K735-4	下部消化管ステント留置術	9,100	→ <b>10,920</b>	K735-4	
	腸管延長術		→ <b>76,000</b>	K735-5	【新設】
K736	人工肛門形成術			K736	
1	開腹を伴うもの	10,030	→ 10,030	1	
2	その他のもの	3,670	→ 3,670	2	
(直腸)					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,610	→ 2,610	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
1	経肛門(内視鏡によるもの)	6,700	→ <b>8,040</b>	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(M I T A S)	16,700	→ 16,700	K739-3	
K740	直腸切除・切断術			K740	
1	切除術	42,850	→ 42,850	1	
2	低位前方切除術	66,300	→ 66,300	2	
3	超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840	→ 69,840	3	
4	切断術	77,120	→ 77,120	4	
	人工肛門造設加算		→ <b>2,000</b>	注	【注の追加】
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
1	切除術	75,460	→ 75,460	1	
2	低位前方切除術	83,930	→ 83,930	2	
3	切断術	83,930	→ 83,930	3	
	人工肛門造設加算		→ <b>3,470</b>	注	【注の追加】
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	28,210	→ 28,210	K741	
	直腸瘤手術		→ <b>5,760</b>	K741-2	【新設】
K742	直腸脱手術			K742	
1	経会陰によるもの			1	
イ	腸管切除を伴わないもの	8,410	→ 8,410	イ	
ロ	腸管切除を伴うもの	25,780	→ 25,780	ロ	
2	直腸挙上固定を行うもの	10,900	→ 10,900	2	
3	骨盤底形成を行うもの	18,810	→ 18,810	3	
4	腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620	→ 37,620	4	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	30,200	→ <b>30,810</b>	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(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	5,190	→ 5,190	4	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	-	6,520	5	【項目の追加】
5	P P H	11,260	11,260	6	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	1,380	K743-2	
K743-3	削除			K743-3	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	5,360	K743-4	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	3,750	K743-5	
K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750	3,750	K743-6	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	3,110	K744	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	2,050	K745	
K746	痔瘻根治手術			K746	
1	単純なもの	3,750	3,750	1	
2	複雑なもの	7,470	7,470	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	8,120	8,120	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
1	切除	28,210	28,210	1	
2	直腸切断を伴うもの	70,680	70,680	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
1	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	46,950	46,950	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	70,140	70,140	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
1	肛門狭窄形成手術	5,210	5,210	1	
2	直腸粘膜脱形成手術	7,710	7,710	2	
K753	毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	3,680	K753	
<b>第10款 尿路系・副腎</b>					
<b>(副腎)</b>					
K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210	28,210	K754	
K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	40,100	40,100	K754-2	
K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390	34,390	K754-3	
K755	副腎腫瘍摘出術			K755	
1	皮質腫瘍	39,410	39,410	1	
2	髄質腫瘍(褐色細胞腫)	47,020	47,020	2	
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	
<b>(腎、腎盂)</b>					
K757	腎破裂縫合術	37,620	37,620	K757	
K757-2	腎破裂手術	38,270	38,270	K757-2	
K758	腎周囲膿瘍切開術	3,480	3,480	K758	
K759	腎切半術	37,620	37,620	K759	
K760	癒合腎離断術	47,020	47,020	K760	
K761	腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	10,660	10,660	K761	
K762	腎固定術	10,350	10,350	K762	
K763	腎切石術	27,550	27,550	K763	
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800	32,800	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	33,040	33,040	K765	
K766	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	13,000	K766	
K767	腎盂切石術	27,210	27,210	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300	19,300	K768	
K769	腎部分切除術	35,880	35,880	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930	43,930	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900	42,900	K769-3	
K770	腎囊胞切除縮小術	11,580	11,580	K770	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850	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	<b>18,760</b>	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	54,250	54,250	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240	40,240	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,770	42,770	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	64,720	64,720	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	49,870	49,870	K773-3	
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	52,800	52,800	K773-4	
K773-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	70,730	70,730	K773-5	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	13,860	13,860	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	27,890	27,890	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	28,210	-	K777	【項目の見直し】
	内視鏡によるもの	-	<b>10,300</b>	1	
	その他のもの	-	<b>28,210</b>	2	
K778	腎盂形成手術	33,120	33,120	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600	51,600	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	35,700	35,700	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	43,400	43,400	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	51,850	K779-3	
K780	同種死体腎移植術	98,770	98,770	K780	
注1	臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合	40,000	40,000	注1	
K780-2	生体腎移植術	62,820	62,820	K780-2	
<b>(尿管)</b>					
K781	経尿道的尿路結石除去術			K781	
1	レーザーによるもの	22,270	22,270	1	
2	その他のもの	14,800	14,800	2	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770	-	K781-2	【削除】
K781-3	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250	8,250	K781-3	
K782	尿管切石術			K782	
1	上部及び中部	10,310	10,310	1	
2	膀胱近接部	15,310	15,310	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930	20,930	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400	3,400	K783-2	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	18,810	18,810	K784	
K784-2	尿管剥離術	18,810	18,810	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420	21,420	K785	
K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040	31,040	K785-2	
K786	尿管膀胱吻合術	21,310	<b>25,570</b>	K786	
	尿管形成加算	-	<b>9,400</b>	注	【注の追加】
K787	尿管尿管吻合術	27,210	27,210	K787	
K788	尿管腸吻合術	17,070	17,070	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	46,450	46,450	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	14,200	14,200	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	28,450	<b>30,450</b>	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	36,840	-	K792	【項目の見直し】
	内視鏡によるもの	-	<b>10,300</b>	1	
	その他のもの	-	<b>36,840</b>	2	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	28,210	28,210	K793	
K794	尿管口形成手術	16,580	16,580	K794	
K794-2	経尿道的尿管癌切除術	15,500	15,500	K794-2	
<b>(膀胱)</b>					
K795	膀胱破裂閉鎖術	11,170	11,170	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
1	経尿道的手術	8,320	8,320	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
2	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→	<b>9,270</b>	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060→	9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060→	9,060	K800-2	
K800-3	膀胱水圧拡張術	6,410→	6,410	K800-3	
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	59,350→	59,350	1	
2	その他のもの	51,510→	51,510	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	10,610→	10,610	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	
1	メッシュを使用するもの	30,880→	30,880	1	
2	その他のもの	19,390→	<b>23,260</b>	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	18,680→	<b>22,410</b>	K802-5	
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	40,930→	<b>41,160</b>	K802-6	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	
1	切除	34,150→	34,150	1	
2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	66,890→	66,890	2	
3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	80,160→	80,160	3	
4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	107,800→	107,800	4	
5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	110,600→	110,600	5	
6	経尿道的手術			6	
イ	電解質溶液利用のもの	12,300→	12,300	イ	
ロ	その他のもの	10,400→	10,400	ロ	
注	狭帯域光強調加算	200→	200	注	
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380→	-	K803-2	【項目の見直し】
	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	-→	<b>76,880</b>	1	
	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	-→	<b>117,790</b>	2	
	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	-→	<b>120,590</b>	3	
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	87,380→	-	K803-3	【項目の見直し】
	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	-→	<b>74,880</b>	1	
	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	-→	<b>115,790</b>	2	
	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	-→	<b>118,590</b>	3	
K804	尿管摘出術	10,950→	10,950	K804	
K804-2	腹腔鏡下尿管摘出術	18,360→	<b>22,030</b>	K804-2	
K805	膀胱瘻造設術	3,530→	3,530	K805	
	膀胱皮膚瘻造設術	-→	<b>25,200</b>	K805-2	【新設】
	導尿管造設術	-→	<b>49,400</b>	K805-3	【新設】
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870→	<b>8,700</b>	K806	
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	27,700→	27,700	K807	
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	27,700→	27,700	K808	【項目の見直し】
	内視鏡によるもの	-→	<b>10,300</b>	1	
	その他のもの	-→	<b>27,700</b>	2	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	37,180→	37,180	K809	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	23,520→	<b>25,570</b>	K809-2	
注	尿管形成加算	9,400→	9,400	注	
K809-3	腹腔鏡下膀胱内手術	37,440→	<b>39,280</b>	K809-3	
K810	ポアリー氏手術	36,840→	36,840	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	48,200→	48,200	K811	
K812	回腸(結腸)導管造設術	49,570→	49,570	K812	
K812-2	排泄腔外反症手術			K812-2	
1	外反膀胱閉鎖術	70,430→	70,430	1	
2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710→	103,710	2	
(尿道)					
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160→	1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010→	1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
1	前部尿道	2,180→	2,180	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 816	2 後部尿道 外尿道腫瘍切除術	5,250→	<b>6,300</b>	2	
K 817	尿道悪性腫瘍摘出術	2,180→	2,180	K 816 K 817	
	1 摘出	32,230→	32,230	1	
	2 内視鏡による場合	23,130→	23,130	2	
	3 尿路変更を行う場合	54,060→	54,060	3	
K 818	尿道形成手術			K 818	
	1 前部尿道	17,030→	17,030	1	
	2 後部尿道	37,700→	37,700	2	
K 819	尿道下裂形成手術	33,790→	33,790	K 819	
K 819-2	陰茎形成術	43,930→	<b>52,710</b>	K 819-2	
K 820	尿道上裂形成手術	39,000→	39,000	K 820	
K 821	尿道狭窄内視鏡手術	15,040→	15,040	K 821	
K 821-2	尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200→	14,200	K 821-2	
K 821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300→	12,300	K 821-3	
K 822	女子尿道脱手術	7,560→	7,560	K 822	
K 823	尿失禁手術			K 823	
	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	
K 823-2	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	K 823-2	
K 823-3	膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	23,320→	23,320	K 823-3	
K 823-4	腹腔鏡下尿失禁手術	32,440→	32,440	K 823-4	
K 823-5	人工尿道括約筋植込・置換術	23,920→	23,920	K 823-5	
<b>第11款 性器</b>					
<b>(陰茎)</b>					
K 824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130→	1,130	K 824	
K 825	陰茎全摘術	16,630→	16,630	K 825	
K 826	陰茎切断術	5,850→	<b>7,020</b>	K 826	
K 826-2	陰茎折症手術	8,550→	8,550	K 826-2	
K 826-3	陰茎様陰核形成手術	5,850→	<b>7,020</b>	K 826-3	
K 827	陰茎悪性腫瘍手術			K 827	
	1 陰茎切除	21,750→	<b>23,200</b>	1	
	2 陰茎全摘	36,500→	36,500	2	
K 828	包茎手術			K 828	
	1 背面切開術	740→	740	1	
	2 環状切除術	2,040→	2,040	2	
K 828-2	陰茎持続勃起症手術			K 828-2	
	1 亀頭—陰茎海绵体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	4,670→	4,670	1	
	2 その他のシャント術によるもの	18,600→	18,600	2	
<b>(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)</b>					
K 829	精管切断、切除術(両側)	2,550→	2,550	K 829	
K 830	精巣摘出術	2,770→	2,770	K 830	
K 830-2	精巣外傷手術			K 830-2	
	1 陰囊内血腫除去術	3,200→	3,200	1	
	2 精巣白膜縫合術	3,400→	3,400	2	
K 831及び K 831-2	削除			K 831及び K 831-2	
K 832	精巣上体摘出術	4,200→	4,200	K 832	
K 833	精巣悪性腫瘍手術	10,290→	<b>12,340</b>	K 833	
K 834	精索静脈瘤手術	2,480→	<b>2,970</b>	K 834	
K 834-2	腹腔鏡下内精索静脈結紮術	18,590→	<b>20,500</b>	K 834-2	
	顕微鏡下精索静脈結紮術	—→	<b>12,500</b>	K 834-3	<b>【新設】</b>
K 835	陰囊水腫手術			K 835	
	1 交通性陰囊水腫手術	3,620→	3,620	1	
	2 その他	2,290→	2,290	2	
K 836	停留精巣固定術	9,740→	9,740	K 836	
K 836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	37,170→	37,170	K 836-2	
K 837	精管形成手術	11,310→	<b>12,470</b>	K 837	
K 838	精索捻転手術			K 838	
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,810→	7,810	1	
	2 その他のもの	8,230→	8,230	2	
<b>(精囊、前立腺)</b>					
K 839	前立腺膿瘍切開術	2,770→	2,770	K 839	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 840	前立腺被膜下摘出術	15,920	15,920	K 840	
K 841	経尿道的前立腺手術			K 841	
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	
K 841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術			K 841-2	
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	
K 841-3	経尿道的前立腺高温度治療(一連につき)	5,000	5,000	K 841-3	
K 841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	5,000	K 841-4	
	経尿道的前立腺核出術		→ 21,500	K 841-5	【新設】
K 842	削除			K 842	
K 843	前立腺悪性腫瘍手術	41,080	41,080	K 843	
K 843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430	77,430	K 843-2	
K 843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780	59,780	K 843-3	
K 843-4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	95,280	95,280	K 843-4	
(外陰、会陰)					
K 844	バルトリン腺膿瘍切開術	780	780	K 844	
K 845	処女膜切開術	790	790	K 845	
K 846	処女膜切除術	980	980	K 846	
K 847	輪状処女膜切除術	2,230	2,230	K 847	
K 848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760	2,760	K 848	
K 849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	2,340	K 849	
K 850	女子外性器悪性腫瘍手術			K 850	
1	切除	29,190	29,190	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	63,200	63,200	2	
K 850-2	陰絨毛性腫瘍摘出術	23,830	23,830	K 850-2	
K 851	会陰形成手術			K 851	
1	筋層に及ばないもの	2,330	2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	5,760	6,910	2	
K 851-2	外陰・陰血腫除去術	1,600	1,600	K 851-2	
K 851-3	癒合陰唇形成手術			K 851-3	
1	筋層に及ばないもの	2,330	2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	5,760	6,240	2	
(腔)					
K 852	腔壁裂創縫合術(分娩時を除く。)			K 852	
1	前又は後壁裂創	2,760	2,760	1	
2	前後壁裂創	5,410	6,330	2	
3	腔円蓋に及ぶ裂創	8,280	8,280	3	
4	直腸裂傷を伴うもの	31,940	31,940	4	
K 853	腔閉鎖術			K 853	
1	中央腔閉鎖術(子宮全脱)	6,370	7,410	1	
2	その他	2,580	2,580	2	
K 854	腔式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	2,230	K 854	
K 854-2	後腔円蓋切開(異所性妊娠)	2,230	2,230	K 854-2	【名称の見直し】
K 855	腔中隔切除術			K 855	
1	不全隔のもの	1,260	1,260	1	
2	全中隔のもの	2,540	2,540	2	
K 856	腔壁腫瘍摘出術	2,540	2,540	K 856	
K 856-2	腔壁嚢腫切除術	2,540	2,540	K 856-2	
K 856-3	腔ポリープ切除術	1,040	1,040	K 856-3	
K 856-4	腔壁尖圭コンジローム切除術	1,040	1,040	K 856-4	
K 857	腔壁悪性腫瘍手術	37,070	44,480	K 857	
K 858	腔腸瘻閉鎖術	35,130	-	K 858	
	内視鏡によるもの	-	10,300	1	
	その他のもの	-	35,130	2	
K 859	造腔術、腔閉鎖症術			K 859	
1	拡張器利用によるもの	2,130	2,130	1	
2	遊離植皮によるもの	18,810	18,810	2	
3	腔断端挙上によるもの	28,210	28,210	3	
4	腸管形成によるもの	47,040	47,040	4	
5	筋皮弁移植によるもの	55,810	55,810	5	
K 859-2	腹腔鏡下造腔術	38,690	38,690	K 859-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K 860	陰壁形成手術	7,880→	7,880	K 860	
K 860-2	陰断端挙上術(陰式、腹式)	29,190→	29,190	K 860-2	
<b>(子宮)</b>					
K 861	子宮内膜搔爬術	1,180→	1,180	K 861	
K 862	クレニッヒ手術	7,710→	7,710	K 862	
K 863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	20,610→	20,610	K 863	
K 863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剝離術を含む。)	18,590→	18,590	K 863-2	
K 863-3	子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17,810→	17,810	K 863-3	
K 864	子宮位置矯正術			K 864	
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→	<b>8,140</b>	2	
3	癒着剝離矯正術	14,070→	<b>16,420</b>	3	
K 865	子宮脱手術			K 865	
1	陰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	陰壁形成手術及び子宮全摘術(陰式、腹式)	28,210→	28,210	4	
K 865-2	腹腔鏡下仙骨腔固定術	48,240→	48,240	K 865-2	
K 866	子宮頸管ポリープ切除術	990→	990	K 866	
K 866-2	子宮腔部冷凍凝固術	990→	990	K 866-2	
K 867	子宮頸部(陰部)切除術	3,330→	3,330	K 867	
K 867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470→	470	K 867-2	
K 867-3	子宮頸部摘出術(陰部切断術を含む。)	3,330→	3,330	K 867-3	
K 867-4	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	K 867-4	
K 868からK 870 まで	削除			K 868からK 870 まで	
K 871	子宮息肉様筋腫摘出術(陰式)	3,810→	3,810	K 871	
K 872	子宮筋腫摘出(核出)術			K 872	
1	腹式	24,510→	24,510	1	
2	陰式	14,290→	14,290	2	
K 872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	37,620→	37,620	K 872-2	
K 872-3	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	K 872-3	
K 872-4	痕跡副角子宮手術			K 872-4	
1	腹式	15,240→	15,240	1	
2	陰式	8,450→	8,450	2	
K 872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450→	8,450	K 872-5	
K 873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	17,100→	17,100	K 873	
K 874及びK 875	削除			K 874及びK 875	
K 876	子宮腔上部切断術	9,500→	<b>10,390</b>	K 876	
K 876-2	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	14,620→	<b>17,540</b>	K 876-2	
K 877	子宮全摘術	28,210→	28,210	K 877	
K 877-2	腹腔鏡下陰式子宮全摘術	42,050→	42,050	K 877-2	
K 878	広靱帯内腫瘍摘出術	14,290→	<b>16,120</b>	K 878	
K 878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130→	28,130	K 878-2	
K 879	子宮悪性腫瘍手術	62,000→	62,000	K 879	
K 879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	70,200→	70,200	K 879-2	【名称の見直し】
K 880	削除			K 880	
K 881	腹壁子宮瘻手術	23,240→	<b>23,290</b>	K 881	
K 882	重複子宮、双角子宮手術	25,280→	25,280	K 882	
K 883	子宮頸管形成手術	3,590→	3,590	K 883	
K 883-2	子宮頸管閉鎖症手術			K 883-2	
1	非観血的	180→	180	1	
2	観血的	3,590→	3,590	2	
K 884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	23,240→	<b>23,290</b>	K 884	
<b>(子宮附属器)</b>					
K 885	陰式卵巣嚢腫内容排除術	1,350→	1,350	K 885	
K 885-2	経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1,490→	1,490	K 885-2	
K 886	子宮附属器癒着剝離術(両側)			K 886	
1	開腹によるもの	11,580→	<b>13,890</b>	1	
2	腹腔鏡によるもの	21,370→	21,370	2	
K 887	卵巣部分切除術(陰式を含む。)			K 887	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K887-2	1 開腹によるもの	5,130	6,150	K887-2	
	2 腹腔鏡によるもの	18,810	18,810		
K887-3	1 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)	4,350	4,350	K887-3	
	2 開腹によるもの	18,810	18,810		
K887-4	1 開腹によるもの	4,350	5,220	K887-4	
	2 腹腔鏡によるもの	18,810	18,810		
K888	1 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	24,130	24,130	K888	
	2 子宮付属器腫瘍摘出術(両側)				
K888-2	1 開腹によるもの	15,720	17,080	K888-2	
	2 腹腔鏡によるもの	25,940	25,940		
K889	1 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)	12,460	12,460	K889	
	2 開腹によるもの	25,540	25,540		
K890	子宮付属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500	58,500	K890	
K890-2	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	27,380	27,380	K890-2	
K890-3	腹腔鏡下卵管形成術	46,410	46,410		
<b>(産科手術)</b>					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	3,170	3,170	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,550	2,550	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	
K895	1 低位(出口)鉗子	2,700	2,700	K895	
	2 中位鉗子	4,760	4,760		
K896	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	1,530	K896	
K897	1 会陰(陰壁)裂創縫合術(分娩時)	1,650	1,650	K897	
	2 筋層に及ぶもの	3,860	4,630		
	3 肛門に及ぶもの	4,320	4,320		
	4 陰門蓋に及ぶもの	8,200	8,920		
K898	直腸裂創を伴うもの	4,900	5,880	K898	
K899	1 頸管裂創縫合術(分娩時)	22,200	22,200	K899	
	2 帝王切開術	20,140	20,140		
K900	1 緊急帝王切開	2,000	2,000	K900	注
	2 選択帝王切開				
K901	複雑な場合	3,220	3,220	K901	
K902	胎児縮小術(娩出術を含む。)	1,240	1,240	K902	
K903	臍帯還納術	1,240	1,240	K903	
K904	腕垂肢整復術	2,460	2,460	K904	
K905	子宮両手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	2,350	2,350	K905	
K906	1 胎盤用手剥離術	29,190	29,190	K906	
	2 子宮破裂手術	29,190	29,190		
	3 子宮全摘除を行うもの	14,500	16,130		
K907	子宮全摘除を行うもの	33,120	33,120	K907	
K908	1 妊婦子宮摘出術(ポロー手術)	340	340	K908	
	2 子宮内反症整復手術(腔式、腹式)	13,820	15,490		
K909	1 非観血的	1,680	1,680	K909	
	2 観血的	3,090	3,090		
	3 子宮頸管縫縮術	1,500	1,500		
K910	マクドナルド法	1,500	1,500	K910	
K911	シロッカー法又はラッシュ法	670	670	K911	
K912	縫縮解除術(チューブ除去術)	1,190	1,190	K912	
K913	胎児外回転術			K913	
K914	胎児内(双合)回転術			K914	
K915	流産手術			K915	
K916	1 妊娠11週までの場合	2,000	-	K916	【項目の見直し】
	2 手動真空吸引法によるもの	-	4,000		
K917	1 その他のもの	-	2,000	K917	イ ロ
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110	5,110		
K918	子宮内容除去術(不全流産)	1,980	1,980	K918	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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)	11,880→	11,880	K910-3	
K911	胞状奇胎除去術	4,120→	4,120	K911	
K912	異所性妊娠手術			K912	【名称の見直し】
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				
1	開腹によるもの	6,280→	6,280	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,590→	18,590	2	
<b>第12款 削除</b>					
<b>第13款 臓器提供管理料</b>					
K914	脳死臓器提供管理料	20,000→	20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000→	5,000	K915	
<b>第2節 輸血料</b>					
K920	輸血			K920	
1	自家採血輸血(200mLごとに)			1	
イ	1回目	750→	750	イ	
ロ	2回目以降	650→	650	ロ	
2	保存血液輸血(200mLごとに)			2	
イ	1回目	450→	450	イ	
ロ	2回目以降	350→	350	ロ	
3	自己血貯血			3	
イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
(1)	液状保存の場合	250→	250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500→	500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	
(1)	液状保存の場合	250→	250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500→	500	(2)	
4	自己血輸血			4	
イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
(1)	液状保存の場合	750→	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500→	1,500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ	
(1)	液状保存の場合	750→	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500→	1,500	(2)	
5	希釈式自己血輸血			5	
イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	1,000→	1,000	イ	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	1,000→	1,000	ロ	
6	交換輸血(1回につき)	5,250→	5,250	6	
注5	輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用	48→	54	注5	
注6	不規則抗体検査の費用	197→	197	注6	
注7	H L A型適合血小板輸血に伴って行ったH L A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	H L A型適合血小板輸血に伴って行ったH L A型クラスII(D R、D Q、D P)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,400→	1,400	注7	
注8	血液交叉試験加算	30→	30	注8	
注8	間接クームス検査加算	34→	47	注8	
注8	コンピュータクロスマッチ加算	→	30	注8	
注9	乳幼児加算	26→	26	注9	
注12	血小板洗浄術加算	580→	580	注12	
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	
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	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K921	注3 貯血式自己血輸管理体制加算 造血幹細胞採取(一連につき)	50→	50	K921	注3
	1 骨髓採取			1	
	イ 同種移植の場合	21,640→	21,640	イ	
	ロ 自家移植の場合	17,440→	17,440	ロ	
	2 末梢血幹細胞採取			2	
	イ 同種移植の場合	21,640→	21,640	イ	
	ロ 自家移植の場合	17,440→	17,440	ロ	
K922	造血幹細胞移植			K922	
	1 骨髓移植			1	
	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 乳幼児加算	26→	26	注3	
	注7 抗HLA抗体検査加算	4,000→	4,000	注7	
	非血縁者間移植加算	→	10,000	注8	【注の追加】
	コーデイナー体制充実加算	→	1,500	注9	【注の追加】
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→	-	K923	【項目の見直し】
	濃縮及び洗浄を行うもの	→	5,500	1	
	濾過を行うもの	→	3,500	2	
K924	自己生体組織接着剤作成術	1,400→	4,340	K924	
	自己クリオプレシビテート作製術(用手法)	→	1,760	K924-2	【新設】
<b>第3節 手術医療機器等加算</b>					
K930	脊髄誘発電位測定等加算			K930	
	1 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	3,130→	3,130	1	
	2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	2,500→	2,500	2	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000→	3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000→	10,000	K932	
K933	イオントフォレーゼ加算	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	
K937-2	術中グラフト血流測定加算	2,500→	2,500	K937-2	
K938	体外衝撃波消耗性電極加算	3,000→	3,000	K938	
K939	画像等手術支援加算			K939	
	1 ナビゲーションによるもの	2,000→	2,000	1	
	2 実物大臓器立体モデルによるもの	2,000→	2,000	2	
	3 患者適合型手術支援ガイドによるもの	2,000→	2,000	3	
K939-2	術中血管等描出撮影加算	500→	500	K939-2	
K939-3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	450→	450	K939-3	
K939-4	削除			K939-4	
K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500→	2,500	K939-5	
K939-6	凍結保存同種組織加算	9,960→	81,610	K939-6	
	レーザー機器加算			K939-7	【新設】
	レーザー機器加算1	→	50	1	
	レーザー機器加算2	→	100	2	
	レーザー機器加算3	→	200	3	

## 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
K476 8	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	K476 8	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)
K476 9	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	K476 9	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K854-2	後腔門蓋切開（子宮外妊娠）	K854-2	後腔門蓋切開（異所性妊娠）
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
K912	子宮外妊娠手術	K912	異所性妊娠手術

第10部 手術(2) (新設、通則・注の見直し等)

※全体の点数改正等は(1)を参照

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号K007(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K136-2、K169(注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K464-2、K476(1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K530-3、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595(注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、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。</p>	<p>4 区分番号K007(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K136-2、K169(注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K400の3、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K476(1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K595(注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K656-2、K664-3、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818(1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K819(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K819-2(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K823-5、K825(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K830(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851(1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K858の1、K859(2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K865-2、K877(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K877-2(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K879-2、K888(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局</p>

項 目	現 行	改 正
【通則の見直し】	<p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>長等に届け出ることを要しない。</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、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、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>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。</p>	<p>6 区分番号K528、K528-3、K535、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>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。</p>	<p>7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K684-2、K684-2、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からK805-3まで、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
<p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の追加】</p>	<p>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。</p> <p>17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。</p> <p>17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>18 K504-2、K513-2、K514-2の3、K529-2、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K740-2、K803-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p>
<p><b>第1節 手術料</b></p> <p><b>第1款 皮膚・皮下組織</b></p> <p><b>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p>	<p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p>
<p><b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b></p> <p><b>K134-2 内視鏡下椎間板摘出（切除）術</b></p> <p>【注の追加】</p>	<p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。</p>
<p><b>第3款 神経系・頭蓋</b></p> <p><b>K169 頭蓋内腫瘍摘出術</b></p> <p>【注の見直し】</p> <p><b>K177 脳動脈瘤頸部クリッピング</b></p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラボルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、10,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;">（追加）</p>	<p>注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラボルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイ</p>

項 目	現 行	改 正
		フローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。
<b>第7款 胸部</b> <b>K476 乳腺悪性腫瘍手術</b> 【注の見直し】  <b>K514-6 生体部分肺移植術</b> 【注の追加】  【新設】	注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。  (追加)  (新設)	注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニグリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。  注3 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。 <b>K523-2 硬性内視鏡下食道異物摘出術</b> 5,360点 注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K369に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及びK653-3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。
<b>第8款 心・脈管</b> 【新設】   【新設】	(新設)   (新設)	<b>K555-3 胸腔鏡下弁置換術</b> 1 1弁のもの 115,500点 2 2弁のもの 130,200点 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 <b>K559-3 経皮的僧帽弁クリップ術</b> 34,930点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
<b>第9款 腹部</b> 【新設】  <b>K695 肝切除術</b> 【注の追加】  【新設】  【新設】  【新設】  <b>K740 直腸切除・切断術</b> 【注の追加】	(新設)  (追加)  (新設)  (新設)  (新設)  (追加)	<b>K689-2 経皮経肝バルーン拡張術</b> 12,270点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。  注 区分番号K697-2に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号K697-3に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合には、局所穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。 <b>K716-3 移植用部分小腸採取術 (生体)</b> 56,850点 注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。 <b>K716-4 生体部分小腸移植術</b> 164,240点 注1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 注2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。 <b>K716-5 移植用小腸採取術 (死体)</b> 65,140点 注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。 <b>K716-6 同種死体小腸移植術</b> 177,980点 注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。  注 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算

項 目	現 行	改 正
K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 【注の追加】	(追加)	として、2,000点を所定点数に加算する。  注 1 及び2については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。
第10款 尿路系・副腎 K786 尿管膀胱吻合術 【注の追加】	(追加)	注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。
第2節 輸血料 K920 輸血 【注の見直し】  【注の見直し】  K922 造血幹細胞移植 【注の追加】  【注の追加】  【新設】	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)の費用として48点を所定点数に加算する。 注8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。  (追加)  (追加)  (新設)	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)の費用として54点を所定点数に加算する。 注8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。  注8 1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。 注9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。 <b>K924-2 自己クリオプレシピテート作製術(用手法)</b> 1,760点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。
第3節 手術医療機器等加算 K932 創外固定器加算 【注の見直し】  K936 自動縫合器加算 【注の見直し】	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。  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、	注 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3又はK443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 1 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K654-3の2からK655-2まで、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K700からK700-3

項 目	現 行	改 正
【注の追加】		
K936-2 自動吻合器加算 【注の見直し】	K739-3、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 K 522-3、K 525、K 529、K 529-2、K 531からK 532-2まで、K 655、K 655-2、K 655-4、K 657、K 657-2、K 702、K 703、K 719の3、K 719-2の2、K 719-3、K 739、K 740、K 740-2、K 803及びK 817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。	まで、K 702からK 703-2まで、K 705、K 706、K 711-2、K 716、K 716-2、K 719からK 719-3まで、K 719-5、K 732の2、K 735、K 735-3、K 735-5、K 739、K 739-3、K 740、K 740-2、K 803からK 803-3まで及びK 817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 2 区分番号 K 552、K 552-2、K 554、K 555、K 557からK 557-3まで、K 560及びK 594の3に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。
K937-2 術中グラフト血流測定加算 【注の見直し】	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。	注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。
K939 画像等手術支援加算 【項目の見直し】	1 ナビゲーションによるもの 2,000点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。 3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点 注 区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。	1 ナビゲーションによるもの 2,000点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。 3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点 注 区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。
【新設】	(新設)	K939-7 レーザー機器加算 1 レーザー機器加算1 50点 2 レーザー機器加算2 100点 3 レーザー機器加算3 200点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。 注2 1については、K406（1に限る。）、K413（1に限る。）、K421（1に限る。）、K423（1に限る。）及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した



項 目	現 行	改 正
		<p>場合に算定する。</p> <p>注3 2については、区分番号K413（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。</p> <p>注4 3については、区分番号K406（2に限る。）、K409、K411、K421（2に限る。）、K423（2に限る。）、K451及びK452に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。</p>

## 第2章 特掲診療料 第11部 麻酔

項 目	現 行	改 正
<b>通則</b>	<p>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。</p> <p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>→ 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、<u>未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算</u>として</p> <p>→ <u>特殊なもの</u></p>
<b>第1節 麻酔料</b>	<p>L 000 迷もう麻酔 31点</p> <p>L 001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点</p> <p>L 001-2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 120点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合） 600点</p> <p>3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 800点</p> <p>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</p>	<p>→ <u>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、幼児加算として</u></p>

項	目	現	行	改	正	
L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	【点数の見直し】	する。				
		注2 3については、 <u>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。</u>		→	<u>静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として</u>	
		<b>L 002 硬膜外麻酔</b>				
		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。		→	<u>実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として</u>	
		<b>L 003 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。）</b> 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。		→	<u>精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として</u>	
		<b>L 004 脊椎麻酔</b> 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。		→	<u>実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として</u>	
		<b>L 005 上・下肢伝達麻酔</b> 170点				
		<b>L 006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔</b> (瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む)				
			150点			
		<b>L 007 開放点滴式全身麻酔</b>	310点			
		<b>L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</b>				
		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	24,900点		
		ロ イ以外の場合	18,300点	18,200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	16,600点				
ロ イ以外の場合	12,200点	12,100点				
3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）						
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	12,450点	12,450点				
ロ イ以外の場合	9,150点	9,050点				
4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）						
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	9,130点	9,130点				
ロ イ以外の場合	6,710点	6,610点				
5 その他の場合						
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	8,300点	8,300点				
ロ イ以外の場合	6,100点	6,000点				

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="157 1081 281 1110">【注の見直し】</p> <p data-bbox="157 1690 260 1719">【注の追加】</p>	<p data-bbox="377 135 795 212">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。</p> <p data-bbox="377 212 795 289">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。</p> <p data-bbox="418 289 795 338">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</p> <p data-bbox="418 338 795 386">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</p> <p data-bbox="418 386 795 434">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</p> <p data-bbox="418 434 795 483">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</p> <p data-bbox="418 483 795 531">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</p> <p data-bbox="377 531 795 705">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。</p> <p data-bbox="377 705 795 763">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。</p> <p data-bbox="418 763 795 792">イ 頸・胸部 750点</p> <p data-bbox="418 792 795 821">ロ 腰部 400点</p> <p data-bbox="418 821 795 850">ハ 仙骨部 170点</p> <p data-bbox="377 850 795 975">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のイからハマで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。</p> <p data-bbox="377 975 795 1081">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。</p> <p data-bbox="377 1081 795 1265">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。</p> <p data-bbox="377 1323 795 1400">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。</p> <p data-bbox="377 1400 795 1477">注9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 1477 795 1690">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、術中に非侵襲的動脈血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的動脈血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="727 1690 788 1719">（追加）</p>	<p data-bbox="816 212 1234 270">→ 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として</p> <p data-bbox="816 714 1234 772">→ 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔併施加算として</p> <p data-bbox="816 850 1234 908">→ 硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として</p> <p data-bbox="816 927 953 956">→ 85点を更に</p> <p data-bbox="816 1081 1234 1323">注7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="816 1400 1234 1458">→ 神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として</p> <p data-bbox="816 1690 1234 1845">注11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
L 009 麻酔管理料 (I)	<p>L 008-2 低体温療法 (1日につき) 12,200点</p> <p>注1 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-3 経皮的体温調節療法 (一連につき) 5,000点</p> <p>L 009 麻酔管理料 (I)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注3 区分番号L 010に掲げる麻酔管理料 (II) を算定している場合は算定できない。</p> <p>注4 区分番号K 017、K 020、K 136-2、K 151-2、K 175の2、K 379-2の2、K 395、K 558、K 560の3のイ、K 560の3のロ、K 560の3のハ、K 560の5、K 579-2の2、K 581の3、K 582の3、K 584の2、K 605-2、K 605-4、K 645、K 675の5、K 677-2の1、K 697-5、K 697-7及びK 801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L 008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。</p>	<p>→ 3日間を限度として</p> <p>250点</p> <p>1,050点</p> <p>→ 帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として</p>
L 010 麻酔管理料 (II)	<p>L 010 麻酔管理料 (II)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p>	<p>150点</p> <p>450点</p> <p>注4 区分番号K 017、K 020、K 136-2、K 142-2の1、K 151-2、K 154-2、K 169の1、K 172、K 175の2、K 177、K 314の2、K 379-2の2、K 394の2、K 395、K 403の2、K 415の2、K 514の9、K 514-4、K 519、K 529の1、K 529-2の2、K 552の1、K 553の3、K 553-2の2、K 553-2の3、K 555の3、K 558、K 560の1のイからK 560の1のハマまで、K 560の2、K 560の3のイからK 560の3のニまで、K 560の4、K 560の5、K 560-2の2のニ、K 567の3、K 579-2の2、K 580の2、K 581の3、K 582の2、K 582の3、K 583、K 584の2、K 585、K 586の2、K 587、K 592-2、K 605-2、K 605-4、K 610の1、K 645、K 675の4、K 675の5、K 677-2の1、K 695の4、K 695の6、K 695の7、K 697-5、K 697-7、K 703、K 704、K 801の1、K 803の2、K 803の4及びK 803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L 008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。</p>
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)	

項 目	現 行	改 正
	<p><b>ス毒素使用)</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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、肩甲骨背神経ブロック、肩甲骨上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不对神経節ブロック、前頭神経ブロック 170点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p><b>L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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、不对神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p> <p>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</p>	

項 目	現 行	改 正
<p>L 105 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。） 【名称の見直し】</p>	<p>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L 102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L 102 神経幹内注射 25点 L 103 カテラン硬膜外注射 140点 L 104 トリガーポイント注射 80点</p> <p>L 105 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。</p>	<p>L 105 神経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。）</p> <p>→ 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として</p>
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>L 200 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。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>L 300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第12部 放射線治療

項 目	現 行	改 正
<b>通則</b>	<p>1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 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。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM001-3まで及びM002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。</p>	<p>→ 特殊なもの</p>
<p><b>第1節 放射線治療管理・実施料</b></p> <p><b>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</b></p> <p><b>【注の見直し】</b></p>	<p><b>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の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、<u>330点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに對</p>	<p>→ 放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に</p>



項 目	現 行	改 正
<p>【注の追加】</p> <p><b>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</b></p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p><b>M001 体外照射</b></p>	<p>して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>（追加）</p> <p><b>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</b></p> <p>1 甲状腺癌に対するもの 1,390点</p> <p>2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点</p> <p>3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点</p> <p>4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（追加）</p> <p><b>M001 体外照射</b></p> <p>1 エックス線表在治療</p> <p>イ 1回目 110点</p> <p>ロ 2回目 33点</p> <p>2 高エネルギー放射線治療</p> <p>イ 1回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 840点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,320点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,800点</p> <p>ロ 2回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 660点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 900点</p>	<p>対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>1 甲状腺癌に対するもの 1,390点</p> <p>2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点</p> <p>3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点</p> <p>4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点</p> <p>5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 2,630点</p> <p>注4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正
【項目の見直し】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>3 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p>イ 1回目 3,000点 ロ 2回目 1,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</p> <p>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。</p> <p>注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p>	<p>3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000点</p>
【注の見直し】	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの(3)若しくは口の(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り300点を所定点数に加算する。</p> <p>注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。</p>	<p>→ 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として</p> <p>→ 1日を限度として</p> <p>→ 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、2のイの(3)若しくは口の(3)又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 体表面の位置情報によるもの 150点 ロ 骨構造の位置情報によるもの 300点 ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450点</p>
【注の追加】	<p>（追加）</p> <p>M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点</p> <p>M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）</p> <p>1 定位放射線治療の場合 63,000点 2 1以外の場合 8,000点</p> <p>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。</p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正
M001-4 粒子線治療（一連につき）	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	
	<b>M001-4 粒子線治療（一連につき）</b>	
	【項目の見直し】	
	1 重粒子線治療の場合 150,000点	1 希少な疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 187,500点 ロ 陽子線治療の場合 187,500点
	2 陽子線治療の場合 150,000点	2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 110,000点 ロ 陽子線治療の場合 110,000点
	【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行われる場合に限り算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し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。	〈削除〉
	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2 (略)
	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。	注3 (略)
	<b>M002 全身照射（一連につき） 30,000点</b>	
	注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。	
	<b>M003 電磁波温熱療法（一連につき）</b>	
	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	
<b>M004 密封小線源治療（一連につき）</b>		
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		

項 目	現 行	改 正
	<p>算する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>M005 血液照射 110点</p>	<p>→ 永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として</p> <p>→ 630点を所定点数に加算する。</p> <p>→ 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、食道用アプリケーター加算又は気管、気管支用アプリケーター加算として</p>
<p>第2節 特定保険医療材料</p>	<p>M200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	

## 第2章 特掲診療料 第13部 病理診断

項 目	現 行	改 正
<p><b>通則</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<p>→ 保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察</p> <p>→ <u>迅速細胞診</u></p>
<p><b>第1節 病理標本作製料</b></p> <p>N000 病理組織標本作製（1臓器につき） 【名称の見直し】</p>	<p><b>通則</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p>N000 病理組織標本作製（1臓器につき）</p>	<p>N000 病理組織標本作製</p>

項 目	現 行	改 正
【項目の見直し】	860点 病理組織標本作製（1臓器につき） 860点  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 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 H E R 2 タンパク 690点 4 E G F R タンパク 690点 5 C C R 4 タンパク 10,000点 6 A L K 融合タンパク 2,700点 7 C D 30 400点 8 その他（1臓器につき） 400点 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 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	病理組織標本作製 1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860点
N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 【名称の見直し】	N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）	N003-2 迅速細胞診
【項目の見直し】	450点 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点	迅速細胞診 1 手術中の場合（1手術につき） 450点 2 検査中の場合（1検査につき） 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 3 セルブロック法によるもの 860点	1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点
【注の見直し】	注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、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。	注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。
【新設】	N005 H E R 2 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 A L K 融合遺伝子標本作製 6,520点（新設）	N005-3 P D-L 1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点
第2節 病理診断・判断料 N006 病理診断料	N006 病理診断料 1 組織診断料 450点	

項 目	現 行	改 正
<p>【注の見直し】</p>	<p>2 細胞診断料 200点</p> <p>注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、病理診断を専ら担当する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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 120点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 60点</p> <p>ロ 病理診断管理加算2</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 320点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 160点</p> <p>(追加)</p>	<p>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（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>→ 迅速細胞診</p> <p>注5 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>		

項 目	現 行	改 正
	<p><b>N007 病理判断料</b> 150点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	



# 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
	<p>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。</p>	
<p><b>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</b></p>	<p><b>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</b></p> <p><b>1 緊急時施設治療管理料</b> 500点  <small>注</small> 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。</p> <p><b>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料</b>  <small>薬剤</small> 自己連続携帯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  <small>注</small> 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。</p> <p><b>3 施設入所者材料料</b>  <small>イ</small> 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  <small>ロ</small> 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  <small>注</small> イ及びロの算定方法については第2章の例による。</p> <p><b>4 その他の診療料</b>            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。  <small>イ</small> 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  <small>ロ</small> 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。）  <small>ハ</small> 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。）  <small>ニ</small> 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。）  <small>ホ</small> 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。）  <small>ヘ</small> 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に</p>	

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。）	
<b>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</b>	<b>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</b> <b>1 施設入所者共同指導料</b> 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。 <b>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料</b> 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。 <b>3 施設入所者材料料</b> 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。 <b>4 その他の診療料</b> 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。） ス 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

現 行	改 正
<p>1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。</p> <p>2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成30年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>イ 区分番号D003の9に掲げるキモトリブシン（糞便）</p> <p>ロ 区分番号D004の1に掲げる酸度測定（胃液）</p> <p>ハ 区分番号D004の9に掲げる乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）半定量（腔分泌液）</p> <p>ニ 区分番号D004の11に掲げるⅡ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）</p> <p>ホ 区分番号D006の2に掲げる全血凝固時間</p> <p>ヘ 区分番号D006の7に掲げるヘパラスチンテスト</p> <p>ト 区分番号D006の14に掲げるフィブリノゲン分解産物（FgDP）</p> <p>チ 区分番号D006の35に掲げるフィブリノペプチドリ</p> <p>リ 区分番号D007の1に掲げる膠質反応</p> <p>ヌ 区分番号D007の50に掲げるCKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ（PH）</p> <p>ル 区分番号D007の51に掲げる<math>\alpha</math>-フェトプロテイン（AFP）定性（腔分泌液）</p> <p>ヲ 区分番号D009の9に掲げるCA50</p> <p>ワ 区分番号D009の16に掲げるⅠ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（PICP）、SP1</p> <p>カ 区分番号D009の20に掲げる遊離型フコース（尿）</p> <p>ヨ 区分番号D009の22に掲げるCA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピン<math>\beta</math>分画コアフラグメント（HCG<math>\beta</math>-CF）（尿）</p> <p>タ 区分番号D009の23に掲げる腫瘍胎児性抗原（POA）</p> <p>レ 区分番号D009の25に掲げるHER2蛋白（乳頭分泌液）</p> <p>ソ 区分番号D012の5に掲げる連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量</p> <p>ツ 区分番号D012の16に掲げる抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量</p> <p>ネ 区分番号D012の21に掲げるノイラミナーゼ定性</p> <p>ナ 区分番号D012の37に掲げるレプトスピラ抗体</p> <p>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</p> <p>ム 区分番号D012の49に掲げるダニ特異IgG抗体、Weil-Felix反応</p> <p>ウ 区分番号D014の22に掲げるC<sub>3</sub>d結合免疫複合体</p> <p>キ 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</p>	<p>（削除）</p>
<p>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。</p>	<p>（削除）</p>
<p>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。</p>	<p>（削除）</p>
<p>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52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。</p>	<p>（削除）</p>

現 行	改 正
<p>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(2)、同口の(2)若しくは同ハの(2)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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(削除)</p> <p>2 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の注2については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号A000の注3、区分番号A002の注2及び注3並びに区分番号C012の注1から注3までについては、「400床」とあるのは、「500床」とする。</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>4 平成31年3月31日までの間における区分番号A206の注2については、「400床」とあるのは、「500床」とする。</p> <p>5 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第 号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A245の1のロ又は2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの増悪中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。</p> <p>6 旧算定方法別表第一区分番号A300の注3及び注4の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p>7 第2章第2部第2節第1款の通則1及び2の規定にかかわらず、平成32年3月31日までの間に限り、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号C119に掲げる在宅経肛門の自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>8 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>イ 区分番号D006の2に掲げるトロンボテスト</p> <p>ロ 区分番号D006-3の2に掲げるmRNA定量（1以外のもの）</p> <p>ハ 区分番号D007の9に掲げるムコ蛋白</p> <p>ニ 区分番号D007の24に掲げる腓分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）</p> <p>ホ 区分番号D009の6に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）</p> <p>9 第2章の規定にかかわらず、区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p>

## 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（同法第四百九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、平成三十年四月一日から適用する。



