

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] 第1章～第3章 (略) 第4章 経過措置 (削る) (削る) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 3 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用(区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 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</p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] 第1章～第3章 (略) 第4章 経過措置等 第1部 経過措置 第2部 算定制限 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 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、注6及び注16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、注9及び注11に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 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</p>

う。以下この表において同じ。) (同法第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。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

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一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

4 (略)

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144点(注2から注4までに規定する場合にあっては、107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。

6 (略)

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。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

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。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

4 (略)

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144点(注2から注4までに規定する場合にあっては、107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注12までに規定する加算は算定しない。

6 (略)

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歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

8 （略）

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、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

（削る）

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。

8 （略）

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、注7のただし書、注8又は注11に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

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。

(削る)

10 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 (略)

注1～4 (略)

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歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

6～14 (略)
(削る)

(削る)

11 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}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。

12 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 (略)

注1～4 (略)

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）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。

6～14 (略)

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。

16 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}保険医療機関（

A 0 0 2 外来診療料 (略)

注 1 (略)

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、55点を算定する。

3・4 (略)

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37点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、27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。

6・7 (略)

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

区分番号A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定するものを除く。）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。

A 0 0 2 外来診療料 (略)

注 1 (略)

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 の規定にかかわらず、55点を算定する。

3・4 (略)

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37点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、27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 11 までに規定する加算は算定しない。

6・7 (略)

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

児の場合にあつては、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つては、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。

9 (略)
(削る)

(削る)

A003 オンライン診療料(月1回) (略)
注1・2 (略)

3 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おいて、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であつて、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏(医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。)に所在する注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

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つては、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。

9 (略)

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。

11 産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}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。

A003 オンライン診療料(月1回) (略)
注1・2 (略)
(新設)

届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2部 入院料等

通則

1～8 (略)

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (略)

注1～9 (略)

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

イ～キ (略)

(削る)

ユ～ヒ (略)

モ せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）

セ・ス (略)

ン 排尿自立支援加算

イイ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (略)

注1～6 (略)

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

第2部 入院料等

通則

1～8 (略)

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (略)

注1～9 (略)

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

イ～キ (略)

ユ 総合評価加算

メ～モ (略)

(新設)

セ・ス (略)

(新設)

(新設)

11・12 (略)

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1・2 (略)

注1～6 (略)

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

に算定できる。

イ～レ (略)

(削る)

ソ～ラ (略)

ム 排尿自立支援加算

8～10 (略)

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85に相当する点数を算定する。

(削る)

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について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数

に算定できる。

イ～レ (略)

ソ 総合評価加算

ツ～ム (略)

(新設)

8～10 (略)

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。

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587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。

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。

A 1 0 2 結核病棟入院基本料（1日につき）

1～6 （略）

注1～4 （略）

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

イ～へ （略）

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補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）

チ～レ （略）

ソ 栄養サポートチーム加算

ツ～ム （略）

（削る）

ウ～マ （略）

ケ 排尿自立支援加算

フ 地域医療体制確保加算（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。）

6～8 （略）

A 1 0 3 精神病棟入院基本料（1日につき）

1～5 （略）

注1～5 （略）

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～ク （略）

ヤ 栄養サポートチーム加算

に加算する。

A 1 0 2 結核病棟入院基本料（1日につき）

1～6 （略）

注1～4 （略）

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

イ～へ （略）

（新設）

ト～タ （略）

（新設）

レ～ナ （略）

ヲ 総合評価加算

ム～ヤ （略）

（新設）

（新設）

6～8 （略）

A 1 0 3 精神病棟入院基本料（1日につき）

1～5 （略）

注1～5 （略）

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～ク （略）

（新設）

マ～エ (略)
テ ハイリスク分娩管理加算
 ア～ミ (略)
シ 排尿自立支援加算
エ 地域医療体制確保加算 (10対1入院基本料を算定するものに限る。)
 7～10 (略)
 A104 特定機能病院入院基本料 (1日につき)
 1～3 (略)
 注1～7 (略)
 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 イ～ミ (略)
シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)
 (削る)
エ～ン (略)
イイ せん妄ハイリスク患者ケア加算 (一般病棟に限る。)
 イロ～イニ (略)
イホ 排尿自立支援加算
イヘ 地域医療体制確保加算 (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。)
 9・10 (略)
 A105 専門病院入院基本料 (1日につき)
 1～3 (略)
 注1～6 (略)
 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げ

ヤ～ユ (略)
 (新設)
エ～ユ (略)
 (新設)
 (新設)
 7～10 (略)
 A104 特定機能病院入院基本料 (1日につき)
 1～3 (略)
 注1～7 (略)
 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 イ～ミ (略)
シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟に限る。)
エ 総合評価加算 (精神病棟を除く。)
ヒ～イイ (略)
 (新設)
 イロ～イニ (略)
 (新設)
 (新設)
 9・10 (略)
 A105 専門病院入院基本料 (1日につき)
 1～3 (略)
 注1～6 (略)
 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げ

る入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～エ (略)

(削る)

テ～シ (略)

エ 排尿自立支援加算

ヒ 地域医療体制確保加算 (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。)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1～6 (略)

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

イ～キ (略)

ノ 排尿自立支援加算

8 (略)

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。

イ 14日以内の期間 141点

ロ 15日以上30日以内の期間 116点

10・11 (略)

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～エ (略)

テ 総合評価加算

ア～エ (略)

(新設)

(新設)

8～10 (略)

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

1～4 (略)

注1～6 (略)

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

イ～キ (略)

(新設)

8 (略)

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。

イ 14日以内の期間 129点

ロ 15日以上30日以内の期間 104点

10・11 (略)

A 1 0 7 (略)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料 (1日につき)

1～6 (略)

注1・2 (略)

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14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150点を所定点数に加算する。

4 (略)

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

イ 医師配置加算1 120点

ロ 医師配置加算2 90点

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

イ 看護配置加算1 60点

A 1 0 7 (略)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料 (1日につき)

1～6 (略)

注1・2 (略)

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点を所定点数に加算する。

4 (略)

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

イ 医師配置加算1 88点

ロ 医師配置加算2 60点

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

イ 看護配置加算1 40点

	ロ 看護配置加算 2	35点
	ハ 夜間看護配置加算 1	100点
	ニ 夜間看護配置加算 2	50点
	ホ 看護補助配置加算 1	25点
	ヘ 看護補助配置加算 2	15点
7	(略)	
8	当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ～ホ (略)	
	<u>ハ 医師事務作業補助体制加算 (50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)</u>	
	<u>ト～ム (略)</u> (削る)	
	ウ～ノ (略)	
	<u>オ 排尿自立支援加算</u>	
9～12	(略)	
A109	有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき)	
	1～5 (略)	
	注1～7 (略)	
8	当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ・ロ (略)	
	<u>ハ 医師事務作業補助体制加算 (50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)</u>	
	<u>ニ～ヨ (略)</u>	

	ロ 看護配置加算 2	20点
	ハ 夜間看護配置加算 1	85点
	ニ 夜間看護配置加算 2	35点
	ホ 看護補助配置加算 1	10点
	ヘ 看護補助配置加算 2	5点
7	(略)	
8	当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ～ホ (略) (新設)	
	<u>ハ～ラ (略)</u>	
	<u>ム 総合評価加算</u>	
	ウ～ノ (略) (新設)	
9～12	(略)	
A109	有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき)	
	1～5 (略)	
	注1～7 (略)	
8	当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ・ロ (略) (新設)	
	<u>ハ～カ (略)</u>	

(削る)
 タ・レ (略)
 ソ 排尿自立支援加算
 9～11 (略)
 第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A204-2 (略)
 A205 救急医療管理加算 (1日につき)
 1 救急医療管理加算1 950点
 2 救急医療管理加算2 350点
 注1～3 (略)
 A205-2 超急性期脳卒中加算 (入院初日) 10,800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、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合又は当該施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関の外来において、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。
 A205-3～A207 (略)
 A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)
 1 医師事務作業補助体制加算1
 イ 15対1補助体制加算 970点
 ロ 20対1補助体制加算 758点
 ハ 25対1補助体制加算 630点

ヨ 総合評価加算
 タ・レ (略)
 (新設)
 9～11 (略)
 第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A204-2 (略)
 A205 救急医療管理加算 (1日につき)
 1 救急医療管理加算1 900点
 2 救急医療管理加算2 300点
 注1～3 (略)
 A205-2 超急性期脳卒中加算 (入院初日) 12,000点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。) 又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。
 A205-3～A207 (略)
 A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)
 1 医師事務作業補助体制加算1
 イ 15対1補助体制加算 920点
 ロ 20対1補助体制加算 708点
 ハ 25対1補助体制加算 580点

ニ	30対1 補助体制加算	<u>545点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>455点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>375点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>295点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>248点</u>

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1 補助体制加算	<u>910点</u>
ロ	20対1 補助体制加算	<u>710点</u>
ハ	25対1 補助体制加算	<u>590点</u>
ニ	30対1 補助体制加算	<u>510点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>430点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>355点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>280点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>238点</u>

注 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。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	<u>240点</u>
2	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	<u>220点</u>
3	50対1 急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
4	75対1 急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>

ニ	30対1 補助体制加算	<u>495点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>405点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>325点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>245点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>198点</u>

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1 補助体制加算	<u>860点</u>
ロ	20対1 補助体制加算	<u>660点</u>
ハ	25対1 補助体制加算	<u>540点</u>
ニ	30対1 補助体制加算	<u>460点</u>
ホ	40対1 補助体制加算	<u>380点</u>
へ	50対1 補助体制加算	<u>305点</u>
ト	75対1 補助体制加算	<u>230点</u>
チ	100対1 補助体制加算	<u>188点</u>

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。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	<u>210点</u>
2	25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	<u>190点</u>
3	50対1 急性期看護補助体制加算	<u>170点</u>
4	75対1 急性期看護補助体制加算	<u>130点</u>

注1 (略)

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 120点

ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点

ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点

3 (略)

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1 105点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 85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 65点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 40点

注 (略)

A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)

1・2 (略)

注1 乳幼児加算は、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(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

注1 (略)

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

3 (略)

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 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

注 (略)

A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)

1・2 (略)

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(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。

2 幼児加算は、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。

A 2 0 9 ~ A 2 1 1 （略）

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

1・2 （略）

注1 超重症児（者）入院診療加算は、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。

2 準超重症児（者）入院診療加算は、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。

3・4 （略）

A 2 1 2 - 2 ・ A 2 1 3 （略）

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。

A 2 0 9 ~ A 2 1 1 （略）

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

1・2 （略）

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。

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。

3・4 （略）

A 2 1 2 - 2 ・ A 2 1 3 （略）

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

1 看護補助加算 1	141点
2 看護補助加算 2	116点
3 看護補助加算 3	88点

注 1 （略）

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対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50点を更に所定点数に加算する。

3 （略）

A 2 1 5～A 2 2 1 （略）

A 2 2 1－2 小児療養環境特別加算（1日につき） （略）

注 治療上の必要があつて、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。

A 2 2 2～A 2 2 6 （略）

A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算（1日につき） （略）

注 1～3 （略）

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、緩和ケアを要する患者に対して、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。

A 2 2 6－3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

1 看護補助加算 1	129点
2 看護補助加算 2	104点
3 看護補助加算 3	76点

注 1 （略）

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対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。

3 （略）

A 2 1 5～A 2 2 1 （略）

A 2 2 1－2 小児療養環境特別加算（1日につき） （略）

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。

A 2 2 2～A 2 2 6 （略）

A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算（1日につき） （略）

注 1～3 （略）

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。

A 2 2 6－3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）

250点

注 (略)

A 2 2 7 ~ 2 3 0 - 2 (略)

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)

1 7日以内 (略)

2 8日以上15日以内 300点

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

A 2 3 0 - 4 ~ A 2 3 1 - 4 (略)

A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)

1・2 (略)

注1 (略)

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、がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 3 (略)

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (週1回) (略)

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと

150点

注 (略)

A 2 2 7 ~ 2 3 0 - 2 (略)

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)

1 7日以内 (略)

2 8日以上10日以内 225点

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

A 2 3 0 - 4 ~ A 2 3 1 - 4 (略)

A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)

1・2 (略)

注1 (略)

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。

A 2 3 3 (略)

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (週1回) (略)

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと

して地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）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。

2・3 （略）

A234 （略）

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

1・2 （略）

注1・2 （略）

3 感染防止対策加算1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

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。

2・3 （略）

A234 （略）

A234-2 感染防止対策加算（入院初日）

1・2 （略）

注1・2 （略）

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

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。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 4 1 (略)

(削る)

(削る)

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 47点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 42点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 37点 |

(削る)

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 120点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 100点 |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算

- | | |
|----------------------|------|
| 1 データ提出加算 1 (入院初日) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 140点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 210点 |

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。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 3 9 (略)

A 2 4 0 総合評価加算 (入院中 1 回) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して
いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医
療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施
行令第 2 条各号に規定する疾病を有する40歳以上
65歳未満のもの又は65歳以上のもの (第 1 節の入
院基本料 (特別入院基本料等を除く。) 又は第 3
節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定でき
るものを現に算定している患者に限る。) に対し
て、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能
、意欲等について総合的な評価を行った場合に、
入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 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 |

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 100点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 80点 |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算 (入院中 1 回)

- | | |
|----------------------|------|
| 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 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 200点 |

2	<u>データ提出加算 2 (入院初日)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	150点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	220点
3	<u>データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	140点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	210点
4	<u>データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</u>	
	イ 許可病床数が200床以上の病院の場合	150点
	ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合	220点
注1	<u>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、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、入院初日に限り所定点数に加算する。</u>	
2	<u>3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</u>	

2	<u>データ提出加算 2</u>	
	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
	(新設)	
	(新設)	
注1	<u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。</u>	
	(新設)	

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。）であつて、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。

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、40点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 （略）

注1～3 （略）

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、次に掲げる入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B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B 0 0 5－1－2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号B 0 1 1に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)は

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。

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 （略）

注1～3 （略）

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、次に掲げる入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B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B 0 0 5－1－2に掲げる介護支援等連携指導料及び区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できない。

別に算定できない。

イ・ロ (略)

5・6 (略)

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、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 入院時支援加算 1 230点

ロ 入院時支援加算 2 200点

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、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上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 7 認知症ケア加算 (1日につき)

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 160点

ロ 15日以上期間 (略)

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 100点

ロ 15日以上期間 25点

3 認知症ケア加算 3

イ 14日以内の期間 40点

ロ 15日以上期間 (略)

イ・ロ (略)

5・6 (略)

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。

(新設)

(新設)

(新設)

A 2 4 7 認知症ケア加算 (1日につき)

1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 150点

ロ 15日以上期間 (略)

(新設)

2 認知症ケア加算 2

イ 14日以内の期間 30点

ロ 15日以上期間 (略)

注1・2 (略)

A 2 4 7 - 2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 (入院中1回)

100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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、せん妄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、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 8 (略)

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1日につき)

1 精神科急性期医師配置加算 1 600点

2 精神科急性期医師配置加算 2

イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点

3 精神科急性期医師配置加算 3 450点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 100点

注1 入院中の患者について、次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

注1・2 (略)

(新設)

A 2 4 8 (略)

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1日につき) 500点

(新設)

(新設)

(新設)

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。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 250点

注 入院中の患者について、次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

する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 注1のロに該当する場合であって、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

A 2 5 1 排尿自立支援加算（週1回） 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、排尿自立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。）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、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

A 2 5 2 地域医療体制確保加算（入院初日） 520点

。

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

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

（新設）

（新設）

（新設）

注 救急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、地域医療体制確保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。

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料（1日につき）

1～4 （略）

注1～6 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料（1日につき）

1～4 （略）

注1～6 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（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。）

加算を除く。)

ハ～チ (略)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料 (1日につき)

1～4 (略)

注1・2 (略)

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算 (1のイ及び3に限る。))、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

4 (略)

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室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

ハ～チ (略)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料 (1日につき)

1～4 (略)

注1・2 (略)

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算 (1のイ及び3に限る。))、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。)

ハ～チ (略)

4 (略)

(新設)

A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１・２ （略）

注１ （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、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、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）

注１ （略）

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

イ （略）

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

A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１・２ （略）

注１ （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、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、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）

注１ （略）

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

イ （略）

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

入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

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、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ～チ （略）

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、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。）

ハ～チ （略）

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 (略)

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}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、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、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、

注1 (略)

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}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入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ～チ (略)

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

1・2 (略)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、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、

^{じよくそ}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、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～リ （略）

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）
（略）

注1 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、^{じよくそ}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。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ （略）

A304 （略）

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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。

^{じよくそ}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、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。）

ハ～リ （略）

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）
（略）

注1 （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、^{じよくそ}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ～チ （略）

A304 （略）

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}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のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ (略)

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） (略)
注1～4 (略)

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、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援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。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）
1～5 (略)
注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイに限る。）を除く。）

ハ～ホ (略)

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） (略)
注1～4 (略)

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、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）
1～5 (略)
注1～4 (略)

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部

注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、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。）精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）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。

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

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。

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

療体制確保加算を除く。)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。

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

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)

1～6 (略)

注1・2 (略)

- 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

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。

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

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)

1～6 (略)

注1・2 (略)

- 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、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、排尿自立支援加算、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。

4 (略)

A308-2 (略)

A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

1~8 (略)

注1~3 (略)

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160点を所定点数に加算する。

5 (略)

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、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

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。

4 (略)

A308-2 (略)

A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

1~8 (略)

注1~3 (略)

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。

5 (略)

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、

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並びに排尿自立支援加算、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。

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65点を所定点数に加算する。

8 （略）

9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設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、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の9

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。

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。

8 （略）

（新設）

0に相当する点数を算定する。

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～4 （略）

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、医師事務作業補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、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のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことに

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1～4 （略）

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、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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入退院支援加算（1のイに限る。）、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分

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

A311 精神科救急入院料 (1日につき)

1・2 (略)

注1 (略)

2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院退院支援加算、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、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

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

番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A311 精神科救急入院料 (1日につき)

1・2 (略)

注1 (略)

2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院退院支援加算、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部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

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65点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算並びに第2章第1部医学管理等の区分番号B 0 1 5に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 （略）

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

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、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 （略）

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1・2 （略）

注1 （略）

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院退院支援加算、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^{じよくそう}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、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算並びに地域医療体制確保加算並びに第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

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65点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）
(略)

注1 (略)

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、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

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院退院支援加算、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^{じよくそう}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部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

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。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）
(略)

注1 (略)

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

又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第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。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料 (1日につき) (略)

注1 (略)

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、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、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、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号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

療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料 (1日につき) (略)

注1 (略)

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、精神科措置入院退院支援加算、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。

リテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、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、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・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。

3～7 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1・2 (略)

注1～3 (略)

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、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、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、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号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8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号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

3～7 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1・2 (略)

注1～3 (略)

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

号 J 4 0 0 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 J 0 3 8 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。

A 3 1 5 ・ A 3 1 6 （略）

A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

1 ・ 2 （略）

注 1 ～ 5 （略）

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^{じよくそう}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

する。

A 3 1 5 ・ A 3 1 6 （略）

A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

1 ・ 2 （略）

注 1 ～ 5 （略）

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^{じよくそう}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、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、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

７～９ （略）

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

（略）

注 1～3 （略）

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、医師事務作業補助体制加算（50対 1 補助体制加算、75対 1 補助体制加算又は 100対 1 補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、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、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第 2 章第 1 部医学管理等の区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料 2、第 8 部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）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。

第 4 節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

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、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

７～９ （略）

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）

（略）

注 1～3 （略）

４ 診療に係る費用（注 2 及び注 3 本文に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第 2 章第 8 部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 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。

第 4 節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

1・2	(略)
3	短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合) (削る)
イ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,630点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>5,556点</u>)
ロ	D413 前立腺針生検法 10,309点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,235点</u>)
ハ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,448点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,374点</u>)
ニ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 40,943点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>40,869点</u>)
ホ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 19,873点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,799点</u>)
ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 34,416点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>34,342点</u>)
ト	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 18,588点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,514点</u>)
チ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 32,540点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,466点</u>)

1・2	(略)
3	短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合))
イ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び2以外の場合 9,424点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,350点</u>)
ロ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,237点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>6,164点</u>)
ハ	D413 前立腺針生検法 11,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>11,662点</u>)
ニ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,747点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,673点</u>)
ホ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 42,138点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>42,064点</u>)
ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (片側) 22,411点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,337点</u>)
ト	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの (両側) 37,839点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>37,765点</u>)
チ	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 20,756点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,683点</u>)
リ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 38,243点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>38,169点</u>)

リ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 32,540点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、32,466点)

ヌ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 21,755点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、21,681点)

ル K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 10,411点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、10,337点)

ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 10,225点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、10,151点)

ワ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 31,835点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、31,761点)

カ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 25,358点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、25,284点)

ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 22,597点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、22,523点)

タ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24,975点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、24,901点)

レ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 62,344点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、62,270点)

ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) 51,773点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、51,699点)

(新設)

ヌ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 24,242点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、24,168点)

ル K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 12,507点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、12,433点)

ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,704点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、11,630点)

ワ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) 35,444点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、35,371点)

カ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) 28,368点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、28,294点)

ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) 25,578点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、25,505点)

タ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 25,394点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、25,321点)

レ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 69,217点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、69,143点)

ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) 55,428点
 (生活療養を受ける場合^{りゆう}にあつては、55,354点)

ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 40,741点
 （生活療養を受ける場合にあつては、40,667点）

ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 50,328点
 （生活療養を受ける場合にあつては、50,254点）

ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,739点
 （生活療養を受ける場合にあつては、12,665点）

ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 15,599点
 （生活療養を受ける場合にあつては、15,525点）

ム K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2
 硬化療法（四段階注射法によるもの）
11,109点
 （生活療養を受ける場合にあつては、11,035点）

ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,597点
 （生活療養を受ける場合にあつては、25,523点）

キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 16,249点
 （生活療養を受ける場合にあつては、16,175点）
 （削る）

ノ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点
 （生活療養を受ける場合にあつては、59,125点）

注 1～5 （略）

第2章 特掲診療料
 第1部 医学管理等

ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 44,061点
 （生活療養を受ける場合にあつては、43,988点）

ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 51,719点
 （生活療養を受ける場合にあつては、51,645点）

ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,525点
 （生活療養を受ける場合にあつては、14,451点）

ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 18,141点
 （生活療養を受ける場合にあつては、18,068点）

ム K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2
 硬化療法（四段階注射法によるもの）
12,383点
 （生活療養を受ける場合にあつては、12,309点）

ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 28,268点
 （生活療養を受ける場合にあつては、28,194点）

キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 18,179点
 （生活療養を受ける場合にあつては、18,106点）

ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点
 （生活療養を受ける場合にあつては、35,067点）

オ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 60,403点
 （生活療養を受ける場合にあつては、60,330点）

注 1～5 （略）

第2章 特掲診療料
 第1部 医学管理等

(削る)

区分

B 0 0 0 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注 1～4 (略)

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、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に特定疾患療養管理料を算定す

通則

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 1の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－2－9に掲げる地域包括診療料、区分番号B 0 0 1－2－10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B 0 0 1－3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

区分

B 0 0 0 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注 1～4 (略)

(新設)

べき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算する。

7 イについては、バンコマイシンを投与している患者であって、同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの濃度を測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。

8 イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

9 イについては、ミコフェノール酸モフェチ

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

ルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

10 イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

11 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

注1 イについては、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。

2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9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

(新設)

7 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

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。

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D 0 0 9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

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。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

(1) 月の1回目 500点

(2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、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。

5 小児科療養指導料 (略)

注1 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。

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。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

(新設)

イ 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400点

(新設)

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。

5 小児科療養指導料 (略)

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

2～5 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

6 てんかん指導料 (略)

注1～5 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

7 難病外来指導管理料 (略)

注1～5 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に難病外来指導管理

ている患者については算定しない。

2～5 (略)

(新設)

6 てんかん指導料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

7 難病外来指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

8 (略)

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

(1) 初回 260点

(2) 2回目以降

① 対面で行った場合 200点

② 情報通信機器を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回 250点

(2) 2回目以降 190点

注1 イの(1)及びイの(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

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おいて、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、第2章第6部の通則第7号に規定する連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した

8 (略)

9 外来栄養食事指導料

(新設)

イ 初回 260点

ロ 2回目以降 200点

(新設)

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つて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

日と同日であること。

3 イの(2)の②については、医師の指示に基づき当該医療機関の管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

(新設)

4 ロについては、診療所において、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、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の管理栄養士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、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとと

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

(新設)

もに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等の医師又は管理栄養士等と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

- 11 集団栄養食事指導料 (略)
注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
イ 着用型自動除細動器による場合 (略)
ロ ペースメーカーの場合 300点
ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点
注1～4 (略)
5 ロ又はハを算定する患者について、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、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、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、それぞれ260点又は480点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

- 11 集団栄養食事指導料 (略)
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
イ 着用型自動除細動器による場合 (略)
ロ イ以外の場合 360点
(新設)
注1～4 (略)
5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料
イ・ロ (略)
注1・2 (略)
3 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料
イ・ロ (略)
注1 イについては、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。
- 2 (略)
- 3 ロについては、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。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)
注1 小児科を標榜する保険医療機関において、

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料
イ・ロ (略)
注1・2 (略)
(新設)
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料
イ・ロ (略)
注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者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。
- 2 (略)
- 3 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、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。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小

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。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

三 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

注1～3 (略)

4 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針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1回に限り算定する。

5・6 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (略)

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（症状緩和を目的と

児科を標榜^{ぼう}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。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

(新設)

注1～3 (略)

(新設)

4・5 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (略)

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

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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (略)

注1～5 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

28 小児運動器疾患指導管理料 (略)

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、運動器疾患を有する12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(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月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。

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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

28 小児運動器疾患指導管理料 (略)

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。

29 (略)

30 婦人科特定疾患治療管理料 250点

注1 婦人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器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、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、3月に1回に限り算定する。

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。

31 腎代替療法指導管理料 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おいて、慢性腎臓病の患者（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、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、患者と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2回に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

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（6歳未満の乳幼児に限

29 (略)

(新設)

(新設)

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

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。

2 (略)

3 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10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)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)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。

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

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。

2 (略)

3 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。

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、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (略)

注1・2 (略)

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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急搬送看護体制加算1 400点

ロ 救急搬送看護体制加算2 200点

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲

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。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (略)

注1・2 (略)

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。

(新設)

(新設)

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16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B0

げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B0011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）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。

3 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地

10に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）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。

3 (略)

(新設)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16に規定する加算、区分番号B001-2-2に

域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1・2 (略)

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

掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

(新設)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1・2 (略)

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（6歳以上の患者にあっては、6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。

2 （略）

3 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10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(III)並びに区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

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

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。

2 （略）

3 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に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)並びに区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

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、月に1回に限り80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

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

2・3 (略)

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、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料1

イ 初回 230点

ロ 2回目から4回目まで

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。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2・3 (略)

(新設)

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

(新設)

1 初回 230点

2 2回目から4回目まで 184点

(1) 対面で行った場合 184点

(2) 情報通信機器を用いた場合

155点

ハ 5回目

180点

2 ニコチン依存症管理料2（一連につき）

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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 （略）

3 1のロの(2)を算定する場合は、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、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)は別に算定できない。

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径

(新設)

(新設)

3 5回目

180点

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 （略）

(新規)

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮

部、骨盤部若しくは腋窩^{えきか}のリンパ節部郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、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（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。）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。

2 (略)

B 0 0 1 - 8 (略)

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1 初回 800点
2 2回目以降 400点

注1 1については、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、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、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、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）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提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮し

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。

2 (略)

B 0 0 1 - 8 (略)

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1,000点

(新設)
(新設)

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。

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

て療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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。

(新設)

3 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

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

B005-6-3・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

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。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 (略)

注1 (略)

2 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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 (略)

B005-9 外来排尿自立指導料 (略)

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、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、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

B005-10・B005-10-2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料 500点

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、対面による診療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、診断を目的として、当該施設基準を満

4 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。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 (略)

注1 (略)

2 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。

B005-8 (略)

B005-9 排尿自立指導料 (略)

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、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

B005-10・B005-10-2 (略)

(新設)

たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

注1～6 (略)

7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり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

8～13 (略)

14 保険医療機関が、患者の口腔機能^{くわう}の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、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1として、100点を所定点数に加算する。

15 保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他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、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

注1～6 (略)

(新設)

7～12 (略)

13 保険医療機関が、患者の口腔機能^{くわう}の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、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。

(新設)

16～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 診療情報提供料(Ⅲ) 150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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は他の保険医療機関から紹介された別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、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。

2 注1に規定する患者以外の患者については、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、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。

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、別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の

14～16 (略)

B009-2～B010-2 (略)
(新設)

規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

4 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。)を算定した月は、別に算定できない。

B011-2～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注1 (略)

2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

B015 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1 (外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(I) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(II) 900点

2 精神科退院時共同指導料2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のもの(以下この区分番号において「措置入院者等」という。)に対して、

B011～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注 (略)

(新設)

(新設)

当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

3 1について、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、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、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)は別に算定できない。

4 2については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において1を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定め

る基準を満たす保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。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又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

B016～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (略)

12 1から3までにおいて、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。

C002-2～C004 (略)

B015～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (略)

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。

C002-2～C004 (略)

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～14 （略）

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の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

16・17 （略）

C 0 0 5 - 1 - 2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

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。）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、看護師等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C 0 0 5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I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～14 （略）

（新設）

15・16 （略）

C 0 0 5 - 1 - 2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

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、看護師等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C 0 0 5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I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）

2 (略)

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、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。

イ 1日に2回の場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 450点 |
| (2) 同一建物内2人 | 450点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 400点 |

ロ 1日に3回以上の場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 800点 |
| (2) 同一建物内2人 | 800点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 720点 |

4 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。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う

)を限度とする。

2 (略)

(新設)

(新設)

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

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>450点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>450点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>400点</u> |

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

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>380点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>380点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>340点</u> |

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。）

- | | |
|------------------------|-------------|
| (1) <u>同一建物内 1 人</u> | <u>300点</u> |
| (2) <u>同一建物内 2 人</u> | <u>300点</u> |
| (3) <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>270点</u> |

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。）

- | | |
|-----------------------|-------------|
| (1) <u>1日に1回の場合</u> | |
| ① <u>同一建物内 1 人</u> | <u>300点</u> |
| ② <u>同一建物内 2 人</u> | <u>300点</u> |
| ③ <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>270点</u> |
| (2) <u>1日に2回の場合</u> | |
| ① <u>同一建物内 1 人</u> | <u>600点</u> |
| ② <u>同一建物内 2 人</u> | <u>600点</u> |
| ③ <u>同一建物内 3 人以上</u> | <u>540点</u> |
| (3) <u>1日に3回以上の場合</u> | |

- ① 同一建物内 1 人 1,000点
- ② 同一建物内 2 人 1,000点
- ③ 同一建物内 3 人以上 900点

5 (略)

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17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。

C005-2～C008 (略)

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

1 在宅患者訪問栄養食事指導料 1

- イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 (略)
- ロ 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 (略)
- ハ イ及びロ以外の場合 (略)

2 在宅患者訪問栄養食事指導料 2

- イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 510点
- ロ 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 460点
- ハ イ及びロ以外の場合 420点

3 (略)

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。

C005-2～C008 (略)

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(新設)

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

(新設)

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。注2において同じ。）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。

2 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、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の管理栄養士以外の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。

3 (略)

C010～C012 (略)

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (略)

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、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関の管理栄養士以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療

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。

(新設)

2 (略)

C010～C012 (略)

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (略)

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、当該患者の同意を得て、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

機関等の看護師が共同して、褥瘡^{じよくそう}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3回に限り所定点数を算定する。

2 (略)

第2節 在宅療養指導管理料

通則 (略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1～4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

2 (略)

第2節 在宅療養指導管理料

通則 (略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1～4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1～3 (略)

(新設)

(新設)

C 1 0 1 - 2 (略)

C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 150点

2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2 150点

注 1 1については、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。

2 2については、1を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、1回に限り算定する。

C 1 0 2 ~ C 1 0 5 - 3 (略)

C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,400点

注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。

C 1 0 7 ~ C 1 1 8 (略)

C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 800点

注 1・2 (略)

C 1 2 0 非侵襲中耳加圧療法指導管理料 1,800点

注 在宅において非侵襲中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、非侵襲中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

1・2 (略)

C 1 0 1 - 2 (略)

C 1 0 1 - 3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点

(新設)

(新設)

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。

(新設)

C 1 0 2 ~ C 1 0 5 - 3 (略)

C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,800点

注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

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。

C 1 0 7 ~ C 1 1 8 (略)

C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点

注 1・2 (略)

(新設)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

1・2 (略)

3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

区分

C150 血糖自己測定器加算

1～6 (略)

7 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの

1,250点

注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者及び膝全摘後の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。）

ハ・ニ (略)

2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。）

(新設)

区分

C150 血糖自己測定器加算

1～6 (略)

(新設)

注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ハ・ニ (略)

2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）

ロ・ハ (略)

3 7については、入院中の患者以外の患者であ
って、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型イン
スリン製剤を1日2回以上使用しているもの
に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うた
め、間欠スキャン式持続血糖測定器を使用した
場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数
に加算する。

C 1 5 1 ・ C 1 5 2 (略)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

1 間欠注入シリンジポンプと連動する持続血糖測
定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 4個以下の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300点

2 間欠注入シリンジポンプと連動しない持続血糖
測定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 4個以下の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保
険医療機関において、別に厚生労働大臣が定め
る注射薬の自己注射を行っている入院中の患者
以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用し
た場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点
数に加算する。

2 (略)

C 1 5 2 - 3 ~ C 1 6 0 (略)

C 1 6 1 注入ポンプ加算 (略)

ロ・ハ (略)

(新設)

C 1 5 1 ・ C 1 5 2 (略)

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

(新設)

1 2個以下の場合 1,320点

2 4個以下の場合 2,640点

3 5個以上の場合 3,300点

(新設)

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

2 (略)

C 1 5 2 - 3 ~ C 1 6 0 (略)

C 1 6 1 注入ポンプ加算 (略)

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、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 2 (略)

C 1 6 3 特殊カテーテル加算

1 再利用型カテーテル 400点

2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの

(1) 60本以上の場合 1,700点

(2) 90本以上の場合 1,900点

(3) 120本以上の場合 2,100点

ロ イ以外のもの 1,000点

3 間歇バルーンカテーテル 1,000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、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 4～C 1 7 1-2 (略)

C 1 7 2 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400点

注 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、自己洗腸用材料を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 7 3 横隔神経電気刺激装置加算 600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。

C 1 6 2 (略)

C 1 6 3 特殊カテーテル加算

(新設)

1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの 960点

(新設)

(新設)

(新設)

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、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 4～C 1 7 1-2 (略)

(新設)

(新設)

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、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、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3節・第4節 (略)

第3部 検査

通則

1～6 (略)

第1節 検体検査料

通則 (略)

第1款 検体検査実施料

通則

1～3 (略)

区分

(尿・糞便等検査)

D000 (略)

D001 尿中特殊物質定性定量検査

- | | |
|---|-----|
| 1 尿蛋白 | 7点 |
| 2 VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース | 9点 |
| 3 ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 | 16点 |
| 4 ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) | 17点 |
| 5 N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) | 41点 |
| 6 アルブミン定性(尿) | 49点 |
| 7 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) | 72点 |

第3節・第4節 (略)

第3部 検査

通則

1～6 (略)

第1節 検体検査料

通則 (略)

第1款 検体検査実施料

通則

1～3 (略)

区分

(尿・糞便等検査)

D000 (略)

D001 尿中特殊物質定性定量検査

- | | |
|---|-----|
| 1 尿蛋白 | 7点 |
| 2 VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース | 9点 |
| 3 ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 | 16点 |
| 4 ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) | 17点 |
| 5 N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) | 41点 |
| 6 アルブミン定性(尿) | 49点 |
| 7 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) | 72点 |

8	アルブミン定量 (尿)	<u>102</u> 点
9	トランスフェリン (尿)	<u>104</u> 点
10	ウロポルフィリン (尿)	<u>105</u> 点
11	δアミノレブリン酸 (δ-A L A) (尿)	<u>109</u> 点
12	ポリアミン (尿)	115点
13	ミオイノシトール (尿)	120点
14	コプロポルフィリン (尿)	<u>135</u> 点
15	<u>総ヨウ素 (尿)</u>	<u>186</u> 点
16	<u>IV型コラーゲン (尿)</u>	<u>189</u> 点
17	ポルフォビリノゲン (尿)	191点

(削る)

18	シュウ酸 (尿)	200点
19	L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)、 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (N G A L) (尿)	210点
20	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
21	その他 検査の種類の違いにより区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番 号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

D 0 0 2 ~ D 0 0 3 (略)

D 0 0 4 穿刺液・採取液検査

1 ヒューナー検査 20点

8	アルブミン定量 (尿)	<u>105</u> 点
9	トランスフェリン (尿)	<u>107</u> 点
10	ウロポルフィリン (尿)	<u>108</u> 点
11	δアミノレブリン酸 (δ-A L A) (尿)	<u>112</u> 点
12	ポリアミン (尿)	115点
13	ミオイノシトール (尿)	120点
14	コプロポルフィリン (尿)	<u>139</u> 点
15	(新設) (新設) ポルフォビリノゲン (尿)、 <u>総ヨウ素 (尿)</u>	191点
16	<u>IV型コラーゲン (尿)</u>	<u>194</u> 点
17	シュウ酸 (尿)	200点
18	L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)、 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (N G A L) (尿)	210点
19	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
20	その他 検査の種類の違いにより区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番 号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

D 0 0 2 ~ D 0 0 3 (略)

D 0 0 4 穿刺液・採取液検査

1 ヒューナー検査 20点

2	胃液又は十二指腸液一般検査	55点
3	髄液一般検査	62点
4	精液一般検査	70点
5	頸管粘液一般検査	75点
6	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、I g E 定性（涙液）	100点
7	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	122点
8	マイクロバブルテスト	200点
9	I gG インデックス	414点
10	オリゴクローナルバンド	522点
11	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）	577点
12	タウ蛋白（髄液）	622点
13	リン酸化タウ蛋白（髄液）	641点
14	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
15	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に 掲げる排泄物、滲出物 又は分泌物の細菌顕微 鏡検査の例により算定 した点数	
16	その他 検査の種類別により区分番号D0 07に掲げる血液化学検査又は区分番 号D008に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D009に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D010に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

2	胃液又は十二指腸液一般検査	55点
3	髄液一般検査	62点
4	精液一般検査	70点
5	頸管粘液一般検査	75点
6	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、I g E 定性（涙液）	100点
7	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	125点
8	マイクロバブルテスト	200点
9	I gG インデックス	426点
10	オリゴクローナルバンド	538点
11	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）	593点
	(新設)	
12	リン酸化タウ蛋白（髄液）、タウ蛋白（髄液）	641点
13	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に 掲げる血漿蛋白免疫 学的検査の例により算 定した点数	
14	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に 掲げる排泄物、滲出物 又は分泌物の細菌顕微 鏡検査の例により算定 した点数	
15	その他 検査の種類別により区分番号D0 07に掲げる血液化学検査又は区分番 号D008に掲げる内分泌学的検査、 区分番号D009に掲げる腫瘍マーカ ー若しくは区分番号D010に掲げる 特殊分析の例により算定した点数	

注 (略)

D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

1 悪性腫瘍遺伝子検査

イ 処理が容易なもの

(1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの

2,500点

(2) その他のもの

2,100点

ロ 処理が複雑なもの

5,000点

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

注1 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イに掲げる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 6,000点

ハ 4項目以上 8,000点

2 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ロに掲げる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

D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

1 悪性腫瘍遺伝子検査

イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法) 2,500点

(新設)

(新設)

ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外) 2,100点

ハ K-ras遺伝子検査 2,100点

ニ EWS-Fli1遺伝子検査 2,100点

ホ TLS-CHOP遺伝子検査 2,100点

ヘ SYT-SSX遺伝子検査 2,100点

ト c-kit遺伝子検査 2,500点

チ マイクロサテライト不安定性検査 2,100点

リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 2,100点

ヌ BRAF遺伝子検査 6,520点

ル RAS遺伝子検査 2,500点

ヲ ROS1融合遺伝子検査 2,500点

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

(新設)

(新設)

数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 8,000点

ロ 3項目以上 12,000点

2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点
(血液学的検査)

D 0 0 5 血液形態・機能検査

1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点

注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

2 網赤血球数 12点

3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点

4 好酸球数 17点

5 末梢血液一般検査 21点

6 末梢血液像 (鏡検法) 25点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。

7 血中微生物検査 40点

8 赤血球抵抗試験 45点

9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点

10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点

11 ヘモグロビンF (HbF) 60点

12 デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性 233点

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点

14 骨髄像 812点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。

2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点
(血液学的検査)

D 0 0 5 血液形態・機能検査

1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点

注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

2 網赤血球数 12点

3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点

4 好酸球数 17点

5 末梢血液一般検査 21点

6 末梢血液像 (鏡検法) 25点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。

7 血中微生物検査 40点

8 赤血球抵抗試験 45点

9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点

10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点

11 ヘモグロビンF (HbF) 60点

12 デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性 233点

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点

14 骨髄像 837点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。

	15 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	1,940点
D 0 0 6	出血・凝固検査	
	1 出血時間	15点
	2 プロトロンビン時間 (P T)	18点
	3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
	4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、 クリオフィブリノゲン	23点
	5 トロンビン時間	25点
	6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン 抵抗試験	28点
	7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P T T)	29点
	8 血小板凝集能	50点
	9 血小板粘着能	64点
	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
	12 フィブリンモノマー複合体定性	93点
	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100点
	14 Dダイマー定性	125点
	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量	128点
	16 v o n W i l l e b r a n d 因子 (V W F)	

	15 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	2,000点
D 0 0 6	出血・凝固検査	
	1 出血時間	15点
	2 プロトロンビン時間 (P T)、 <u>トロンボテスト</u>	18点
	3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
	4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、 クリオフィブリノゲン	23点
	5 トロンビン時間	25点
	6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン 抵抗試験	28点
	7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P T T)	29点
	8 血小板凝集能	50点
	9 血小板粘着能	64点
	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
	12 フィブリンモノマー複合体定性	93点
	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100点
	14 Dダイマー定性	128点
	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量	131点
	16 v o n W i l l e b r a n d 因子 (V W F)	

活性	132点
17 Dダイマー	133点
18 α_2 -マクログロブリン	138点
19 P I V K A - II	143点
20 凝固因子インヒビター	148点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	151点
22 <u>プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)</u>	158点
23 プロテインS抗原	162点
24 プロテインS活性	168点
25 β -トロンボグロブリン (β -TG)	177点
26 血小板第4因子 (PF ₄)	178点
27 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	181点
28 プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
29 トロンボモジュリン	204点
30 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)	223点
31 フィブリンモノマー複合体	227点
32 プロテインC抗原	239点
33 tPA・PAI-1複合体	240点
34 プロテインC活性	241点
35 ADAMTS13活性	400点
36 ADAMTS13インヒビター	1,000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34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。	

活性	136点
17 Dダイマー	137点
18 α_2 -マクログロブリン	138点
19 P I V K A - II	143点
20 凝固因子インヒビター	152点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	155点
(新設)	
22 <u>プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)</u> 、プロテインS抗原	162点
23 プロテインS活性	170点
24 β -トロンボグロブリン (β -TG)	177点
25 血小板第4因子 (PF ₄)	178点
26 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	186点
27 プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
28 トロンボモジュリン	205点
29 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点
30 フィブリンモノマー複合体	233点
31 プロテインC抗原	246点
32 tPA・PAI-1複合体	247点
33 プロテインC活性	248点
34 ADAMTS13活性	400点
35 ADAMTS13インヒビター	600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
D006-2	(略)	
D006-3	Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))	
1	診断の補助に用いるもの (削る) (削る)	2,520点
2	モニタリングに用いるもの	2,520点
D006-4・D006-5	(略)	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,429点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,037点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	3,201点
D006-12	EGFR遺伝子検査 (血漿) ^{しょう}	2,100点
注	同一の患者につき同一月において検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	
D006-13	(略)	
D006-14	FLT3遺伝子検査	4,200点
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D006-16	JAK2遺伝子検査	2,504点
D006-17	Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型	2,100点
D006-18	BRCA1/2遺伝子検査	
1	腫瘍細胞を検体とするもの	20,200点
2	血液を検体とするもの	20,200点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	

イ	3項目又は4項目	530点
ロ	5項目以上	722点
D006-2	(略)	
D006-3	Major BCR-ABL1	
1	mRNA定量 (国際標準値)	
イ	診断の補助に用いるもの	2,520点
ロ	モニタリングに用いるもの	2,520点
2	mRNA定量 (1以外のもの)	1,200点
D006-4・D006-5	(略)	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,504点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	3,300点
D006-12	EGFR遺伝子検査 (血漿) ^{しょう} (新設)	2,100点
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	
D006-13	(略) (新設)	

いるものと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。

D 0 0 6 - 19 がんゲノムプロファイリング検査

(新設)

1 検体提出時 8,000点

2 結果説明時 48,000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実施した場合に限り算定する。

D 0 0 6 - 20 角膜ジストロフィー遺伝子検査 1,200点

(新設)

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、患者1人につき1回に限り算定する。

D 0 0 6 - 21 血液粘弾性検査 (一連につき) 600点

(新設)

(生化学的検査(I))

D 0 0 7 血液化学検査

1 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 (BCP改良法・BCG法)、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、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・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) 11点

(生化学的検査(I))

D 0 0 7 血液化学検査

1 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、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・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)

11点

2	リン脂質	15点
3	HDL-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)	17点
4	LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
5	銅 (Cu)	23点
6	リパーゼ	24点
7	イオン化カルシウム	26点
8	マンガン (Mn)	27点
	(削る)	
9	ケトン体	30点
10	アポリ ^{たん} 蛋白	
	イ 1項目の場合	31点
	ロ 2項目の場合	62点
	ハ 3項目以上の場合	94点
11	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32点
12	グアナーゼ	35点
13	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
14	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩	48点
15	ASTアイソザイム、リポ ^{たん} 蛋白分画	49点
16	アンモニア	50点
17	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
18	コレステロール分画	57点
19	ケトン体分画、遊離脂肪酸	59点
20	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT)	70点
21	グルコース-6-リン酸 ^{たん} デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ ^{たん} 蛋白分画 (PAGディスク電	

2	リン脂質	15点
3	HDL-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)	17点
4	LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
5	銅 (Cu)	23点
6	リパーゼ	24点
7	イオン化カルシウム	26点
8	マンガン (Mn)	27点
9	<u>ムコ^{たん}蛋白</u>	<u>29点</u>
10	ケトン体	30点
11	アポリ ^{たん} 蛋白	
	イ 1項目の場合	31点
	ロ 2項目の場合	62点
	ハ 3項目以上の場合	94点
12	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32点
13	グアナーゼ	35点
14	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
15	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩	48点
16	ASTアイソザイム、リポ ^{たん} 蛋白分画	49点
17	アンモニア	50点
18	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
19	コレステロール分画	57点
20	ケトン体分画、遊離脂肪酸	59点
21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT)	70点
22	グルコース-6-リン酸 ^{たん} デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ ^{たん} 蛋白分画 (PAGディスク電	

気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)、グリココール酸	80点
<u>22 CK-MB(免疫阻害法・蛋白質量測定)</u>	90点
<u>23 LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン</u>	95点
<u>24 ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)</u>	96点
<u>25 リポ蛋白(a)</u>	107点
<u>26 ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	108点
(削る)	
<u>27 エタノール</u>	111点
<u>28 KL-6</u>	114点
<u>29 心筋トロポニンI、心筋トロポニンT(TnT)</u> <u>定性・定量、アルミニウム(Al)</u>	115点
<u>30 25-ヒドロキシビタミンD</u>	117点
<u>31 ペントシジン、シスタチンC</u>	118点
<u>32 イヌリン</u>	120点
(削る)	
<u>33 リポ蛋白分画(HPLC法)</u>	129点
<u>34 肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)、ガラクトース</u>	130点
<u>35 肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)</u>	136点
<u>36 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン</u> <u>定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量、アルブミン非結合型ビリルビン</u>	139点

気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)、グリココール酸	80点
<u>23 CK-MB</u>	90点
<u>24 膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)</u> <u>LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン</u>	95点
<u>25 ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)</u>	96点
<u>26 リポ蛋白(a)</u>	107点
<u>27 ヘパリン</u>	108点
<u>28 フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	111点
<u>29 エタノール</u> (新設)	113点
<u>30 心筋トロポニンI、KL-6</u>	117点
(新設)	
<u>31 ペントシジン、アルミニウム(Al)</u>	118点
<u>32 イヌリン、心筋トロポニンT(TnT)定性・定量</u>	120点
<u>33 シスタチンC</u>	121点
<u>34 リポ蛋白分画(HPLC法)</u>	129点
<u>35 肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)、ガラクトース</u>	130点
<u>36 肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)</u>	136点
(新設)	

<u>注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。</u>			
37	<u>プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)、亜鉛 (Zn)</u> (削る)	140点	
	(削る)		
38	<u>セレン、アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)、ビタミンB₁₂</u>	144点	
39	<u>IV型コラーゲン・7S</u>	148点	
40	<u>ピルビン酸キナーゼ (PK)</u>	150点	
41	<u>葉酸</u>	154点	
42	<u>ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)、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</u>	180点	
43	<u>ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I、レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)</u>	184点	
44	<u>アセトアミノフェン</u>	185点	
45	<u>トリプシン</u> (削る)	189点	
46	<u>Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン</u>	194点	
37	<u>血液ガス分析、プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)</u>	140点	
<u>注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。</u>			
38	<u>IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン</u>	143点	
39	<u>亜鉛 (Zn)、セレン</u>	144点	
40	<u>アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)、IV型コラーゲン・7S、ビタミンB₁₂</u>	148点	
41	<u>ピルビン酸キナーゼ (PK)</u>	150点	
42	<u>葉酸</u>	158点	
43	<u>ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)</u>	180点	
44	<u>ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I</u>	184点	
45	<u>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</u>	185点	
46	<u>レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)、トリプシン</u>	189点	
47	<u>アセトアミノフェン</u>	190点	
48	<u>Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体</u>	194点	

(削る)	
<u>47</u> ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
<u>48</u> 赤血球コプロポルフィリン	210点
<u>49</u> リポ蛋白リパーゼ (LPL)	223点
<u>50</u> 肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
<u>51</u> ビタミンB ₁	246点
<u>52</u> ビタミンB ₂	249点
<u>53</u> 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
(削る)	
(削る)	
<u>54</u> 赤血球プロトポルフィリン	272点
<u>55</u> <u>プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量</u>	292点
<u>56</u> プレセブシン定量	301点
<u>57</u> インフリキシマブ定性	310点
<u>58</u> ビタミンC	314点
<u>59</u> 1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	388点
(削る)	
<u>60</u> <u>FGF23</u>	788点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上	109点
注 入院中の患者について算定した場合は、入	

<u>49</u> <u>マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)</u>	200点
<u>50</u> ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
<u>51</u> 赤血球コプロポルフィリン	210点
<u>52</u> リポ蛋白リパーゼ (LPL)	223点
<u>53</u> 肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
(新設)	
(新設)	
<u>54</u> 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
<u>55</u> ビタミンB ₁	253点
<u>56</u> ビタミンB ₂	256点
<u>57</u> 赤血球プロトポルフィリン	272点
(新設)	
<u>58</u> <u>プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量、プレセブシン定量</u>	301点
<u>59</u> インフリキシマブ定性	310点
<u>60</u> ビタミンC	314点
<u>61</u> 1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	388点
<u>62</u> <u>25-ヒドロキシビタミンD</u>	400点
(新設)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上	112点
注 入院中の患者について算定した場合は、入	

院時初回加算として、初回に限り20点を所定
点数に加算する。

(生化学的検査Ⅱ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	102点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	104点
10	インスリン (IRI)	106点
11	レニン定量	108点
12	サイロキシシン (T ₄)	111点
13	成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH)	111点
14	アルドステロン、テストステロン	125点
15	遊離サイロキシシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール	127点
16	サイロキシシン結合グロブリン (TBG)	130点
17	サイログロブリン	133点
18	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G	

院時初回加算として、初回に限り20点を所定
点数に加算する。

(生化学的検査Ⅱ)

D 0 0 8 内分泌学的検査

1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	105点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	107点
10	インスリン (IRI)	109点
	(新設)	
11	レニン定量、サイロキシシン (T ₄)	111点
12	成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH)	114点
13	アルドステロン、テストステロン	128点
	(新設)	
14	遊離サイロキシシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール、サイロキシシン結合グロブリン (TBG)	130点
	(新設)	
15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G	

	A D抗体)	134点
19	<u>脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)</u>	136点
20	<u>カルシトニン</u>	137点
21	<u>ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量</u>	138点
22	サイロキシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)	140点
	(削る)	
	(削る)	
23	グルカゴン	150点
24	プロゲステロン	151点
25	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	156点
26	<u>低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)</u>	158点
27	<u>骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC)</u>	161点
	(削る)	
28	<u>遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PI)</u>	

	A D抗体)	134点
16	脳性Na利尿ペプチド (BNP)	136点
17	<u>サイログロブリン</u> (新設)	137点
18	<u>サイロキシン結合能 (TBC)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)</u>	140点
19	<u>カルシトニン</u>	141点
20	<u>ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量</u>	142点
21	グルカゴン	150点
22	プロゲステロン	155点
23	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	156点
	(新設)	
24	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	161点
25	<u>低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)</u> (新設)	162点

	<u>NP)</u>	<u>163点</u>		
29	<u>低単位ヒト^{じゅう}絨毛性ゴナドトロピン (HCG)</u>		26	<u>オステオカルシン (OC)</u> 165点
	半定量	165点		
	(削る)		27	<u>遊離テストステロン</u> 166点
	(削る)		28	<u>インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペ</u>
30	<u>I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性</u>			<u>チド (Intact PINP)</u> 168点
	<u>体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン-</u>		29	<u>I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性</u>
	<u>N-プロペプチド (PINP)</u>	169点		<u>体 (β-CTX) (尿)</u> 169点
31	<u>セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペ</u>		30	<u>セクレチン、低単位ヒト^{じゅう}絨毛性ゴナドトロ</u>
	<u>チド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモ</u>			<u>ン (HCG) 半定量、I型コラーゲン架橋C-テ</u>
	<u>ン (PTH)、カテコールアミン分画</u>	170点		<u>ロペプチド-β異性体 (β-CTX)、I型プロ</u>
				<u>コラーゲン-N-プロペプチド (PINP)</u>
32	<u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D</u>			170点
	<u>HEA-S)</u>	174点		(新設)
33	<u>サイクリックAMP (cAMP)</u>	175点	31	<u>サイクリックAMP (cAMP)、副甲状腺ホ</u>
				<u>ルモン (PTH)、カテコールアミン分画</u>
	(削る)			175点
34	<u>エストラジオール (E₂)</u>	177点	32	<u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D</u>
35	<u>エストリオール (E₃)、エストロゲン半定量</u>			<u>HEA-S)</u>
	<u>、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連^{たん}白</u>			176点
	<u>C端フラグメント (C-PTHrP)</u>	180点		(新設)
	(削る)		33	<u>エストリオール (E₃)、エストロゲン半定量</u>
36	<u>デオキシピリジノリン (DPD) (尿)</u>	191点		<u>、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連^{たん}白</u>
				<u>C端フラグメント (C-PTHrP)</u>
				180点
37	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}蛋白 (PTHrP)、副</u>		34	<u>エストラジオール (E₂)</u>
	<u>腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールア</u>			182点
	<u>ミン</u>	194点	35	<u>デオキシピリジノリン (DPD) (尿)</u>
				191点
			36	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}蛋白 (PTHrP)</u>
				194点

<u>38</u> 17-ケトジェニックステロイド (17-KGS)	200点
<u>39</u> エリスロポエチン	209点
<u>40</u> 17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α-ヒドロキシprogesterone (17α-OHP) 、抗IA-2抗体、pregnenolone	213点
<u>41</u> <u>メタネフリン</u>	<u>217点</u>
<u>42</u> <u>ソマトメジンC</u>	<u>218点</u>
<u>43</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS 分画) (削る) (削る)	220点
<u>44</u> <u>メタネフリン・ノルメタネフリン分画</u>	<u>221点</u>
<u>45</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)	227点
<u>46</u> <u>pregnenolone</u>	<u>234点</u>
<u>47</u> 抗利尿ホルモン (ADH) (削る)	235点
<u>48</u> ノルメタネフリン	250点
<u>49</u> インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白3型 (IGFB P-3)	280点
<u>50</u> <u>遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画</u>	<u>320点</u>
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>13</u> から <u>50</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場 合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応 じて次に掲げる点数により算定する。	
イ 3項目以上5項目以下	410点
ロ 6項目又は7項目	623点
ハ 8項目以上	900点

<u>37</u> 17-ケトジェニックステロイド (17-KGS) 、 <u>副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコ ルアミン</u>	200点
<u>38</u> エリスロポエチン	209点
<u>39</u> 17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α-ヒドロキシprogesterone (17α-OHP) 、抗IA-2抗体、pregnenolone	213点
(新設)	
(新設)	
<u>40</u> 17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS 分画)	220点
<u>41</u> <u>メタネフリン</u>	<u>223点</u>
<u>42</u> <u>ソマトメジンC</u>	<u>224点</u>
(新設)	
<u>43</u> 心房性Na利尿ペプチド (ANP)、 <u>メタネフ リン・ノルメタネフリン分画</u>	227点
(新設)	
<u>44</u> 抗利尿ホルモン (ADH)	235点
<u>45</u> <u>pregnenolone</u>	<u>240点</u>
<u>46</u> ノルメタネフリン	250点
<u>47</u> インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白3型 (IGFB P-3) (新設)	280点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>12</u> から <u>47</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場 合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応 じて次に掲げる点数により算定する。	
イ 3項目以上5項目以下	410点
ロ 6項目又は7項目	623点
ハ 8項目以上	900点

D009 腫瘍マーカー

1	尿中BTA	80点
2	癌胎児性抗原 (CEA)	102点
3	α -フエトプロテイン (AFP)	104点
4	<u>扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)</u>	107点
5	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	110点
6	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3 (削る)	118点
7	エラストラーゼ1	126点
8	前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9	127点
9	PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	139点
10	CA125	144点
11	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
	(削る)	
12	<u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u>	147点
13	<u>シアリルLe^x-i抗原 (SLX)</u>	148点
14	塩基性フエトプロテイン (BFP)	150点
	(削る)	
	(削る)	
15	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	154点

D009 腫瘍マーカー

1	尿中BTA	80点
2	癌胎児性抗原 (CEA)	105点
3	α -フエトプロテイン (AFP)	107点
	(新設)	
4	<u>組織ポリペプチド抗原 (TPA)、扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)</u>	110点
5	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3	121点
6	<u>前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)</u>	124点
7	エラストラーゼ1	129点
8	前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9	130点
9	PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	143点
	(新設)	
10	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
11	CA125	148点
	(新設)	
	(新設)	
12	塩基性フエトプロテイン (BFP)	150点
13	<u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u>	151点
14	<u>シアリルLe^x-i抗原 (SLX)</u>	152点
15	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	158点

16	サイトケラチン8・18(尿)	160点
17	<u>BCA225</u> 、サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	162点
18	抗p53抗体(削る)	163点
	(削る)	
19	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	164点
20	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170点
21	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175点
22	CA54/61、癌 ^{がん} 関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184点
23	CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点
24	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)	194点
25	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	200点
26	可溶性メソテリン関連ペプチド	220点
27	癌 ^{がん} 胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)、癌 ^{がん} 胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	305点
28	HER2 ^{たん} 蛋白	320点
29	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	438点
注1	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	

16	サイトケラチン8・18(尿)(新設)	160点
17	抗p53抗体	163点
18	<u>BCA225</u>	165点
19	<u>サイトケラチン19フラグメント(シフラ)</u>	167点
20	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	169点
21	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170点
22	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175点
23	CA54/61、癌 ^{がん} 関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184点
24	CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190点
25	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)	194点
26	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	200点
27	可溶性メソテリン関連ペプチド	220点
28	癌 ^{がん} 胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)、癌 ^{がん} 胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	314点
29	HER2 ^{たん} 蛋白	320点
30	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	438点
注1	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	

- 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29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 | 2項目 | 230点 |
| ロ | 3項目 | 290点 |
| ハ | 4項目以上 | 408点 |

D010 特殊分析

- | | | |
|---|------------------------------|---------------|
| 1 | 糖分析(尿) | 38点 |
| 2 | 結石分析 | 120点 |
| 3 | チロシン | 200点 |
| 4 | <u>アミノ酸</u> | |
| イ | <u>1種類につき</u> | <u>287点</u> |
| ロ | <u>5種類以上</u> | <u>1,176点</u> |
| 5 | <u>総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)</u> | <u>288点</u> |

(削る)

- | | | |
|---|-----------------|---------------|
| 6 | アミノ酸定性 | 350点 |
| 7 | 脂肪酸分画 | <u>417点</u> |
| 8 | 先天性代謝異常症検査 | |
| イ | <u>尿中有機酸分析</u> | <u>1,141点</u> |
| ロ | <u>血中極長鎖脂肪酸</u> | <u>1,141点</u> |
| ハ | <u>タンデムマス分析</u> | <u>1,141点</u> |
| ニ | <u>その他</u> | <u>1,141点</u> |

注1 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、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 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 | 2項目 | 230点 |
| ロ | 3項目 | 290点 |
| ハ | 4項目以上 | 420点 |

D010 特殊分析

- | | | |
|---|------------------------------|-------------|
| 1 | 糖分析(尿) | 38点 |
| 2 | 結石分析 | 120点 |
| 3 | チロシン | 200点 |
| | (新設) | |
| 4 | <u>総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)</u> | <u>288点</u> |

- | | | |
|---|---------------|---------------|
| 5 | <u>アミノ酸</u> | |
| イ | <u>1種類につき</u> | <u>295点</u> |
| ロ | <u>5種類以上</u> | <u>1,212点</u> |
| 6 | アミノ酸定性 | 350点 |
| 7 | 脂肪酸分画 | <u>429点</u> |
| 8 | 先天性代謝異常症検査 | <u>1,176点</u> |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |

注 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。

2 ニについては、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、当該保険医療機関内で検査を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

(免疫学的検査)

D 0 1 1 免疫血液学的検査

- | | | |
|---|-----------------------|--------------|
| 1 | A B O血液型、R h (D)血液型 | 24点 |
| 2 | C o o m b s 試験 | |
| | イ 直接 | 34点 |
| | ロ 間接 | 47点 |
| 3 | R h (その他の因子)血液型 | <u>152</u> 点 |
| 4 | 不規則抗体 | 159点 |

注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K 8 9 8に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

- | | | |
|----|--|--------------|
| 5 | A B O血液型関連糖転移酵素活性 | <u>186</u> 点 |
| 6 | 血小板関連 I g G (P A - I g G) | <u>198</u> 点 |
| 7 | A B O血液型亜型 | 260点 |
| 8 | 抗血小板抗体 | 262点 |
| 9 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) | <u>378</u> 点 |
| 10 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 、 I g M 及び I g A 抗体) | 390点 |

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) | |
|---|---|--|

(新設)

(免疫学的検査)

D 0 1 1 免疫血液学的検査

- | | | |
|---|-----------------------|--------------|
| 1 | A B O血液型、R h (D)血液型 | 24点 |
| 2 | C o o m b s 試験 | |
| | イ 直接 | 34点 |
| | ロ 間接 | 47点 |
| 3 | R h (その他の因子)血液型 | <u>156</u> 点 |
| 4 | 不規則抗体 | 159点 |

注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K 8 9 8に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

- | | | |
|----|--|--------------|
| 5 | A B O血液型関連糖転移酵素活性 | <u>191</u> 点 |
| 6 | 血小板関連 I g G (P A - I g G) | <u>204</u> 点 |
| 7 | A B O血液型亜型 | 260点 |
| 8 | 抗血小板抗体 | 262点 |
| 9 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) | <u>389</u> 点 |
| 10 | 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 、 I g M 及び I g A 抗体) | 390点 |

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) | |
|---|---|--|

2	トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量	15点 26点
3	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	29点
4	梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量	32点
5	梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量	34点
6	梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量	53点
7	アデノウイルス抗原定性（糞便）、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ Ig G 抗体	70点
10	クラミドフィラ・ニューモニエ Ig A 抗体	75点
11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）	79点
	注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	
12	クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量	80点
13	HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量	85点
14	トキソプラズマ抗体	93点
15	トキソプラズマ Ig M 抗体	95点

2	トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量	15点 26点
3	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	29点
4	梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量	32点
5	梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量	34点
6	梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量	53点
7	アデノウイルス抗原定性（糞便）、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ Ig G 抗体	70点
10	クラミドフィラ・ニューモニエ Ig A 抗体	75点
11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）	79点
	注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	
12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量	80点
13	HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量	85点
14	トキソプラズマ抗体	93点
15	トキソプラズマ Ig M 抗体	95点

<u>16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性</u>	<u>115点</u>
<u>17 抗酸菌抗体定量、HIV-1抗体、抗酸菌抗体定性</u> (削る)	116点
<u>18 HIV-1, 2抗体定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量、A群β溶連菌迅速試験定性</u>	127点
(削る)	
<u>19 カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量</u>	<u>134点</u>
<u>20 ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)</u>	<u>136点</u>
<u>21 RSウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量</u>	<u>138点</u>
<u>22 インフルエンザウイルス抗原定性</u>	<u>139点</u>
<u>23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性</u>	<u>142点</u>
<u>24 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	<u>146点</u>
<u>25 ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性、マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)</u>	150点
<u>26 クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体</u>	<u>156点</u>
<u>27 D-アラビニトール、クラミジア・トラコマチ</u>	

(新設)	
<u>16 抗酸菌抗体定量、HIV-1抗体、抗酸菌抗体定性</u>	116点
<u>17 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量</u>	<u>118点</u>
18 HIV-1, 2抗体定量	127点
<u>19 A群β溶連菌迅速試験定性</u>	<u>130点</u>
<u>20 カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量</u>	<u>138点</u>
<u>21 ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)</u>	<u>140点</u>
<u>22 RSウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量</u>	<u>142点</u>
<u>23 インフルエンザウイルス抗原定性</u>	<u>143点</u>
(新設)	
<u>24 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性</u>	<u>146点</u>
<u>25 ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性、マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	<u>150点</u>
(新設)	
<u>26 D-アラビニトール、クラミドフィラ・ニュー</u>	

ス抗原定性	160点
<u>28</u> アスペルギルス抗原	<u>161点</u>
<u>29</u> 大腸菌O157抗原定性	165点
<u>30</u> <u>大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体</u>	<u>168点</u>
<u>31</u> マイコプラズマ抗原定性（FA法） （削る）	170点
<u>32</u> クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性	<u>174点</u>
<u>33</u> <u>大腸菌血清型別</u>	<u>175点</u>
<u>34</u> 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	180点
<u>35</u> アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性	<u>189点</u>
<u>36</u> 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）	<u>198点</u>
<u>37</u> ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	<u>200点</u>
<u>38</u> <u>ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、（1→3）-β-D-グルカン</u>	<u>207点</u>
<u>39</u> 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキスIgG・IgA抗体 （削る）	210点
<u>40</u> グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	<u>212点</u>
注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限	

<u>モニエIgM抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性</u>	160点
<u>27</u> アスペルギルス抗原	<u>164点</u>
<u>28</u> 大腸菌O157抗原定性 （新設）	165点
<u>29</u> マイコプラズマ抗原定性（FA法）	170点
<u>30</u> <u>大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体</u>	<u>173点</u>
<u>31</u> クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性 （新設）	<u>179点</u>
<u>32</u> 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性、 <u>大腸菌血清型別</u>	180点
<u>33</u> アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性	<u>194点</u>
<u>34</u> 肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）	<u>204点</u>
<u>35</u> ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 （新設）	<u>206点</u>
<u>36</u> 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキスIgG・IgA抗体	210点
<u>37</u> <u>ツツガムシ抗体半定量、（1→3）-β-D-グルカン、ツツガムシ抗体定性</u>	<u>213点</u>
<u>38</u> グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	<u>218点</u>
注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限	

	度として算定する。	
<u>41</u>	<u>レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>217点</u>
	（削る）	
<u>42</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量</u>	<u>223点</u>
<u>43</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）</u>	<u>233点</u>
	注 <u>デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性</u> 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実施した場合に算定する。	
	（削る）	
<u>44</u>	<u>エンドトキシン</u>	<u>243点</u>
<u>45</u>	<u>百日咳菌抗体</u>	<u>264点</u>
<u>46</u>	<u>H I V－1 抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>280点</u>
<u>47</u>	<u>結核菌群抗原定性</u>	<u>291点</u>
<u>48</u>	<u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>377点</u>
<u>49</u>	<u>H I V－2 抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>380点</u>
	（削る）	
<u>50</u>	<u>H T L V－I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインプロット法）</u>	<u>425点</u>
<u>51</u>	<u>H I V 抗原</u>	<u>600点</u>
<u>52</u>	<u>抗トリコスポロン・アサヒ抗体</u>	<u>873点</u>
D O 1 3	肝炎ウイルス関連検査	
1	H B s 抗原定性・半定量	29点
2	H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量	32点
3	H B s 抗原、H B s 抗体	88点
4	H B e 抗原、H B e 抗体	<u>104点</u>

	度として算定する。	
	（新設）	
<u>39</u>	<u>サイトメガロウイルス抗体</u>	<u>220点</u>
<u>40</u>	<u>赤痢アメーバ抗体半定量、レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>223点</u>
<u>41</u>	<u>デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性</u>	<u>233点</u>
	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。	
<u>42</u>	<u>水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）</u>	<u>240点</u>
<u>43</u>	<u>エンドトキシン</u>	<u>250点</u>
<u>44</u>	<u>百日咳菌抗体</u>	<u>272点</u>
<u>45</u>	<u>H I V－1 抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>280点</u>
<u>46</u>	<u>結核菌群抗原定性</u>	<u>291点</u>
	（新設）	
<u>47</u>	<u>H I V－2 抗体（ウエスタンブロット法）</u>	<u>380点</u>
<u>48</u>	<u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>387点</u>
<u>49</u>	<u>H T L V－I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインプロット法）</u>	<u>425点</u>
<u>50</u>	<u>H I V 抗原</u>	<u>600点</u>
<u>51</u>	<u>抗トリコスポロン・アサヒ抗体</u>	<u>900点</u>
D O 1 3	肝炎ウイルス関連検査	
1	H B s 抗原定性・半定量	29点
2	H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量	32点
3	H B s 抗原、H B s 抗体	88点
4	H B e 抗原、H B e 抗体	<u>107点</u>

5	H C V抗体定性・定量、H C Vコア蛋白	108点
6	H B c抗体半定量・定量	137点
7	H C Vコア抗体	143点
8	H A - I g M抗体、H A抗体、H B c - I g M抗体	146点
9	H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160点
10	H E - I g A抗体定性	210点
11	H C V血清群別判定	227点
12	H B Vコア関連抗原 (H B c r A g)	266点
13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点
14	H C V特異抗体価、H B Vジェノタイプ判定	340点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	438点

D 0 1 4 自己抗体検査

1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子 (R F) 定量	30点
3	抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量	37点
4	Donath-Landsteiner試験	55点
5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	105点
6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリ	

5	H C V抗体定性・定量、H C Vコア蛋白	111点
6	H B c抗体半定量・定量	141点
7	H C Vコア抗体	143点
8	H A - I g M抗体、H A抗体、H B c - I g M抗体	146点
9	H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160点
10	H E - I g A抗体定性	210点
11	H C V血清群別判定	233点
12	H B Vコア関連抗原 (H B c r A g)	274点
13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点
14	H C V特異抗体価、H B Vジェノタイプ判定	340点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	447点

D 0 1 4 自己抗体検査

1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子 (R F) 定量	30点
3	抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量	37点
4	Donath-Landsteiner試験	55点
5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	105点
6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリ	

ン抗体	110点
7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MM P-3)	116点
8 抗ガラクトース欠損 I g G 抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G 抗体定量	117点
9 <u>抗 J o-1 抗体定性、抗 J o-1 抗体半定量、抗 J o-1 抗体定量</u>	<u>140点</u>
10 抗サイログロブリン抗体、抗 R N P 抗体定性、抗 R N P 抗体半定量、抗 R N P 抗体定量	144点
11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146点
12 抗 S m 抗体定性、抗 S m 抗体半定量、抗 S m 抗体定量	<u>151点</u>
13 <u>C 1 q 結合免疫複合体</u>	<u>157点</u>
14 抗 S S-B / L a 抗体定性、抗 S S-B / L a 抗体半定量、抗 S S-B / L a 抗体定量、 <u>抗 S c l-70 抗体定性、抗 S c l-70 抗体半定量、抗 S c l-70 抗体定量</u>	161点
(削る)	
15 抗 S S-A / R o 抗体定性、抗 S S-A / R o 抗体半定量、抗 S S-A / R o 抗体定量	163点
16 <u>抗 D N A 抗体定量、抗 D N A 抗体定性</u>	<u>168点</u>
17 抗 R N A ポリメラーゼ III 抗体	170点
(削る)	
18 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	<u>179点</u>
19 <u>抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量</u>	<u>186点</u>
20 抗 A R S 抗体	190点

ン抗体	110点
7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3 (MM P-3)	116点
8 抗ガラクトース欠損 I g G 抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G 抗体定量	117点
(新設)	
9 抗サイログロブリン抗体、抗 R N P 抗体定性、抗 R N P 抗体半定量、抗 R N P 抗体定量、 <u>抗 J o-1 抗体定性、抗 J o-1 抗体半定量、抗 J o-1 抗体定量</u>	144点
10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146点
11 抗 S m 抗体定性、抗 S m 抗体半定量、抗 S m 抗体定量	<u>155点</u>
(新設)	
12 抗 S S-B / L a 抗体定性、抗 S S-B / L a 抗体半定量、抗 S S-B / L a 抗体定量、 <u>C 1 q 結合免疫複合体</u>	161点
13 <u>抗 S c l-70 抗体定性、抗 S c l-70 抗体半定量、抗 S c l-70 抗体定量</u>	<u>162点</u>
14 抗 S S-A / R o 抗体定性、抗 S S-A / R o 抗体半定量、抗 S S-A / R o 抗体定量	163点
(新設)	
15 抗 R N A ポリメラーゼ III 抗体	170点
16 <u>抗 D N A 抗体定量、抗 D N A 抗体定性</u>	<u>172点</u>
17 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	<u>184点</u>
(新設)	
18 抗 A R S 抗体	190点

(削る)	
<u>21</u> モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量	194点
(削る)	
22 IgG型リウマトイド因子	203点
23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	204点
24 抗LKM-1抗体	221点
25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI複合体抗体	223点
26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	226点
27 抗カルジオリピン抗体	232点
28 IgG ₂ (TIA法によるもの)	239点
<u>29</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	265点
<u>30</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	267点
<u>31</u> 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	270点
<u>32</u> 抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体、抗Mi-2抗体	270点
(削る)	
(削る)	
(削る)	
<u>33</u> ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	281点
<u>34</u> 抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290点

<u>19</u> 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	191点
<u>20</u> モノクローナルRF結合免疫複合体	194点
<u>21</u> 抗ミトコンドリア抗体定量	200点
22 IgG型リウマトイド因子	203点
23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210点
24 抗LKM-1抗体	221点
25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI複合体抗体	223点
26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	232点
27 抗カルジオリピン抗体	239点
28 IgG ₂ (TIA法によるもの)	239点
(新設)	
(新設)	
<u>29</u> 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体	270点
<u>30</u> 抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体、抗Mi-2抗体	270点
<u>31</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	273点
<u>32</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	275点
<u>33</u> 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	277点
<u>34</u> ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	281点
<u>35</u> 抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290点

35	抗デスマグレイン1抗体	300点
36	甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点
37	I g G ₄	377点
38	I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点

39	抗GM1 I g G抗体、抗GQ1b I g G抗体	460点
----	----------------------------	------

40	抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体及び抗B P 180-N C 16 a 抗体同時測定	490点
----	---	------

41	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R抗体)	822点
----	------------------------------	------

42	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
----	----------------	------

43	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
----	----------------------------	--------

44	抗H L A抗体 (スクリーニング検査)	1,000点
----	----------------------	--------

45	抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)	4,850点
----	----------------------	--------

注1 本区分の9から15まで、17、20及び32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。

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。

D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

1	C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P)	16点
---	----------------------------------	-----

2	赤血球コプロポルフィリン定性、グルコースー	
---	-----------------------	--

36	抗デスマグレイン1抗体	300点
37	甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点
38	I g G ₄	377点
39	I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点

40	抗GM1 I g G抗体、抗GQ1b I g G抗体	460点
----	----------------------------	------

(新設)

41	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R抗体)	847点
----	------------------------------	------

42	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
----	----------------	------

43	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
----	----------------------------	--------

44	抗H L A抗体 (スクリーニング検査)	1,000点
----	----------------------	--------

45	抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)	5,000点
----	----------------------	--------

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。

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。

D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

1	C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P)	16点
---	----------------------------------	-----

2	赤血球コプロポルフィリン定性、グルコースー	
---	-----------------------	--

6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30点
3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4 血清補体価 (CH ₅₀)、免疫グロブリン	38点
5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量	42点
6 血清アミロイドA ^{たん} 蛋白 (SAA)	47点
7 トランスフェリン (Tf)	60点
8 C ₃ 、C ₄	70点
9 セルロプラスミン	90点
10 非特異的 I g E 半定量、非特異的 I g E 定量	100点
11 <u>β₂-マイクログロブリン</u>	104点
12 トランスサイレチン (プレアルブミン)	107点
13 特異的 I g E 半定量・定量	110点
注 特異的 I g E 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	
14 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)、α₁-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	136点
⏟ (削る)	
(削る)	
15 C ₃ プロアクチベータ	160点
16 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
17 ヘモペキシン	180点

6-ホスファターゼ (G-6-Pase)	30点
3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4 血清補体価 (CH ₅₀)、免疫グロブリン	38点
5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量	42点
6 血清アミロイドA ^{たん} 蛋白 (SAA)	47点
7 トランスフェリン (Tf)	60点
8 C ₃ 、C ₄	70点
9 セルロプラスミン	90点
10 非特異的 I g E 半定量、非特異的 I g E 定量	100点
(新設)	
11 <u>β₂-マイクログロブリン、トランスサイレチン (プレアルブミン)</u>	107点
12 特異的 I g E 半定量・定量	110点
注 特異的 I g E 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	
13 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)</u>	136点
14 <u>α₁-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u>	140点
15 <u>アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)</u>	159点
16 C ₃ プロアクチベータ	160点
17 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
18 ヘモペキシン	180点

18	T A R C	184点
19	A P Rスコア定性	191点
20	アトピー鑑別試験定性	194点
21	B e n c e J o n e s 蛋白同定 (尿)	201点
22	癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液)	204点
23	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	224点
24	C ₁ インアクチベータ	268点
25	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330点
26	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	388点
27	結核菌特異的インターフェロノン-γ産生能	612点
D 0 1 6	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	157点
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	190点
3	T細胞・B細胞百分率	198点
4	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200点
	(削る)	
5	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点
6	赤血球・好中球表面抗原検査	320点
7	リンパ球刺激試験 (L S T)	
	イ 1薬剤	345点
	ロ 2薬剤	425点
	ハ 3薬剤以上	515点
	(微生物学的検査)	
D 0 1 7	(略)	
D 0 1 8	細菌培養同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点
2	消化管からの検体	180点

19	T A R C	189点
20	A P Rスコア定性	191点
21	アトピー鑑別試験定性	194点
22	B e n c e J o n e s 蛋白同定 (尿)	203点
23	癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液)	204点
24	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	230点
25	C ₁ インアクチベータ	276点
26	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330点
27	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	400点
28	結核菌特異的インターフェロノン-γ産生能	630点
D 0 1 6	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	161点
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	194点
	(新設)	
3	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200点
4	T細胞・B細胞百分率	204点
5	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点
6	赤血球表面抗原検査	270点
7	リンパ球刺激試験 (L S T)	
	イ 1薬剤	345点
	ロ 2薬剤	425点
	ハ 3薬剤以上	515点
	(微生物学的検査)	
D 0 1 7	(略)	
D 0 1 8	細菌培養同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点
2	消化管からの検体	180点

3	血液又は穿刺液 ^{せん}	215点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
5	その他の部位からの検体	160点
6	簡易培養	60点
注1	1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>112</u> 点を所定点数に加算する。	
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、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	170点
2	2菌種	220点
3	3菌種以上	280点
4	<u>薬剤耐性菌検出</u>	<u>50点</u>
5	<u>抗菌薬併用効果スクリーニング</u>	<u>150点</u>
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150点
D020~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130点
2	<u>クラミジア・トラコマチス核酸検出</u>	<u>198点</u>
3	<u>淋菌核酸検出</u>	<u>204点</u>
4	<u>H B V核酸定量</u>	<u>271点</u>
5	<u>淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出</u>	<u>278点</u>
6	<u>レジオネラ核酸検出</u>	<u>292点</u>
7	<u>マイコプラズマ核酸検出</u>	<u>300点</u>
8	<u>E Bウイルス核酸定量</u>	<u>310点</u>

3	血液又は穿刺液 ^{せん}	210点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
5	その他の部位からの検体	160点
6	簡易培養	60点
注1	1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>115</u> 点を所定点数に加算する。	
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、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	170点
2	2菌種	220点
3	3菌種以上	280点
	(新設)	
	(新設)	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150点
D020~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130点
	(新設)	
2	<u>淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出</u>	<u>204点</u>
3	<u>H B V核酸定量</u>	<u>279点</u>
4	<u>淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出</u>	<u>286点</u>
5	<u>レジオネラ核酸検出</u>	<u>292点</u>
6	<u>マイコプラズマ核酸検出</u>	<u>300点</u>
7	<u>E Bウイルス核酸定量</u>	<u>310点</u>

- 9 H C V 核酸検出、H P V 核酸検出 350点
 注 H P V 核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号 K 8 6 7 - 3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号 K 8 6 7 - 4 に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
- 10 H P V 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、百日咳菌核酸検出 360点
 注 H P V 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 A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号 K 8 6 7 - 3 に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号 K 8 6 7 - 4 に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
- 11 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 410点
- 12 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（M A C）核酸検出 421点
- 13 H C V 核酸定量 437点

（新設）

- 8 H C V 核酸検出、H P V 核酸検出、H P V 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、百日咳菌核酸検出 360点
 注 H P V 核酸検出及びH P V 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 A S C - U S と判定された患者又は過去に区分番号 K 8 6 7 に掲げる子宮頸部（腔部）切除術若しくは区分番号 K 8 6 7 - 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。
- 9 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 410点
- 10 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（M A C）核酸検出 421点
- 11 H C V 核酸定量 437点

- 14 HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点
- 15 HIV-1核酸定量 520点
注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
- 16 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
- 17 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 963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実施した場合に限り算定する。
- 18 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700点
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。
- 19 HPVジェノタイプ判定 2,000点
- 20 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点
注 6、7、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（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。

D023-2 その他の微生物学的検査

- 12 HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点
- 13 HIV-1核酸定量 520点
注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
- 14 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
(新設)
- 15 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700点
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。
- 16 HPVジェノタイプ判定 2,000点
- 17 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点
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。

D023-2 その他の微生物学的検査

1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合 ^{たん} 蛋白2' (PB P2') 定性	55点
2	尿素呼気試験 (UBT)	70点
3	大腸菌ベロトキシン定性	194点
4	<u>クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出</u>	450点

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

D024 (略)
(基本的検体検査実施料)

D025 (略)
第2款 検体検査判断料

区分

D026	検体検査判断料	
1	尿・糞便等 ^{ふん} 検査判断料	34点
2	<u>遺伝子関連・染色体検査判断料</u>	100点
3	血液学的検査判断料	125点
4	生化学的検査(I)判断料	144点
5	生化学的検査(II)判断料	144点
6	免疫学的検査判断料	144点
7	微生物学的検査判断料	150点

注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等^{ふん}検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

2 (略)

1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合 ^{たん} 蛋白2' (PB P2') 定性	55点
2	尿素呼気試験 (UBT)	70点
3	大腸菌ベロトキシン定性 (新設)	194点

D024 (略)
(基本的検体検査実施料)

D025 (略)
第2款 検体検査判断料

区分

D026	検体検査判断料	
1	尿・糞便等 ^{ふん} 検査判断料 (新設)	34点
2	血液学的検査判断料	125点
3	生化学的検査(I)判断料	144点
4	生化学的検査(II)判断料	144点
5	免疫学的検査判断料	144点
6	微生物学的検査判断料	150点

注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等^{ふん}検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

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、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

8 (略)

9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳

(新設)

3・4 (略)

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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

(新設)

6 (略)

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。

D 0 2 7 基本的検体検査判断料 (略)

注 1 (略)

2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D 3 0 6に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号D 3 0 8に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号D 3 1 0に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 2に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号D 3 1 3に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号D 3 2 5に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、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。

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。

D 0 2 7 基本的検体検査判断料 (略)

注 1 (略)

2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3本文及び注4に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2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。

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

1・2 (略)

D 2 0 0～D 2 0 5 (略)

D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

1・2 (略)

注1 (略)

2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査(ブロッケンブロー)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。

3～9 (略)

D 2 0 7～D 2 1 0-4 (略)

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。

2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D 2 0 8に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

1・2 (略)

D 2 0 0～D 2 0 5 (略)

D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

1・2 (略)

注1 (略)

2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査(ブロッケンブロー)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、600点又は1,400点を加算する。

3～9 (略)

D 2 0 7～D 2 1 0-4 (略)

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点

注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。

2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D 2 0 8に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同

一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

D 2 1 1 - 2 ~ D 2 1 4 - 2 (略)

(超音波検査等)

通則 (略)

D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)

- 1 Aモード法 (略)

- 2 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)

イ 訪問診療時に行った場合 400点

注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。

ロ その他の場合

(1)~(3) (略)

- 3 心臓超音波検査

イ~ハ (略)

- ニ 胎児心エコー法 (略)

注1 (略)

- 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、1,000点を所定点数に加算する。

ホ (略)

- 4 (略)

- 5 血管内超音波法 (略)

注1 (略)

- 2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定点

一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

D 2 1 1 - 2 ~ D 2 1 4 - 2 (略)

(超音波検査等)

通則 (略)

D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)

- 1 Aモード法 (略)

- 2 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)

(新設)

(新設)

イ~ハ (略)

- 3 心臓超音波検査

イ~ハ (略)

- ニ 胎児心エコー法 (略)

注1 (略)

- 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。

ホ (略)

- 4 (略)

- 5 血管内超音波法 (略)

注1 (略)

- 2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定点

	数に加算する。	
	3～7 (略)	
D 2 1 5 - 2～D 2 1 7 (略)	(監視装置による諸検査)	
D 2 1 8 分娩監視装置による諸検査		
1 1時間以内の場合	510点	
2 1時間を超え1時間30分以内の場合	700点	
3 1時間30分を超えた場合	890点	
D 2 1 9 ノンストレステスト(一連につき)	210点	
D 2 2 0～D 2 2 1 - 2 (略)		
D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		
1 (略)		
2 5時間を超えた場合(1日につき)	630点	
D 2 2 2 - 2～D 2 2 5 - 3 (略)		
D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験	1,030点	
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		
D 2 2 6 (略)		
D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定		
1 1時間以内又は1時間につき	200点	
2 3時間を超えた場合(1日につき)	800点	
D 2 2 8・D 2 2 9 (略)		
D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定		
1 (略)		
2 2時間を超えた場合(1日につき)	570点	
注1・2 (略)		
D 2 3 1～D 2 3 3 (略)		
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定	2,000点	
(脳波検査等)		
通則 (略)		

	数に加算する。	
	3～7 (略)	
D 2 1 5 - 2～D 2 1 7 (略)	(監視装置による諸検査)	
D 2 1 8 分娩監視装置による諸検査		
1 1時間以内の場合	480点	
2 1時間を超え1時間30分以内の場合	660点	
3 1時間30分を超えた場合	840点	
D 2 1 9 ノンストレステスト(一連につき)	200点	
D 2 2 0～D 2 2 1 - 2 (略)		
D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		
1 (略)		
2 5時間を超えた場合(1日につき)	600点	
D 2 2 2 - 2～D 2 2 5 - 3 (略)		
D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験	980点	
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		
D 2 2 6 (略)		
D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定		
1 1時間以内又は1時間につき	125点	
2 3時間を超えた場合(1日につき)	600点	
D 2 2 8・D 2 2 9 (略)		
D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定		
1 (略)		
2 2時間を超えた場合(1日につき)	540点	
注1・2 (略)		
D 2 3 1～D 2 3 3 (略)		
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定	1,300点	
(脳波検査等)		
通則 (略)		

D 2 3 5 ~ D 2 3 5 - 3 (略)

D 2 3 6 脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)

- 1 体性感覚誘発電位 850点
- 2 視覚誘発電位 850点
- 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 850点
- 注 (略)
- 4 聴性定常反応 1,010点

D 2 3 6 - 2 (略)

D 2 3 6 - 3 脳磁図

- 1 自発活動を測定するもの 17,100点
- 2 その他のもの 5,100点

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

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

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- 1・2 (略)
- 3 1及び2以外の場合
- イ 安全精度管理下で行うもの 4,760点
- ロ その他のもの 3,570点

注 3のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D 2 3 7 - 2 ・ D 2 3 8 (略)

D 2 3 5 ~ D 2 3 5 - 3 (略)

D 2 3 6 脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)

- 1 体性感覚誘発電位 804点
- 2 視覚誘発電位 804点
- 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 804点
- 注 (略)
- 4 聴性定常反応 960点

D 2 3 6 - 2 (略)

D 2 3 6 - 3 脳磁図

5,100点

(新設)

(新設)

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。

(新設)

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- 1・2 (略)
- 3 1及び2以外の場合 3,960点
- (新設)
- (新設)
- (新設)

D 2 3 7 - 2 ・ D 2 3 8 (略)

(神経・筋検査)

通則 (略)

D 2 3 9 筋電図検査

1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) 320点

2・3 (略)

4 単線維筋電図 (一連につき) 1,500点

注 1・2 (略)

3 4について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D 2 3 9 - 2 ~ 2 4 2 (略)

(耳鼻咽喉科学的検査)

D 2 4 3 ~ D 2 4 6 (略)

D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

1 ~ 3 (略)

4 遊戯聴力検査 500点

5 (略)

D 2 4 8 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則 (略)

D 2 5 5 ~ D 2 5 8 - 2 (略)

D 2 5 8 - 3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 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行われる場合に限り算定する。

D 2 5 9 ・ D 2 6 0 (略)

D 2 6 1 屈折検査

1・2 (略)

注 1について、弱視又は不同視と診断された患者

(神経・筋検査)

通則 (略)

D 2 3 9 筋電図検査

1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) 300点

2・3 (略)

(新設)

注 1・2 (略)

(新設)

D 2 3 9 - 2 ~ 2 4 2 (略)

(耳鼻咽喉科学的検査)

D 2 4 3 ~ D 2 4 6 (略)

D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

1 ~ 3 (略)

4 遊戯聴力検査 450点

5 (略)

D 2 4 8 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則 (略)

D 2 5 5 ~ D 2 5 8 - 2 (略)

(新設)

D 2 5 9 ・ D 2 6 0 (略)

D 2 6 1 屈折検査

1・2 (略)

(新設)

に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号D263に掲げる矯正視力検査は算定しない。

D262～D282-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D282-4～D284	(略)	
D285	認知機能検査その他の心理検査	
1	操作が容易なもの	
	イ 簡易なもの	80点
	ロ その他のもの	80点
2・3	(略)	
注	(略)	
	(負荷試験等) (略)	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)	
	(内視鏡検査)	

通則

1～5	(略)	
D295	関節鏡検査(片側)	760点
D296～D309	(略)	
D310	小腸内視鏡検査	
1	<u>バルーン内視鏡によるもの</u>	6,800点
	(削る)	
2	カプセル型内視鏡によるもの	(略)
3	その他のもの	(略)
注1・2	(略)	
D310-2～D312	(略)	
D312-2	<u>回腸囊ファイバースコープ</u>	550点
D313	(略)	
D314	腹腔鏡検査	2,270点

D262～D282-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D282-4～D284	(略)	
D285	認知機能検査その他の心理検査	
1	操作が容易なもの	80点
	(新設)	
	(新設)	
2・3	(略)	
注	(略)	
	(負荷試験等) (略)	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)	
	(内視鏡検査)	

通則

1～5	(略)	
D295	関節鏡検査(片側)	720点
D296～D309	(略)	
D310	小腸内視鏡検査	
1	<u>ダブルバルーン内視鏡によるもの</u>	7,800点
2	<u>シングルバルーン内視鏡によるもの</u>	5,000点
3	カプセル型内視鏡によるもの	(略)
4	その他のもの	(略)
注1・2	(略)	
D310-2～D312	(略)	
	(新設)	
D313	(略)	
D314	腹腔鏡検査	2,160点

D 3 1 5 ~ D 3 1 9 (略)		D 3 1 5 ~ D 3 1 9 (略)	
D 3 2 0 ヒステロスコープ	620点	D 3 2 0 ヒステロスコープ	220点
D 3 2 1 ~ D 3 2 5 (略)		D 3 2 1 ~ D 3 2 5 (略)	
第4節 診断 ^{せん} 穿刺・検体採取料		第4節 診断 ^{せん} 穿刺・検体採取料	
通則		通則	
1・2 (略)		1・2 (略)	
区分		区分	
D 4 0 0 血液採取 (1日につき)		D 4 0 0 血液採取 (1日につき)	
1 静脈	35点	1 静脈	30点
2 (略)		2 (略)	
注1~3 (略)		注1~3 (略)	
D 4 0 1 ~ D 4 0 9 - 2 (略)		D 4 0 1 ~ D 4 0 9 - 2 (略)	
D 4 1 0 乳腺 ^{せん} 穿刺又は針生検 (片側)		D 4 1 0 乳腺 ^{せん} 穿刺又は針生検 (片側)	
1 生検針によるもの	690点	1 生検針によるもの	650点
2 (略)		2 (略)	
D 4 1 1 ・ D 4 1 2 (略)		D 4 1 1 ・ D 4 1 2 (略)	
D 4 1 2 - 2 経皮的腎生検法	2,000点	(新設)	
D 4 1 3 ~ D 4 1 4 - 2 (略)		D 4 1 3 ~ D 4 1 4 - 2 (略)	
D 4 1 5 経気管肺生検法	(略)	D 4 1 5 経気管肺生検法	(略)
注1・2 (略)		注1・2 (略)	
3 <u>プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500点を所定点数に加算する。ただし、注1に規定するガイドシース加算は別に算定できない。</u>		(新設)	
D 4 1 5 - 2 ・ D 4 1 5 - 3 (略)		D 4 1 5 - 2 ・ D 4 1 5 - 3 (略)	
D 4 1 5 - 4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)		(新設)	
	5,000点		
D 4 1 5 - 5 経気管支凍結生検法	5,500点	(新設)	
注 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。</u>			

D 4 1 6 ~ D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1・2 (略)

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。

3 動脈血採取 (1日につき) (略)

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。

4 前房水採取 (略)

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。

5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略)

注1・2 (略)

3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、1,000点を所定点数に加算する。

6 (略)

D 4 1 9 - 2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1~7 (略)

第1節 (略)

第2節 核医学診断料

通則

1~3 (略)

区分

E 1 0 0 ・ E 1 0 1 (略)

D 4 1 6 ~ D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1・2 (略)

(新設)

3 動脈血採取 (1日につき) (略)

注 (略)

(新設)

4 前房水採取 (略)

(新設)

5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略)

注1・2 (略)

(新設)

6 (略)

D 4 1 9 - 2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1~7 (略)

第1節 (略)

第2節 核医学診断料

通則

1~3 (略)

区分

E 1 0 0 ・ E 1 0 1 (略)

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 3 (略)

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、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 3 ^〇ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

1・2 (略)

注 1 ~ 3 (略)

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、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 4 ^〇ポジトロン断層・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） (略)

注 1 ~ 3 (略)

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、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

1・2 (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

E 1 0 1 - 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） (略)

注 1 ~ 3 (略)

(新設)

により所定点数を算定する場合においては、1、280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E 1 0 1 - 5 ・ E 1 0 2 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E 2 0 0 に掲げるコンピューター断層撮影 (CT撮影)、区分番号E 2 0 0 - 2 に掲げる血流予備比コンピューター断層撮影、区分番号E 2 0 1 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E 2 0 2 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E 2 0 3 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2・3 (略)

4 新生児、3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) 又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E 2 0 0、区分番号E 2 0 1 又は区分番号E 2 0 2 に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合 (頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。) は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、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。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

区分

E 2 0 0 (略)

E 2 0 0 - 2 血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400点

注1 血流予備量比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

E 1 0 1 - 5 ・ E 1 0 2 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E 2 0 0 に掲げるコンピューター断層撮影 (CT撮影)、区分番号E 2 0 1 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E 2 0 2 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E 2 0 3 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2・3 (略)

4 新生児、3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) 又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E 2 0 0 から区分番号E 2 0 2 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、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。

区分

E 2 0 0 (略)

(新設)

るものとする。

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

E 2 0 1 (略)

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

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 8 (略)

9 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、全身のMRI 撮影を行った場合は、全身MRI 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 (略)

第 4 節・第 5 節 (略)

第 5 部 投薬

通則

1 ~ 5 (略)

第 1 節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 11 点

ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 8 点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) 7 点

E 2 0 1 (略)

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

1 ~ 3 (略)

注 1 ~ 8 (略)

(新設)

E 2 0 3 (略)

第 4 節・第 5 節 (略)

第 5 部 投薬

通則

1 ~ 5 (略)

第 1 節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 9 点

ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) 6 点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) 7 点

注 (略)
第2節～第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、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。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 14点

注1～4 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる動脈注射、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6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

注 (略)
第2節～第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、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。

イ 一般名処方加算1 6点

ロ 一般名処方加算2 4点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1～4 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる動脈注射、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の

患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

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、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

8 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

患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(新設)

7 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、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なもの
の費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似
する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003-3 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射
量が100mL以上の場合) 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の
注射量が500mL以上の場合) 98点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

G018 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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であって

は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003-3 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射
量が100mL以上の場合) 98点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の
注射量が500mL以上の場合) 97点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

(新設)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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

要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、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できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

6 (略)

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

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。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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であって、要介護被保険者等以外のものに対して、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。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等である患者に対して、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、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できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

6 (略)

H002 運動器リハビリテーション料
1～3 (略)

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

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

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。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H002 運動器リハビリテーション料
1～3 (略)

注1～3 (略)

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であって、要介護被保険者等の患者以外のものに対して、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。

(削る)

(削る)

(削る)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、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、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できるものとする。

イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)
111点

ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)
102点

ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)
51点

6 (略)

注1～3 (略)

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

イ 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)
111点

ロ 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)
102点

ハ 運動器リハビリテーション料(III) (1単位)
51点

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。

(新設)

(新設)

(新設)

6 (略)

H003 (略)

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は脳血管疾患等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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等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、運動量増加機器加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

H003-3・H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

(削る)

(削る)

H005～H008 (略)

第2節 (略)

H003 (略)

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

H003-3・H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、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月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 経口摂取回復促進加算1 185点

ロ 経口摂取回復促進加算2 20点

H005～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 精神科専門療法

通則

1・2 (略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 (略)

I 0 0 0 - 2 経頭蓋磁気刺激療法 1,200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。

I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

1・2 (略)

注1～7 (略)

8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B 0 1 5に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき）

第8部 精神科専門療法

通則

1・2 (略)

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 (略)

(新設)

I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

1・2 (略)

注1～7 (略)

(新設)

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき）

340点

1 薬物依存症の場合 340点

2 ギャンブル依存症の場合 300点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、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年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。

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、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。

3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 7 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I)

イ 保健師又は看護師による場合

(1)~(4) (略)

ロ (略)

ハ 作業療法士による場合

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点

(新設)

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、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年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。

(新設)

2 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 7 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I)

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

(1)~(4) (略)

ロ (略)

(新設)

(2) 週 3 日目まで	30分未満の場合	445点
(3) 週 4 日目以降	30分以上の場合	680点
(4) 週 4 日目以降	30分未満の場合	530点
三 精神保健福祉士による場合		
(1) 週 3 日目まで	30分以上の場合	580点
(2) 週 3 日目まで	30分未満の場合	445点
(3) 週 4 日目以降	30分以上の場合	680点
(4) 週 4 日目以降	30分未満の場合	530点
2	(略)	
3	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
イ	保健師又は看護師による場合	
	(1)・(2) (略)	
ロ	(略)	
ハ	作業療法士による場合	
(1)	同一日に2人	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	580点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	445点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	680点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	530点
(2)	同一日に3人以上	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	293点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	225点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	343点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	268点
三 精神保健福祉士による場合		
(1)	同一日に2人	
①	週 3 日目まで 30分以上の場合	580点
②	週 3 日目まで 30分未満の場合	445点
③	週 4 日目以降 30分以上の場合	680点
④	週 4 日目以降 30分未満の場合	530点

(新設)

2 (略)

3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

(1)・(2) (略)

ロ (略)

(新設)

(新設)

(2) 同一日に3人以上

①	<u>週3日目まで</u>	<u>30分以上の場合</u>	<u>293点</u>
②	<u>週3日目まで</u>	<u>30分未満の場合</u>	<u>225点</u>
③	<u>週4日目以降</u>	<u>30分以上の場合</u>	<u>343点</u>
④	<u>週4日目以降</u>	<u>30分未満の場合</u>	<u>268点</u>

注1～3 (略)

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、ハの場合にあつては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>450点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>450点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>400点</u>

(2) 1日に2回の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>900点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>900点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>810点</u>

(3) 1日に3回以上の場合

①	<u>同一建物内1人</u>	<u>1,450点</u>
②	<u>同一建物内2人</u>	<u>1,450点</u>
③	<u>同一建物内3人以上</u>	<u>1,300点</u>

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に

注1～3 (略)

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、ハの場合にあつては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合 450点

(新設)

(新設)

(新設)

(2) 1日に2回の場合 900点

(新設)

(新設)

(新設)

(3) 1日に3回以上の場合 1,450点

(新設)

(新設)

(新設)

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に

精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 1日に1回の場合
- ① 同一建物内1人 380点
 - ② 同一建物内2人 380点
 - ③ 同一建物内3人以上 340点
- (2) 1日に2回の場合
- ① 同一建物内1人 760点
 - ② 同一建物内2人 760点
 - ③ 同一建物内3人以上 680点
- (3) 1日に3回以上の場合
- ① 同一建物内1人 1,240点
 - ② 同一建物内2人 1,240点
 - ③ 同一建物内3人以上 1,120点

ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 同一建物内1人 300点
- (2) 同一建物内2人 300点
- (3) 同一建物内3人以上 270点

5～9 (略)

10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)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、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。

イ 1日に2回の場合

- (1) 同一建物内1人 450点

精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 1日に1回の場合 380点
(新設)
- (2) 1日に2回の場合 760点
(新設)
- (3) 1日に3回以上の場合 1,240点
(新設)

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
(新設)

- (新設)

5～9 (略)

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。

(新設)

	(2) <u>同一建物内2人</u>	450点
	(3) <u>同一建物内3人以上</u>	400点
	ロ <u>1日に3回以上の場合</u>	
	(1) <u>同一建物内1人</u>	800点
	(2) <u>同一建物内2人</u>	800点
	(3) <u>同一建物内3人以上</u>	720点
	11・12 (略)	
I 0 1 2 - 2	(略)	
I 0 1 3	抗精神病特定薬剤治療指導管理料	
	1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	
	イ <u>入院中の患者</u>	250点
	ロ <u>入院中の患者以外</u>	250点
	2 (略)	
	注1 <u>1のイについては、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、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u>	
	<u>2 1のロについては、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。</u>	
	3 (略)	
I 0 1 4・I 0 1 5	(略)	
I 0 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)	
	1・2 (略)	
	<u>3 精神科在宅患者支援管理料3</u>	

	(新設)
	11・12 (略)
I 0 1 2 - 2	(略)
I 0 1 3	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
	1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料
	250点
	2 (略)
	注1 <u>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。</u>
	(新設)
	2 (略)
I 0 1 4・I 0 1 5	(略)
I 0 1 6	精神科在宅患者支援管理料 (月1回)
	1・2 (略)
	(新設)

イ 単一建物診療患者1人 2,030点

ロ 単一建物診療患者2人以上 1,248点

注1 1のイ及びロについては、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、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 1のハについては、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。

3 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

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。

(新設)

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

はその家族等の同意を得て、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、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

4 3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、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等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の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、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

5 （略）

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、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。

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。

（新設）

3 （略）

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

7 (略)
第2節 (略)
第9部 処置

通則

1～6 (略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000～J001-9 (略)

J001-10 静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)

200点

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

2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)

1 (略)

注1 (略)

2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。

J003-2 (略)

J003-3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき)

1,100点

J003-4 多血小板血漿処置

4,190点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ない。

5 (略)
第2節 (略)
第9部 処置

通則

1～6 (略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000～J001-9 (略)

(新設)

J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)

1 (略)

注 (略)

(新設)

J003-2 (略)

(新設)

(新設)

ているものと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。

2 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 4 ~ J 0 0 6	(略)	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	317点
	注 (略)	
J 0 0 7 - 2 ~ J 0 3 1	(略)	
J 0 3 2	肛門拡張法 (徒手又はブジーによるもの)	(略)
	注 3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。	
J 0 3 3	(略)	
J 0 3 4	イレウス用ロングチューブ挿入法	730点
J 0 3 4 - 2 ~ J 0 3 7	(略)	
J 0 3 8	人工腎臓 (1日につき)	
	1 慢性維持透析を行った場合 1	
	イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	1,924点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	2,084点
	ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	2,219点
	ニ 4時間未満の場合 (イを除く。)	1,798点
	ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。)	1,958点
	ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。)	2,093点
	2 慢性維持透析を行った場合 2	

J 0 0 4 ~ J 0 0 6	(略)	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	264点
	注 (略)	
J 0 0 7 - 2 ~ J 0 3 1	(略)	
J 0 3 2	肛門拡張法 (徒手又はブジーによるもの)	(略)
	(新設)	
J 0 3 3	(略)	
J 0 3 4	イレウス用ロングチューブ挿入法	610点
J 0 3 4 - 2 ~ J 0 3 7	(略)	
J 0 3 8	人工腎臓 (1日につき)	
	1 慢性維持透析を行った場合 1	
	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	2,140点
	ハ 5時間以上の場合	2,275点
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	2 慢性維持透析を行った場合 2	

イ	4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	1,884点	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（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	2,044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（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	2,174点	ハ	5時間以上の場合	2,230点
ニ	4時間未満の場合（イを除く。）	1,758点		（新設）	
ホ	4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,918点		（新設）	
ヘ	5時間以上の場合（ハを除く。）	2,048点		（新設）	
3	慢性維持透析を行った場合3		3	慢性維持透析を行った場合3	
イ	4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	1,844点	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（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	1,999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（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）	2,129点	ハ	5時間以上の場合	2,185点
ニ	4時間未満の場合（イを除く。）	1,718点		（新設）	
ホ	4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,873点		（新設）	
ヘ	5時間以上の場合（ハを除く。）	2,003点		（新設）	
4	（略）		4	（略）	
注1	（略）		注1	（略）	
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。		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	200点
ロ 導入期加算 2	500点
3～13 (略)	
<u>14 1から3までの場合にあっては、イからハまでを算定した週においては、ニからへまでを別に算定できない。</u>	
J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)	
J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)	
1 (略)	
2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合	120点
注1～3 (略)	
J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 6 (略)	
<u>J 0 4 3 - 7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 (救急処置)</u>	1,400点
J 0 4 4 (略)	
J 0 4 4 - 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)	480点
J 0 4 5 ~ J 0 4 7 - 2 (略)	
<u>J 0 4 7 - 3 心不全に対する遠赤外線温熱療法 (1日につき)</u>	115点
<u>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u>	
<u>2 入院中であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として、週5回に限り所定点数を算定する。</u>	
J 0 4 8 ・ J 0 4 9 (略)	
J 0 5 0 気管内洗浄 (1日につき)	340点
注1・2 (略)	

イ 導入期加算 1	300点
ロ 導入期加算 2	400点
3～13 (略)	
(新設)	
J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)	
J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)	
1 (略)	
2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合	100点
注1～3 (略)	
J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 6 (略)	
(新設)	
(救急処置)	
J 0 4 4 (略)	
J 0 4 4 - 2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法 (1日につき)	400点
J 0 4 5 ~ J 0 4 7 - 2 (略)	
(新設)	
J 0 4 8 ・ J 0 4 9 (略)	
J 0 5 0 気管内洗浄 (1日につき)	280点
注1・2 (略)	

J 0 5 1 胃洗浄 注 (略)	<u>300点</u>
J 0 5 2・J 0 5 2-2 (略) (皮膚科処置)	
J 0 5 3～J 0 7 0-4 (略) (産婦人科処置)	
J 0 7 1 (略)	
J 0 7 2 腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) 注 (略)	<u>56点</u>
J 0 7 3 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む。)	<u>56点</u>
J 0 7 4～J 0 8 5-2 (略) (眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 1-2 (略)	
J 0 9 2 涙囊ブジー法 (洗浄を含む。)	<u>54点</u>
J 0 9 3・J 0 9 4 (略) (耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5・J 0 9 5-2 (略)	
J 0 9 6 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)	<u>36点</u>
2 ポリッツェル球による耳管通気法	<u>24点</u>
注 (略)	
J 0 9 7 鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。 。)	<u>14点</u>
注1 (略)	
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる口腔、咽頭処置と 併せて行った場合であっても <u>14点</u> とする。	
3 (略)	
J 0 9 7-2 (略)	
J 0 9 8 口腔、咽頭処置	<u>14点</u>
注1 (略)	

J 0 5 1 胃洗浄 注 (略)	<u>250点</u>
J 0 5 2・J 0 5 2-2 (略) (皮膚科処置)	
J 0 5 3～J 0 7 0-4 (略) (産婦人科処置)	
J 0 7 1 (略)	
J 0 7 2 腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) 注 (略)	<u>47点</u>
J 0 7 3 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む。)	<u>47点</u>
J 0 7 4～J 0 8 5-2 (略) (眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 1-2 (略)	
J 0 9 2 涙囊ブジー法 (洗浄を含む。)	<u>45点</u>
J 0 9 3・J 0 9 4 (略) (耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5・J 0 9 5-2 (略)	
J 0 9 6 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)	<u>30点</u>
2 ポリッツェル球による耳管通気法	<u>20点</u>
注 (略)	
J 0 9 7 鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。 。)	<u>12点</u>
注1 (略)	
2 区分番号 J 0 9 8 に掲げる口腔、咽頭処置と 併せて行った場合であっても <u>12点</u> とする。	
3 (略)	
J 0 9 7-2 (略)	
J 0 9 8 口腔、咽頭処置	<u>12点</u>
注1 (略)	

2 区分番号 J 0 9 7 に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても <u>14点</u> とする。	
J 0 9 8 - 2 (略)	
J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置 (喉頭注入を含む。)	<u>32点</u>
注 (略)	
J 1 0 0 ~ J 1 1 5 - 2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 関節 ^{せん} 穿刺 (片側)	<u>120点</u>
注 (略)	
J 1 1 6 - 2 ~ J 1 1 9 - 4 (略)	
(栄養処置) (略)	
(ギプス)	
通則	
1 ~ 3 (略)	
J 1 2 2 ~ J 1 2 8 (略)	
J 1 2 9 <u>義肢採型法</u>	
(削る)	
1 四肢切断の場合 (1 肢につき)	700点
(削る)	
2 股関節、肩関節離断の場合 (1 肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 2 練習用仮義足又は仮義手 <u>採型法</u>	
1 四肢切断の場合 (1 肢につき)	700点
2 股関節、肩関節離断の場合 (1 肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 3 <u>治療用装具採寸法</u> (1 肢につき)	200点
J 1 2 9 - 4 <u>治療用装具採型法</u>	
1 <u>体幹装具</u>	<u>700点</u>
2 <u>四肢装具</u> (1 肢につき)	<u>700点</u>

2 区分番号 J 0 9 7 に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても <u>12点</u> とする。	
J 0 9 8 - 2 (略)	
J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置 (喉頭注入を含む。)	<u>27点</u>
注 (略)	
J 1 0 0 ~ J 1 1 5 - 2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 関節 ^{せん} 穿刺 (片側)	<u>100点</u>
注 (略)	
J 1 1 6 - 2 ~ J 1 1 9 - 4 (略)	
(栄養処置) (略)	
(ギプス)	
通則	
1 ~ 3 (略)	
J 1 2 2 ~ J 1 2 8 (略)	
J 1 2 9 <u>治療装具の採型ギプス</u>	
1 <u>義肢装具採型法</u> (1 肢につき)	200点
2 <u>義肢装具採型法</u> (四肢切断の場合) (1 肢につき)	700点
3 <u>体幹硬性装具採型法</u>	700点
4 <u>義肢装具採型法</u> (股関節、肩関節離断の場合) (1 肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 2 練習用仮義足又は仮義手	
1 <u>義肢装具採型法</u> (四肢切断の場合) (1 肢につき)	700点
2 <u>義肢装具採型法</u> (股関節、肩関節離断の場合) (1 肢につき)	1,050点
J 1 2 9 - 3 <u>義肢装具採寸法</u> (1 肢につき)	200点
J 1 2 9 - 4 <u>治療装具採型法</u> (1 肢につき)	<u>700点</u>
(新設)	
(新設)	

3 その他（1肢につき）

200点

第2節～第4節（略）

第10部 手術

通則

1～3（略）

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、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K134-4、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、K181-6、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K374-2、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、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、K594の4のロ、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、K616-6、K617-5、K627-2の1及び2、K627-3、K

（新設）

第2節～第4節（略）

第10部 手術

通則

1～3（略）

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、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-

627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K654-4、K656-2、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、K709-6、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。）並びにK910-2からK910-5まで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

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、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

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。

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、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、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（通則第4号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。

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。

6 区分番号K528、K528-3、K535、K570-4、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。

7 区分番号K002、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、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の1、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2

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。

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、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4

、K 8 3 8並びにK 9 1 3に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 （略）

9 区分番号K 2 9 3、K 2 9 4、K 3 1 4、K 3 4 3、K 3 7 4、K 3 7 4-2、K 3 7 6、K 3 9 4、K 3 9 4-2、K 4 1 0、K 4 1 2、K 4 1 5、K 4 2 2、K 4 2 4、K 4 2 5、K 4 3 9、K 4 4 2の2及び3、K 4 5 5、K 4 5 8、K 4 6 3の1及び3並びにK 4 6 3-2に掲げる手術については、区分番号K 4 6 9に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10～17 （略）

18 区分番号K 5 0 2-5、K 5 0 4-2、K 5 1 3-2、K 5 1 4-2の2、K 5 1 4-2の3、K 5 2 9-2、K 5 2 9-3、K 5 5 4-2、K 6 5 5-2、K 6 5 5-5、K 6 5 7-2、K 7 0 2-2、K 7 0 3-2、K 7 4 0-2、K 7 7 8-2、K 8 0 3-2、K 8 6 5-2、K 8 7 7-2及びK 8 7 9-2（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。

19 区分番号K 4 7 5及びK 8 8 8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遺伝性乳癌卵巣癌患者に対して行った場合においても算定できる。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

00又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 （略）

9 区分番号K 2 9 3、K 2 9 4、K 3 1 4、K 3 4 3、K 3 7 4、K 3 7 6、K 3 9 4、K 4 1 0、K 4 1 2、K 4 1 5、K 4 2 2、K 4 2 4、K 4 2 5、K 4 3 9、K 4 4 2の2及び3、K 4 5 5、K 4 5 8、K 4 6 3並びにK 4 6 3-2に掲げる手術については、区分番号K 4 6 9に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10～17 （略）

18 K 5 0 4-2、K 5 1 3-2、K 5 1 4-2の3、K 5 2 9-2、K 5 5 4-2、K 6 5 5-2、K 6 5 5-5、K 6 5 7-2、K 7 4 0-2、K 8 0 3-2、K 8 7 7-2及びK 8 7 9-2（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。

（新設）

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

	(皮膚、皮下組織)	
K 0 0 0・K 0 0 0-2	(略)	
K 0 0 1	皮膚切開術	
1	長径10センチメートル未満	<u>570点</u>
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	<u>990点</u>
3	長径20センチメートル以上	<u>1,770点</u>
K 0 0 2	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,260点</u>
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	<u>4,300点</u>
3	3,000平方センチメートル以上	10,030点
注1	熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定する。	
	2~4 (略)	
K 0 0 3~K 0 0 7-2	(略)	
<u>K 0 0 7-3</u>	<u>放射線治療用合成吸収性材料留置術</u>	<u>14,290点</u>
K 0 0 8	(略)	
	(形成)	
K 0 0 9	皮膚剥削術	
1	25平方センチメートル未満	<u>1,810点</u>
	2~4 (略)	
K 0 1 0~K 0 1 6	(略)	
K 0 1 7	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	
1	乳房再建術の場合	<u>89,880点</u>
2	その他の場合	<u>94,460点</u>
K 0 1 8・K 0 1 9	(略)	
K 0 2 0	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	<u>131,310点</u>

区分

	(皮膚、皮下組織)	
K 0 0 0・K 0 0 0-2	(略)	
K 0 0 1	皮膚切開術	
1	長径10センチメートル未満	<u>470点</u>
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	<u>820点</u>
3	長径20センチメートル以上	<u>1,470点</u>
K 0 0 2	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,020点</u>
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	<u>3,580点</u>
3	3,000平方センチメートル以上	10,030点
注1	熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、5回に限り算定する。	
	2~4 (略)	
K 0 0 3~K 0 0 7-2	(略)	
	(新設)	
K 0 0 8	(略)	
	(形成)	
K 0 0 9	皮膚剥削術	
1	25平方センチメートル未満	<u>1,490点</u>
	2~4 (略)	
K 0 1 0~K 0 1 6	(略)	
K 0 1 7	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	
1	乳房再建術の場合	<u>87,880点</u>
2	その他の場合	<u>92,460点</u>
K 0 1 8・K 0 1 9	(略)	
K 0 2 0	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	<u>127,310点</u>

K021～K022-2 (略)
第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、^{けん}腱、^{けんしやう}腱鞘)

K023・K024 (略)

K025 股関節内転筋切離術 6,370点

K026～K028 (略)

K029 筋肉内異物摘出術 3,440点

K030 (略)

K031 四肢・^く躯幹軟部悪性腫瘍手術

1・2 (略)

注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。

K032～K036 (略)

K037 ^{けん}腱縫合術 (略)

注 前腕から手根部の2指以上の腱縫合を実施した場合は、複数縫合加算として1指を追加するごとに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は1側当たり3指を超えないものとする。

K037-2～K041 (略)

(四肢骨)

K042～K044 (略)

K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術

1・2 (略)

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他

1,990点

K046～K049 (略)

K050 腐骨摘出術

1・2 (略)

K021～K022-2 (略)
第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、^{けん}腱、^{けんしやう}腱鞘)

K023・K024 (略)

K025 股関節内転筋切離術 5,290点

K026～K028 (略)

K029 筋肉内異物摘出術 2,840点

K030 (略)

K031 四肢・^く躯幹軟部悪性腫瘍手術

1・2 (略)

(新設)

K032～K036 (略)

K037 ^{けん}腱縫合術 (略)

(新設)

K037-2～K041 (略)

(四肢骨)

K042～K044 (略)

K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術

1・2 (略)

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他

1,660点

K046～K049 (略)

K050 腐骨摘出術

1・2 (略)

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	4,100点
K051～K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(略)
注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。	
K054 骨切り術	
1～3 (略)	
注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K055～K056-2 (略)	
K057 変形治癒骨折矯正手術	
1～3 (略)	
注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K058～K060-3 (略)	
K061 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,800点
2 胸鎖、肘、手、足	1,560点
3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	960点
K062～K074-2 (略)	
K075 非観血的関節授動術	
1 肩、股、膝	1,590点
2・3 (略)	

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420点
K051～K052-3 (略)	
K053 骨悪性腫瘍手術	
1・2 (略)	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(略)
(新設)	
K054 骨切り術	
1～3 (略)	
注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。	
K055～K056-2 (略)	
K057 変形治癒骨折矯正手術	
1～3 (略)	
注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。	
K058～K060-3 (略)	
K061 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,500点
2 胸鎖、肘、手、足	1,300点
3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800点
K062～K074-2 (略)	
K075 非観血的関節授動術	
1 肩、股、膝	1,320点
2・3 (略)	

K 0 7 6 ~ K 0 7 9 (略)	
K 0 7 9 - 2 関節鏡下靭帯断裂形成手術	
1 ~ 4 (略)	
注 1 について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的靭帯形成加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
K 0 8 0 ~ K 0 8 2 - 4 (略)	
K 0 8 2 - 5 人工距骨全置換術	27,210点
K 0 8 2 - 6 人工股関節摺動面交換術	25,000点
K 0 8 3 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	3,620点
注 (略)	
K 0 8 3 - 2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K 0 8 4 四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足)	24,320点
(削除)	
(削除)	
K 0 8 4 - 2 ~ K 0 8 8 (略)	
(手、足)	
K 0 8 9 爪甲除去術	770点
K 0 9 0 ひょう疽手術	
1 軟部組織のもの	1,190点
2 (略)	
K 0 9 0 - 2 ~ K 1 1 1 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K 1 1 2 ~ K 1 3 3 (略)	
K 1 3 3 - 2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	78,500点
K 1 3 4 ・ K 1 3 4 - 2 (略)	

K 0 7 6 ~ K 0 7 9 (略)	
K 0 7 9 - 2 関節鏡下靭帯断裂形成手術	
1 ~ 4 (略)	
(新設)	
K 0 8 0 ~ K 0 8 2 - 4 (略)	
(新設)	
(新設)	
K 0 8 3 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	3,010点
注 (略)	
K 0 8 3 - 2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K 0 8 4 四肢切断術	
1 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320点
2 指(手、足)	3,330点
K 0 8 4 - 2 ~ K 0 8 8 (略)	
(手、足)	
K 0 8 9 爪甲除去術	640点
K 0 9 0 ひょう疽手術	
1 軟部組織のもの	990点
2 (略)	
K 0 9 0 - 2 ~ K 1 1 1 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K 1 1 2 ~ K 1 3 3 (略)	
K 1 3 3 - 2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	69,000点
K 1 3 4 ・ K 1 3 4 - 2 (略)	

<u>K 1 3 4 - 3</u> 人工椎間板置換術（頸椎）	<u>36,780点</u>
注 2の椎間板の置換を行う場合には、2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。	
<u>K 1 3 4 - 4</u> 椎間板内酵素注入療法	<u>5,350点</u>
K 1 3 5 ~ K 1 4 4 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則 (略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ^{せん} 穿頭脳室ドレナージ術	<u>2,330点</u>
K 1 4 6・K 1 4 7 (略)	
<u>K 1 4 7 - 2</u> 頭蓋内モニタリング装置挿入術	<u>6,310点</u>
K 1 4 8 ~ K 1 5 4 - 3 (略)	
<u>K 1 5 4 - 4</u> 集束超音波による機能的定位脳手術	<u>105,000点</u>
K 1 5 5 ~ K 1 6 8 (略)	
K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術	
1・2 (略)	
注1 (略)	
2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、 <u>18,000点</u> を所定点数に加算する。	
K 1 7 0 (略)	
K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術	<u>87,200点</u>
K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
1 下垂体腫瘍	<u>110,970点</u>
2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	
	<u>126,120点</u>

(新設)	
(新設)	
K 1 3 5 ~ K 1 4 3 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則 (略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ^{せん} 穿頭脳室ドレナージ術	<u>1,940点</u>
K 1 4 6・K 1 4 7 (略)	
(新設)	
K 1 4 8 ~ K 1 5 4 - 3 (略)	
(新設)	
K 1 5 5 ~ K 1 6 8 (略)	
K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術	
1・2 (略)	
注1 (略)	
2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、 <u>12,000点</u> を所定点数に加算する。	
K 1 7 0 (略)	
K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術	<u>83,700点</u>
K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
1 下垂体腫瘍	<u>108,470点</u>
2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	
	<u>123,620点</u>

K 1 7 2 脳動静脈奇形摘出術	
1 単純なもの	141,830点
2 複雑なもの	179,830点
K 1 7 3～K 1 8 1-5 (略)	
<u>K 1 8 1-6 頭蓋内電極植込術</u>	
1 硬膜下電極によるもの	65,100点
2 脳深部電極によるもの	
イ 7本未満の電極による場合	71,350点
ロ 7本以上の電極による場合	96,850点
(脊髄、末梢神経、交感神経)	
K 1 8 2～K 1 9 0-4 (略)	
K 1 9 0-5 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注 (略)	780点
K 1 9 0-6～K 1 9 8 (略)	
第4款 眼	
区分	
(涙道)	
K 1 9 9 涙点、涙小管形成術	660点
K 2 0 0 涙嚢切開術	830点
K 2 0 0-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	760点
K 2 0 1～K 2 0 6 (略)	
(眼瞼)	
K 2 0 7・K 2 0 8 (略)	
K 2 0 9 眼瞼膿瘍切開術	570点
K 2 0 9-2 外眦切開術	570点
K 2 1 0～K 2 1 2 (略)	
K 2 1 3 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	440点
K 2 1 4 霰粒腫摘出術	700点
K 2 1 5 瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出)	1,730点

K 1 7 2 脳動静脈奇形摘出術	149,830点
(新設)	
(新設)	
K 1 7 3～K 1 8 1-5 (略)	
(新設)	
(脊髄、末梢神経、交感神経)	
K 1 8 2～K 1 9 0-4 (略)	
K 1 9 0-5 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注 (略)	650点
K 1 9 0-6～K 1 9 8 (略)	
第4款 眼	
区分	
(涙道)	
K 1 9 9 涙点、涙小管形成術	550点
K 2 0 0 涙嚢切開術	690点
K 2 0 0-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630点
K 2 0 1～K 2 0 6 (略)	
(眼瞼)	
K 2 0 7・K 2 0 8 (略)	
K 2 0 9 眼瞼膿瘍切開術	470点
K 2 0 9-2 外眦切開術	470点
K 2 1 0～K 2 1 2 (略)	
K 2 1 3 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360点
K 2 1 4 霰粒腫摘出術	580点
K 2 1 5 瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出)	1,440点

K 2 1 5 - 2 ・ K 2 1 6 (略)	
K 2 1 7 眼瞼内反症手術	
1 縫合法	1,990点
2 皮膚切開法	2,590点
K 2 1 8 ・ K 2 1 9 (略)	
(結膜)	
K 2 2 0 (略)	
K 2 2 1 結膜結石除去術	
1 (略)	
2 多数のもの (1眼瞼ごと)	(略)
K 2 2 2 結膜下異物除去術	470点
K 2 2 3 ~ K 2 2 5 - 3 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 角膜・強膜縫合術	3,580点
K 2 4 7 ~ K 2 4 8 - 2 (略)	
K 2 4 9 角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	1,190点
K 2 5 0 ~ K 2 5 8 (略)	
K 2 5 9 角膜移植術	52,600点
注1 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。	
2 内皮移植による角膜移植を実施した場合は、 <u>内皮移植加算として、8,000点を所定点数に加算する。</u>	
K 2 6 0 ~ K 2 6 2 (略)	
(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	

K 2 1 5 - 2 ・ K 2 1 6 (略)	
K 2 1 7 眼瞼内反症手術	
1 縫合法	1,660点
2 皮膚切開法	2,160点
K 2 1 8 ・ K 2 1 9 (略)	
(結膜)	
K 2 2 0 (略)	
K 2 2 1 結膜結石除去術	
1 (略)	
2 多数のもの	(略)
K 2 2 2 結膜下異物除去術	390点
K 2 2 3 ~ K 2 2 5 - 3 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 角膜・強膜縫合術	2,980点
K 2 4 7 ~ K 2 4 8 - 2 (略)	
K 2 4 9 角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990点
K 2 5 0 ~ K 2 5 8 (略)	
K 2 5 9 角膜移植術	54,800点
注 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。	
(新設)	
K 2 6 0 ~ K 2 6 2 (略)	
(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	

K 2 7 8 硝子体注入・吸引術	<u>2,280点</u>
K 2 7 9～K 2 8 1-2 (略)	
K 2 8 2 水晶体再建術	
1～3 (略)	
注1 (略)	
<u>2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ</u>	
<u>偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場</u>	
<u>合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収</u>	
<u>差解析加算として、150点を所定点数に加算す</u>	
<u>る。</u>	
K 2 8 2-2～K 2 8 4 (略)	
第5款 耳鼻咽喉	
区分	
(外耳)	
K 2 8 5 耳介血腫開窓術	<u>460点</u>
K 2 8 6 外耳道異物除去術	
1 単純なもの	<u>260点</u>
2 複雑なもの	<u>850点</u>
K 2 8 7・K 2 8 8 (略)	
K 2 8 9 耳茸 ^{じょう} 摘出術	<u>1,000点</u>
K 2 9 0～K 2 9 1 (略)	
K 2 9 2 外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。)	
	<u>7,600点</u>
K 2 9 3～K 2 9 9 (略)	
(中耳)	
K 3 0 0 鼓膜切開術	<u>830点</u>
K 3 0 1～K 3 1 0 (略)	
K 3 1 1 鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき)	<u>1,900点</u>
K 3 1 2～K 3 2 0-2 (略)	
(内耳)	
K 3 2 1～K 3 2 8-3 (略)	

K 2 7 8 硝子体注入・吸引術	<u>1,900点</u>
K 2 7 9～K 2 8 1-2 (略)	
K 2 8 2 水晶体再建術	
1～3 (略)	
注 (略)	
(新設)	
K 2 8 2-2～K 2 8 4 (略)	
第5款 耳鼻咽喉	
区分	
(外耳)	
K 2 8 5 耳介血腫開窓術	<u>380点</u>
K 2 8 6 外耳道異物除去術	
1 単純なもの	<u>220点</u>
2 複雑なもの	<u>710点</u>
K 2 8 7・K 2 8 8 (略)	
K 2 8 9 耳茸 ^{じょう} 摘出術	<u>830点</u>
K 2 9 0～K 2 9 1 (略)	
K 2 9 2 外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。)	
	<u>6,330点</u>
K 2 9 3～K 2 9 9 (略)	
(中耳)	
K 3 0 0 鼓膜切開術	<u>690点</u>
K 3 0 1～K 3 1 0 (略)	
K 3 1 1 鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき)	<u>1,580点</u>
K 3 1 2～K 3 2 0-2 (略)	
(内耳)	
K 3 2 1～K 3 2 8-3 (略)	

(鼻)

K 3 2 9・K 3 3 0 (略)	
K 3 3 1 鼻腔粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-2 下甲介粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-3~K 3 3 3-2 (略)	
K 3 3 3-3 鼻骨骨折徒手整復術	1,970点
K 3 3 4・K 3 3 4-2 (略)	
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	3,940点
K 3 3 5-2~K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	1,080点
2 その他のもの	3,320点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4,260点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,310点
K 3 4 0-2~K 3 4 7-3 (略)	
K 3 4 7-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,440点
K 3 4 7-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	7,940点
K 3 4 7-6・K 3 4 7-7 (略)	
(副鼻腔)	
K 3 4 8及びK 3 4 9~K 3 6 6 (略)	
(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7・K 3 6 8 (略)	
K 3 6 9 咽頭異物摘出術	
1 簡単なもの	500点
2 (略)	
K 3 7 0~K 3 7 4 (略)	
K 3 7 4-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	38,740点
K 3 7 5~K 3 7 6 (略)	

(鼻)

K 3 2 9~K 3 3 0 (略)	
K 3 3 1 鼻腔粘膜焼灼術	900点
K 3 3 1-2 下甲介粘膜焼灼術	900点
K 3 3 1-3~K 3 3 3-2 (略)	
K 3 3 3-3 鼻骨骨折徒手整復術	1,640点
K 3 3 4~K 3 3 4-2 (略)	
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	3,280点
K 3 3 5-2~K 3 3 7 (略)	
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	900点
2 その他のもの	2,770点
K 3 3 8-2 (略)	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	3,550点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,090点
K 3 4 0-2~K 3 4 7-3 (略)	
K 3 4 7-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,030点
K 3 4 7-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	6,620点
K 3 4 7-6・K 3 4 7-7 (略)	
(副鼻腔)	
K 3 4 8及びK 3 4 9~K 3 6 6 (略)	
(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7~K 3 6 8 (略)	
K 3 6 9 咽頭異物摘出術	
1 簡単なもの	420点
2 (略)	
K 3 7 0~K 3 7 4 (略)	
(新設)	
K 3 7 5~K 3 7 6 (略)	

K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
1	切除	<u>1,720点</u>
2	(略)	
K 3 7 8 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	<u>3,080点</u>
K 3 8 6 - 2	輪状甲状靱帯切開術	<u>1,970点</u>
K 3 8 7 ~ K 3 9 4	(略)	
K 3 9 4 - 2	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
1	切除	<u>42,200点</u>
2	全摘	<u>67,200点</u>
K 3 9 5	(略)	
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	<u>1,250点</u>
K 3 9 6 - 2 ~ K 4 0 3 - 2	(略)	
	第6款 顔面・口腔・頸部	
区分		
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4	抜歯手術 (1歯につき)	
1	乳歯	130点
2	前歯	155点
3	臼歯	265点
4	埋伏歯	<u>1,054点</u>
注1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。	
2	4については、完全埋伏歯(骨性)又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
3	4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>120点</u> を所定点数に加算する。	
4	抜歯と同時にを行う歯槽骨の整形等の費用は、	

K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
1	切除	<u>1,430点</u>
2	(略)	
K 3 7 8 ~ K 3 8 5	(略)	
K 3 8 6	気管切開術	<u>2,570点</u>
	(新設)	
K 3 8 7 ~ K 3 9 4	(略)	
	(新設)	
K 3 9 5	(略)	
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	<u>1,040点</u>
K 3 9 6 - 2 ~ K 4 0 3 - 2	(略)	
	第6款 顔面・口腔・頸部	
区分		
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4	抜歯手術 (1歯につき)	
1	乳歯	130点
2	前歯	155点
3	臼歯	265点
4	埋伏歯	<u>1,050点</u>
注1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。	
2	4については、完全埋伏歯(骨性)又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
3	4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>100点</u> を所定点数に加算する。	
4	抜歯と同時にを行う歯槽骨の整形等の費用は、	

所定点数に含まれる。

K 4 0 5 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 8 (略)	
K 4 3 9 下顎骨悪性腫瘍手術	
1 (略)	
<u>2 切断(おとがい部を含むもの)</u>	<u>79,270点</u>
<u>3 切断(その他のもの)</u>	(略)
K 4 4 0 ~ K 4 4 5 (略)	
<u>K 4 4 5 - 2 顎関節人工関節全置換術</u>	<u>59,260点</u>
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
<u>イ 単独の場合</u>	<u>440点</u>
<u>ロ・ハ (略)</u>	
2・3 (略)	
K 4 4 7 ~ K 4 6 2 - 2 (略)	
K 4 6 3 甲状腺悪性腫瘍手術	
1 切除(<u>頸部外側区域郭清を伴わないもの</u>)	(略)
2 切除(<u>頸部外側区域郭清を伴うもの</u>)	
	<u>26,180点</u>
3 <u>全摘及び亜全摘(頸部外側区域郭清を伴わないもの)</u>	(略)
4 <u>全摘及び亜全摘(片側頸部外側区域郭清を伴うもの)</u>	<u>35,790点</u>
5 <u>全摘及び亜全摘(両側頸部外側区域郭清を伴うもの)</u>	<u>36,790点</u>
K 4 6 3 - 2 ~ K 4 6 5 (略)	
(その他の頸部)	

所定点数に含まれる。

K 4 0 5 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 8 (略)	
K 4 3 9 下顎骨悪性腫瘍手術	
1 (略)	
(新設)	
<u>2 切断</u>	(略)
K 4 4 0 ~ K 4 4 5 (略)	
(新設)	
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
(新設)	
<u>イ・ロ (略)</u>	
2・3 (略)	
K 4 4 7 ~ K 4 6 2 - 2 (略)	
K 4 6 3 甲状腺悪性腫瘍手術	
1 切除	(略)
(新設)	
<u>2 全摘及び亜全摘</u>	(略)
(新設)	
(新設)	
K 4 6 3 - 2 ~ K 4 6 5 (略)	
(その他の頸部)	

K 4 6 6 ~ K 4 7 1 (略)

第 7 款 胸部

区分

(乳腺)

K 4 7 2 乳腺膿瘍切開術 980点

K 4 7 3 (略)

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
1 長径5センチメートル未満 3,190点
2 (略)

K 4 7 4 - 2 ~ K 4 7 5 (略)

K 4 7 5 - 2 乳癌^{がん}冷凍凝固摘出術 8,690点

K 4 7 6 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術
1 ~ 3 (略)
4 胸骨^{くわう}挙上用固定具拔去術 5,680点
(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 4 9 6 - 4 (略)

K 4 9 6 - 5 経皮的膿胸ドレナージ術 5,400点

注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 4 9 7 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 2 - 3 (略)

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 36,000点
注 (略)

K 5 0 2 - 5 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 8 (略)

K 5 0 8 - 2 気管・気管支ステント留置術

K 4 6 6 ~ K 4 7 1 (略)

第 7 款 胸部

区分

(乳腺)

K 4 7 2 乳腺膿瘍切開術 820点

K 4 7 3 (略)

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
1 長径5センチメートル未満 2,660点
2 (略)

K 4 7 4 - 2 ~ K 4 7 5 (略)

K 4 7 5 - 2 乳癌^{がん}冷凍凝固摘出術 7,240点

K 4 7 6 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術
1 ~ 3 (略)
(新設)
(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 4 9 6 - 4 (略)

(新設)

K 4 9 7 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 2 - 3 (略)

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 33,870点
注 (略)

K 5 0 2 - 5 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 8 (略)

K 5 0 8 - 2 気管・気管支ステント留置術

1 硬性鏡によるもの	11,400点
2 (略)	
K 5 0 8 - 3 ~ K 5 1 2 (略)	
K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術	
1 (略)	
2 部分切除	45,300点
3 区域切除	72,600点
4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	81,000点
K 5 1 3 - 2 ~ K 5 1 4 - 3 (略)	
K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術	(略)
注1 (略)	
2 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
3 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 4 - 5 (略)	
K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術	(略)
注1・2 (略)	
3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
4 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ~ K 5 2 3 (略)	
K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術	(略)
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K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及び区分番号K 6 5 3 - 3に掲げる内視	

1 硬性鏡によるもの	9,400点
2 (略)	
K 5 0 8 - 3 ~ K 5 1 2 (略)	
K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術	
1 (略)	
2 その他のもの	58,950点
(新設)	
(新設)	
K 5 1 3 - 2 ~ K 5 1 4 - 3 (略)	
K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術	(略)
注1 (略)	
(新設)	
2 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 4 - 5 (略)	
K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術	(略)
注1・2 (略)	
(新設)	
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。	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ~ K 5 2 3 (略)	
K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術	(略)
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K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及びK 6 5 3 - 3に掲げる内視鏡的食道	

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。	
K 5 2 4～K 5 2 6－3 (略)	
K 5 2 6－4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	<u>22,100点</u>
K 5 2 7 (略)	
<u>K 5 2 7－2 食道切除術 (単に切除のみのもの)</u>	<u>46,100点</u>
K 5 2 8～K 5 2 9 (略)	
K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	<u>133,240点</u>
2 胸部、腹部の操作によるもの	<u>109,190点</u>
注 (略)	
K 5 2 9－3～K 5 3 4－3 (略)	
<u>K 5 3 4－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術</u>	<u>42,180点</u>
K 5 3 5～K 5 3 7－2 (略)	
第8款 心・脈管	
区分	
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8～K 5 4 5 (略)	
K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	
1 急性心筋梗塞に対するもの	<u>36,000点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 5 4 7～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5－2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1 (略)	
2 経皮的大動脈弁置換術	<u>39,060点</u>
注 (略)	
K 5 5 5－3～K 5 7 0－3 (略)	
<u>K 5 7 0－4 経皮的肺動脈穿通・拡大術</u>	<u>35,080点</u>
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しな	

及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	
K 5 2 4～K 5 2 6－3 (略)	
K 5 2 6－4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	<u>14,510点</u>
K 5 2 7 (略)	
(新設)	
K 5 2 8～K 5 2 9 (略)	
K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	<u>125,240点</u>
2 胸部、腹部の操作によるもの	<u>104,190点</u>
注 (略)	
K 5 2 9－3～K 5 3 4－3 (略)	
(新設)	
K 5 3 5～K 5 3 7－2 (略)	
第8款 心・脈管	
区分	
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8～K 5 4 5 (略)	
K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	
1 急性心筋梗塞に対するもの	<u>32,000点</u>
2・3 (略)	
注 (略)	
K 5 4 7～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5－2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1 (略)	
2 経皮的大動脈弁置換術	<u>37,560点</u>
注 (略)	
K 5 5 5－3～K 5 7 0－3 (略)	
(新設)	

<u>い。</u>	
K 5 7 1 ~ K 5 7 4 - 2 (略)	
<u>K 5 7 4 - 3 経皮的卵円孔開存閉鎖術</u>	<u>31,850点</u>
K 5 7 5 ~ K 5 9 3 (略)	
K 5 9 4 不整脈手術	
1 ~ 3 (略)	
4 <u>左心耳閉鎖術</u>	
<u>イ 開胸手術によるもの</u>	<u>37,800点</u>
<u>ロ 経カテーテル的手術によるもの</u>	<u>34,930点</u>
<u>注 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2 - 2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7からK 5 5 7 - 3まで、K 5 6 0及びK 5 9 4の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。</u>	
K 5 9 4 - 2 ~ K 5 9 7 - 4 (略)	
K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>31,510点</u>
2 <u>経静脈電極の場合</u>	<u>31,510点</u>
K 5 9 8 - 2 両心室ペースメーカー交換術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>5,000点</u>
2 <u>経静脈電極の場合</u>	<u>5,000点</u>
K 5 9 9 植込型除細動器移植術	
1 <u>心筋リードを用いるもの</u>	<u>31,510点</u>
2・3 (略)	
K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術	
1 <u>心筋リードを用いるもの</u>	<u>7,200点</u>
2 <u>その他のもの</u>	<u>7,200点</u>
K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	
1 <u>心筋電極の場合</u>	<u>35,200点</u>

K 5 7 1 ~ K 5 7 4 - 2 (略)	
(新設)	
K 5 7 5 ~ K 5 9 3 (略)	
K 5 9 4 不整脈手術	
1 ~ 3 (略)	
(新設)	
	(新設)
K 5 9 4 - 2 ~ K 5 9 7 - 4 (略)	
K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術	<u>31,510点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 8 - 2 両心室ペースメーカー交換術	<u>5,000点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 9 植込型除細動器移植術	
(新設)	
<u>1・2 (略)</u>	
K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術	<u>7,200点</u>
(新設)	
(新設)	
K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	<u>35,200点</u>
(新設)	

2 経静脈電極の場合	35,200点	(新設)	
注 (略)		注 (略)	
K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術		K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	7,200点
1 心筋電極の場合	7,200点	(新設)	
2 経静脈電極の場合	7,200点	(新設)	
注 (略)		注 (略)	
K 5 9 9 - 5 ~ K 6 0 4 (略)		K 5 9 9 - 5 ~ K 6 0 4 (略)	
K 6 0 4 - 2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型)		K 6 0 4 - 2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	
1 ~ 3 (略)		1 ~ 3 (略)	
4 91日目以降 (1日につき)	1,800点	4 91日目以降 (1日につき)	1,500点
K 6 0 5 (略)		K 6 0 5 (略)	
K 6 0 5 - 2 同種心移植術	(略)	K 6 0 5 - 2 同種心移植術	(略)
注 1 (略)		注 (略)	
2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		(新設)	
K 6 0 5 - 3 (略)		K 6 0 5 - 3 (略)	
K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術	(略)	K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術	(略)
注 1 (略)		注 (略)	
2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		(新設)	
K 6 0 5 - 5 (略)		K 6 0 5 - 5 (略)	
(動脈)		(動脈)	
K 6 0 6 (略)		K 6 0 6 (略)	
K 6 0 7 血管結紮術		K 6 0 7 血管結紮術	
1 (略)		1 (略)	
2 その他のもの	4,500点	2 その他のもの	3,750点
K 6 0 7 - 2 血管縫合術 (簡単なもの)	3,760点	K 6 0 7 - 2 血管縫合術 (簡単なもの)	3,130点
K 6 0 7 - 3 ・ K 6 0 8 (略)		K 6 0 7 - 3 ・ K 6 0 8 (略)	

K 6 0 8 - 2	削除		K 6 0 8 - 2	外シャント血栓除去術	1,680点
K 6 0 8 - 3	~K 6 1 0 - 2	(略)	K 6 0 8 - 3	~K 6 1 0 - 2	(略)
K 6 1 0 - 3	削除		K 6 1 0 - 3	内シャント又は外シャント設置術	18,080点
K 6 1 0 - 4	~K 6 1 1	(略)	K 6 1 0 - 4	~K 6 1 1	(略)
K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術		K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術	
	1	内シャント造設術		1	静脈転位を伴うもの
		イ 単純なもの			(新設)
		ロ 静脈転位を伴うもの			(新設)
	2	(略)		2	(略)
K 6 1 3	~K 6 1 6 - 3	(略)	K 6 1 3	~K 6 1 6 - 3	(略)
K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術		K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080点
	1	初回			(新設)
	2	1の実施後3月以内に実施する場合			(新設)
	注	(略)		注	(略)
K 6 1 6 - 5	(略)		K 6 1 6 - 5	(略)	
K 6 1 6 - 6	経皮的下肢動脈形成術	24,270点		(新設)	
	注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。			
		(静脈)			(静脈)
K 6 1 7	(略)		K 6 1 7	(略)	
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	10,200点	K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	11,020点
K 6 1 7 - 3	(略)		K 6 1 7 - 3	(略)	
K 6 1 7 - 4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200点	K 6 1 7 - 4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点
	注	(略)		注	(略)
K 6 1 7 - 5	(略)		K 6 1 7 - 5	(略)	
K 6 1 7 - 6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360点		(新設)	
K 6 1 8	~K 6 2 3 - 2	(略)	K 6 1 8	~K 6 2 3 - 2	(略)
		(リンパ管、リンパ節)			(リンパ管、リンパ節)
K 6 2 4	~K 6 2 7	(略)	K 6 2 4	~K 6 2 7	(略)
K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術		K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	41,090点
	1	後腹膜			(新設)
		40,670点			

<u>2</u> 傍大動脈	35,500点
<u>3</u> 骨盤	41,090点
<u>注</u> 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7 - 3 ~ K 6 2 8 (略)	
第9款 腹部	
区分	
(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4 (略)	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 5 - 3 (略)	
K 6 3 6 試験開腹術	6,660点
K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術	12,340点
K 6 3 6 - 3 ~ K 6 4 5 (略)	
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)	11,530点
K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1・2 (略)	
<u>3</u> 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術	21,370点
<u>4・5</u> (略)	
K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 4 - 2 (略)	
K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局所切除術	
1 内視鏡処置を併施するもの	28,500点
2 (略)	
<u>K 6 5 4 - 4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)</u>	30,000点
K 6 5 5 ~ 6 6 8 - 2 (略)	
(胆嚢、胆道)	

(新設)	
(新設)	
(新設)	
K 6 2 7 - 3 ~ K 6 2 8 (略)	
第9款 腹部	
区分	
(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4 (略)	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 5 - 3 (略)	
K 6 3 6 試験開腹術	5,550点
K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術	11,240点
K 6 3 6 - 3 ~ K 6 4 5 (略)	
(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)	
K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1・2 (略)	
(新設)	
<u>3・4</u> (略)	
K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 4 - 2 (略)	
K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局所切除術	
1 内視鏡処置を併施するもの	26,500点
2 (略)	
(新設)	
K 6 5 5 ~ 6 6 8 - 2 (略)	
(胆嚢、胆道)	

K 6 6 9 ~ K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 (略)

2 膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 104,800点

3 (略)

K 6 7 7 - 2 ~ K 6 8 4 - 2 (略)

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

1・2 (略)

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

K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術 (略)

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

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

1・2 (略)

3 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの 31,700点

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

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術 (略)

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

K 6 8 9・K 6 8 9 - 2 (略)

(肝)

K 6 9 0 肝縫合術 19,140点

K 6 9 1 ~ K 6 9 4 (略)

K 6 9 5 肝切除術

K 6 6 9 ~ K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 (略)

(新設)

2 (略)

K 6 7 7 - 2 ~ K 6 8 4 - 2 (略)

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

1・2 (略)

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

K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術 (略)

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

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

1・2 (略)

(新設)

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

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術 (略)

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

K 6 8 9・K 6 8 9 - 2 (略)

(肝)

K 6 9 0 肝縫合術 17,400点

K 6 9 1 ~ K 6 9 4 (略)

K 6 9 5 肝切除術

1 部分切除		1 部分切除	39,040点
イ 単回の切除によるもの	38,040点	(新設)	
ロ 複数回の切除を要するもの	43,340点	(新設)	
2～7 (略)		2～7 (略)	
注 (略)		注 (略)	
K 6 9 5 - 2 腹腔鏡下肝切除術		K 6 9 5 - 2 腹腔鏡下肝切除術	
1 部分切除		1 部分切除	59,680点
イ 単回の切除によるもの	58,680点	(新設)	
ロ 複数回の切除を要するもの	63,680点	(新設)	
2～6 (略)		2～6 (略)	
K 6 9 6 ~ K 6 9 7 - 2 (略)		K 6 9 6 ~ K 6 9 7 - 2 (略)	
K 6 9 7 - 3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 <small>（一連として）</small>		K 6 9 7 - 3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 <small>（一連として）</small>	
1・2 (略)		1・2 (略)	
注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 9 7 - 4 (略)		K 6 9 7 - 4 (略)	
K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術 (略)		K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術 (略)	
注 1～2 (略)		注 1～2 (略)	
3 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 6 9 7 - 6 (略)		K 6 9 7 - 6 (略)	
K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術 (略)		K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術 (略)	
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
(<small>すい</small> 膵)		(<small>すい</small> 膵)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3 (略)		K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3 (略)	
K 7 0 1 <small>すい</small> 膵破裂縫合術	24,280点	K 7 0 1 <small>すい</small> 膵破裂縫合術	22,080点

K 7 0 2 ・ K 7 0 2 - 2	(略)
K 7 0 3	腭頭部腫瘍切除術
1	腭頭十二指腸切除術の場合 <u>81,620点</u>
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腭頭切除術の場合 <u>86,810点</u>
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 <u>86,810点</u>
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 <u>131,230点</u>
K 7 0 3 - 2	腹腔鏡下腭頭部腫瘍切除術
1	腭頭十二指腸切除術の場合 <u>158,450点</u>
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合 <u>173,640点</u>
K 7 0 4	(略)
K 7 0 5	腭嚢胞胃（腸）バイパス術
1	内視鏡によるもの <u>13,820点</u>
2	開腹によるもの <u>31,310点</u>
K 7 0 6 ~ K 7 0 9 - 2	(略)
K 7 0 9 - 3	同種死体腭移植術 (略)
注 1	<u>臓器の移植に関する法律（平成 9 年法律第 10 4 号）第 6 条第 2 号に規定する脳死した者の身体から採取された腭を除く死体腭を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000 点を所定点数に加算する。</u>
2	腭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。
3	<u>抗 H L A 抗体検査を行う場合には、抗 H L A 抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。</u>
K 7 0 9 - 4	(略)
K 7 0 9 - 5	同種死体腭腎移植術 (略)
注 1	<u>臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 号に規定</u>

K 7 0 2 ・ K 7 0 2 - 2	(略)
K 7 0 3	腭頭部腫瘍切除術
1	腭頭十二指腸切除術の場合 <u>78,620点</u>
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腭頭切除術の場合 <u>83,810点</u>
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 <u>83,810点</u>
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 <u>128,230点</u>
K 7 0 3 - 2	腹腔鏡下腭頭十二指腸切除術 <u>158,450点</u>
	(新設)
	(新設)
K 7 0 4	(略)
K 7 0 5	腭嚢胞胃（腸）吻合術 <u>31,310点</u>
	(新設)
	(新設)
K 7 0 6 ~ K 7 0 9 - 2	(略)
K 7 0 9 - 3	同種死体腭移植術 (略)
	(新設)
注	腭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。
	(新設)
K 7 0 9 - 4	(略)
K 7 0 9 - 5	同種死体腭腎移植術 (略)
	(新設)

する脳死した者の身体から採取された^{すい}膵腎を除く死体膵腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2 膵腎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。

3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

K 7 0 9 - 6 同種死体膵島移植術 56,490点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2 膵島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。

3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

4 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(脾)

K 7 1 0 脾縫合術 (部分切除を含む。) 26,810点

K 7 1 0 - 2 腹腔鏡下脾固定術 30,070点

K 7 1 1 脾摘出術 34,130点

K 7 1 1 - 2 (略)

K 7 1 2 破裂腸管縫合術 11,400点

K 7 1 3 ~ K 7 1 5 - 2 (略)

K 7 1 6 小腸切除術

1 複雑なもの 34,150点

2 その他のもの 15,940点

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

注 ^{すい}膵腎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。
(新設)

(新設)

(脾)

K 7 1 0 脾縫合術 (部分切除を含む。) 24,410点

(新設)

K 7 1 1 脾摘出術 31,030点

K 7 1 1 - 2 (略)

K 7 1 2 破裂腸管縫合術 10,400点

K 7 1 3 ~ K 7 1 5 - 2 (略)

K 7 1 6 小腸切除術

1 悪性腫瘍手術以外の切除術 15,940点

2 悪性腫瘍手術 34,150点

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

1 <u>複雑なもの</u>	37,380点	1 <u>悪性腫瘍手術以外の切除術</u>	31,370点
2 <u>その他のもの</u>	31,370点	2 <u>悪性腫瘍手術</u>	37,380点
K 7 1 6 - 3 (略)		K 7 1 6 - 3 (略)	
K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 (略)		K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 (略)	
注 1 ~ 2 (略)		注 1 ~ 2 (略)	
3 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 6 - 5 (略)		K 7 1 6 - 5 (略)	
K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 (略)		K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 (略)	
注 1 (略)		注 (略)	
2 <u>抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 7 ~ K 7 1 8 - 2 (略)		K 7 1 7 ~ K 7 1 8 - 2 (略)	
K 7 1 9 結腸切除術		K 7 1 9 結腸切除術	
1 ~ 3 (略)		1 ~ 3 (略)	
注 <u>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、2,000点を所定点数に加算する。</u>		(新設)	
K 7 1 9 - 2 腹腔鏡下結腸切除術		K 7 1 9 - 2 腹腔鏡下結腸切除術	
1・2 (略)		1・2 (略)	
注 <u>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。</u>		(新設)	
K 7 1 9 - 3 ~ K 7 1 9 - 5 (略)		K 7 1 9 - 3 ~ K 7 1 9 - 5 (略)	
K 7 1 9 - 6 <u>腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術</u>		(新設)	
	75,690点		
K 7 2 0 ~ K 7 2 1 - 4 (略)		K 7 2 0 ~ K 7 2 1 - 4 (略)	
K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 (略)		K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 (略)	
注 <u>バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バル</u>		(新設)	

ーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

K 7 2 3・K 7 2 4 (略)	
K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術	8,830点
K 7 2 5-2~K 7 3 1 (略)	
K 7 3 2 人工肛門閉鎖術	
1 (略)	
2 腸管切除を伴うもの	
イ 直腸切除術後のもの	34,280点
ロ その他のもの	28,210点
K 7 3 2-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。)	40,450点
K 7 3 3~K 7 3 5 (略)	
K 7 3 5-2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの)	
	(略)
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 <u>バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。</u>	
K 7 3 5-3~7 3 9-3 (略)	
K 7 4 0 直腸切除・切断術	
1 (略)	
2 低位前方切除術	71,300点
3 超低位前方切除術	73,840点
4 経肛門吻合を伴う切除術	82,840点
5 切断術	(略)
注 (略)	
K 7 4 0-2~K 7 4 2-2 (略)	
	(肛門、その周辺)
K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)	
1 硬化療法	1,660点

K 7 2 3・K 7 2 4 (略)	
K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術	7,360点
K 7 2 5-2~K 7 3 1 (略)	
K 7 3 2 人工肛門閉鎖術	
1 (略)	
2 腸管切除を伴うもの	28,210点
	(新設)
	(新設)
	(新設)
K 7 3 3~K 7 3 5 (略)	
K 7 3 5-2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの)	
	(略)
注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。	
K 7 3 5-3~7 3 9-3 (略)	
K 7 4 0 直腸切除・切断術	
1 (略)	
2 低位前方切除術	66,300点
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点
	(新設)
4 切断術	(略)
注 (略)	
K 7 4 0-2~K 7 4 2-2 (略)	
	(肛門、その周辺)
K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)	
1 硬化療法	1,380点

2～6 (略)

K 7 4 3 - 2 ~ K 7 4 6 - 2 (略)

K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、こう せんけい肛門尖圭コンジローム
切除術 1,250点

K 7 4 8 ~ K 7 5 3 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)

(腎、腎盂)

K 7 5 7 ~ K 7 7 5 (略)

K 7 7 5 - 2 経皮的腎(腎盂)瘻拡張術(一連につき)
6,000点

K 7 7 6 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 (略)

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2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は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2 (略)

3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

K 7 8 0 - 2 生体腎移植術 (略)

注1～2 (略)

3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 8 2 3 - 5 (略)

2～6 (略)

K 7 4 3 - 2 ~ K 7 4 6 - 2 (略)

K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、こう せんけい肛門尖圭コンジローム
切除術 1,040点

K 7 4 8 ~ K 7 5 3 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)

(腎、腎盂)

K 7 5 7 ~ K 7 7 5 (略)

(新設)

K 7 7 6 ~ K 7 7 9 - 3 (略)

K 7 8 0 同種死体腎移植術 (略)

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は、移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。

2 (略)

(新設)

K 7 8 0 - 2 生体腎移植術 (略)

注1～2 (略)

(新設)

(尿管)

K 7 8 1 ~ K 8 2 3 - 5 (略)

K 8 2 3 - 6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点	(新設)		
	第11款 性器			第11款 性器	
区分	(陰莖)		区分	(陰莖)	
K 8 2 4	陰莖尖圭コンジローム切除術	1,360点	K 8 2 4	陰莖尖圭コンジローム切除術	1,130点
K 8 2 5 ~ K 8 2 8 - 2	(略)		K 8 2 5 ~ K 8 2 8 - 2	(略)	
	(陰囊、精巣、精巣上部、精管、精索)			(陰囊、精巣、精巣上部、精管、精索)	
K 8 2 9 ~ K 8 3 7	(略)		K 8 2 9 ~ K 8 3 7	(略)	
K 8 3 8	精索捻転手術		K 8 3 8	精索捻転手術	
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	8,230点		1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,810点
	2 その他のもの	7,910点		2 その他のもの	8,230点
	(精囊、前立腺)			(精囊、前立腺)	
K 8 3 9 ~ K 8 4 1	(略)		K 8 3 9 ~ K 8 4 1	(略)	
K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除術		K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除術	
	1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	(略)		1 ホルミウムレーザーを用いるもの	(略)
	2 (略)			2 (略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 3 - 4	(略)		K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)			(外陰、会陰)	
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	940点	K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	780点
K 8 4 5 ~ K 8 4 7	(略)		K 8 4 5 ~ K 8 4 7	(略)	
K 8 4 8	バルトリン腺膿瘍摘出術（造袋術を含む。）	3,310点	K 8 4 8	バルトリン腺膿瘍摘出術（造袋術を含む。）	2,760点
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,810点	K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,340点
K 8 5 0 ~ K 8 5 1	(略)		K 8 5 0 ~ K 8 5 1	(略)	
K 8 5 1 - 2	外陰・膣血腫除去術	1,920点	K 8 5 1 - 2	外陰・膣血腫除去術	1,600点
K 8 5 1 - 3	(略)		K 8 5 1 - 3	(略)	
	(膣)			(膣)	
K 8 5 2 ~ K 8 5 4 - 2	(略)		K 8 5 2 ~ K 8 5 4 - 2	(略)	
K 8 5 5	膣中隔切除術		K 8 5 5	膣中隔切除術	

1 不全隔のもの	<u>1,510点</u>
2 (略)	
K 8 5 6 ~ K 8 5 6 - 3 (略)	
K 8 5 6 - 4 膣壁尖圭コンジローム切除術	<u>1,250点</u>
K 8 5 7 ~ K 8 6 0 - 2 (略)	
(子宮)	
K 8 6 1 子宮内膜搔爬術	<u>1,420点</u>
K 8 6 2 ~ K 8 6 5 - 2 (略)	
K 8 6 6 子宮頸管ポリープ切除術	<u>1,190点</u>
K 8 6 6 - 2 子宮腔部冷凍凝固術	<u>1,190点</u>
K 8 6 7 ~ K 8 7 2 - 2 (略)	
K 8 7 2 - 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	
1 電解質溶液利用のもの	<u>6,630点</u>
2 その他のもの	<u>4,730点</u>
K 8 7 2 - 4 ・ K 8 7 2 - 5 (略)	
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	
1 電解質溶液利用のもの	<u>19,000点</u>
2 その他のもの	<u>17,100点</u>
K 8 7 4 及び K 8 7 5 ~ K 8 8 4 (略)	
(子宮附属器)	
K 8 8 5 (略)	
K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術	<u>1,620点</u>
K 8 8 6 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 5 (略)	
K 8 9 6 会陰(膣壁)裂創縫合術(分娩時)	
1 筋層に及ぶもの	<u>1,980点</u>
2 肛門に及ぶもの	<u>5,560点</u>
3 ・ 4 (略)	
K 8 9 7 頸管裂創縫合術(分娩時)	<u>7,060点</u>

1 不全隔のもの	<u>1,260点</u>
2 (略)	
K 8 5 6 ~ K 8 5 6 - 3 (略)	
K 8 5 6 - 4 膣壁尖圭コンジローム切除術	<u>1,040点</u>
K 8 5 7 ~ K 8 6 0 - 2 (略)	
(子宮)	
K 8 6 1 子宮内膜搔爬術	<u>1,180点</u>
K 8 6 2 ~ K 8 6 5 - 2 (略)	
K 8 6 6 子宮頸管ポリープ切除術	<u>990点</u>
K 8 6 6 - 2 子宮腔部冷凍凝固術	<u>990点</u>
K 8 6 7 ~ K 8 7 2 - 2 (略)	
K 8 7 2 - 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	<u>4,730点</u>
(新設)	
(新設)	
K 8 7 2 - 4 ・ K 8 7 2 - 5 (略)	
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	<u>17,100点</u>
(新設)	
(新設)	
K 8 7 4 及び K 8 7 5 ~ K 8 8 4 (略)	
(子宮附属器)	
K 8 8 5 (略)	
K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術	<u>1,490点</u>
K 8 8 6 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 5 (略)	
K 8 9 6 会陰(膣壁)裂創縫合術(分娩時)	
1 筋層に及ぶもの	<u>1,650点</u>
2 肛門に及ぶもの	<u>4,630点</u>
3 ・ 4 (略)	
K 8 9 7 頸管裂創縫合術(分娩時)	<u>5,880点</u>

K 8 9 8 ~ K 9 0 0 - 2 (略)		K 8 9 8 ~ K 9 0 0 - 2 (略)	
K 9 0 1 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。)	<u>2,950点</u>	K 9 0 1 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。)	<u>2,460点</u>
K 9 0 2 ~ K 9 0 5 (略)		K 9 0 2 ~ K 9 0 5 (略)	
K 9 0 6 子宮頸管縫縮術		K 9 0 6 子宮頸管縫縮術	
1 マクドナルド法	<u>2,020点</u>	1 マクドナルド法	<u>1,680点</u>
2 (略)		2 (略)	
3 縫縮解除術 (チューブ抜去術)	<u>1,800点</u>	3 縫縮解除術 (チューブ抜去術)	<u>1,500点</u>
K 9 0 7 胎児外回転術	<u>800点</u>	K 9 0 7 胎児外回転術	<u>670点</u>
K 9 0 8 ~ K 9 1 0 - 3 (略)		K 9 0 8 ~ K 9 1 0 - 3 (略)	
<u>K 9 1 0 - 4 無心体双胎焼灼術 (一連につき)</u>	<u>40,000点</u>	(新設)	
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		(新設)	
<u>K 9 1 0 - 5 胎児輸血術 (一連につき)</u>	<u>13,880点</u>		
注 1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。			
2 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。			
K 9 1 1 ~ K 9 1 2 (略)		K 9 1 1 ~ K 9 1 2 (略)	
K 9 1 3 新生児仮死蘇生術		K 9 1 3 新生児仮死蘇生術	
1 仮死第1度のもの	<u>1,010点</u>	1 仮死第1度のもの	<u>840点</u>
2 (略)		2 (略)	
(その他)		(その他)	
K 9 1 3 - 2 (略)		K 9 1 3 - 2 (略)	
第12款 削除		第12款 削除	
第13款 臓器提供管理料		第13款 臓器提供管理料	
区分		区分	
K 9 1 4 脳死臓器提供管理料	<u>40,000点</u>	K 9 1 4 脳死臓器提供管理料	<u>20,000点</u>
注 (略)		注 (略)	
K 9 1 5 (略)		K 9 1 5 (略)	
第2節 輸血料		第2節 輸血料	
区分		区分	
K 9 2 0 ~ K 9 2 1 (略)		K 9 2 0 輸血	

K 9 2 1 - 2 間葉系幹細胞採取（一連につき） 17,440点

（新設）

K 9 2 1 - 3 末梢血単核球採取（一連につき） 17,440点

（新設）

注 チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定する。

K 9 2 2 造血幹細胞移植

1～3 （略）

注1～4 （略）

5 同種移植における造血幹細胞移植者に係る骨髓採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。

6～9 （略）

K 9 2 2 - 2 C A R 発現生 T 細胞投与（一連つき） 30,850点

（新設）

注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者1人につき1回に限り算定する。

2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

3 C A R 発現生 T 細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

K 9 2 3～K 9 2 4 - 2 （略）

K 9 2 4 - 3 同種クリオプレシピテート作製術 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保険医療機関において、同種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

区分

K 9 3 0 脊髓誘発電位測定等加算

1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合 3,630点

K 9 2 2 造血幹細胞移植

1～3 （略）

注1～4 （略）

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

6～9 （略）

K 9 2 3～K 9 2 4 - 2 （略）

（新設）

第3節 手術医療機器等加算

区分

K 9 3 0 脊髓誘発電位測定等加算

1 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤^{りゅう}の手術に用いた場合 3,130点

2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合

3,130点

K931 (略)

K932 創外固定器加算 (略)

注 区分番号K046、K056-2、K058、
K073、K076、K078、K124-2、
K125、K180の3、K443、K444及
びK444-2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。

K933~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 (略)

注1 区分番号K488-4、K511、K513
、K514からK514-6まで、K517、
K522-3、K524-2、K524-3、
K525、K529からK529-3まで、K
531からK532-2まで、K552、K5
52-2、K645、K654-3の2、K6
55、K655-2、K655-4、K655
-5、K656-2、K657、K657-2
、K662、K662-2、K674、K67
4-2、K675の2からK675の5まで、
K677、K677-2、K680、K684
-2、K695の4からK695の7まで、
K695-2の4からK695-2の6まで、
K696、K697-4、K700からK700
-3まで、K702からK703-2まで、
K705の2、K706、K711-2、K71
6からK716-6まで、K719からK71
9-3まで、K719-5、K732の2、
K735、K735-3、K735-5、K73
9、K739-3、K740、K740-2、

2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合

2,500点

K931 (略)

K932 創外固定器加算 (略)

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。

K933~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 (略)

注1 区分番号K488-4、K511、K513
、K514、K514-2、K517、K52
2-3、K524-2、K524-3、K52
5、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まで、K702からK703
-2まで、K705、K706、K711-2
、K716、K716-2、K719からK7
19-3まで、K719-5、K732の2、
K735、K735-3、K735-5、K7
39、K739-3、K740、K740-2
、K803からK803-3まで及びK817
の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使

K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 まで及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

2 (略)

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算 (略)

注 区分番号 K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9 から K 5 2 9 - 3 まで、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 4 5、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 の 3、K 7 1 9 - 2 の 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 9、K 7 4 0、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 まで及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 - 3 ~ K 9 3 8 (略)

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの (略)

注 区分番号 K 0 5 5 - 2、K 0 5 5 - 3、K 0 8 0 の 1、K 0 8 1 の 1、K 0 8 2 の 1、K 0 8 2 - 3 の 1、K 1 3 1 - 2、K 1 3 4 - 2、K 1 3 6、K 1 4 0 から K 1 4 1 - 2 まで、K 1 4 2 (6 を除く。)、K 1 4 2 - 2 の 1 及び 2 の イ、K 1 4 2 - 3、K 1 5 1 - 2、K 1 5 4 - 2、K 1 5 8、K 1 6 1、K 1 6 7、K 1 6 9 から K 1 7 2 まで、K 1 7 4 の 1、K 1 9 1 から K 1 9 3 まで、K 2 3 5、K 2 3 6、K 3 1 3、K 3 1 4、K 3 4 0 - 3 から K 3 4 0 - 7 まで、K 3 4 2、K 3 4 3、K 3 5 0 から K 3 6 5 まで、K 5 1 1 の 2、K 5 1 3 の 2 から 5 1 3 の 4 まで、K 5 1 4 の 2、K 5 1 4 - 2 の 2、K 6 9 5、K 6 9 5 - 2 並びに K 6 9

用した場合に算定する。

2 (略)

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算 (略)

注 区分番号 K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9 から K 5 2 9 - 3、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 5 - 5、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 の 3、K 7 1 9 - 2 の 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 9、K 7 4 0、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 から K 8 0 3 - 3 及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 - 3 ~ K 9 3 8 (略)

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの (略)

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

7-4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。

2～3 (略)

K939-2～K939-6 (略)

K939-7 レーザー機器加算

1～3 (略)

注1 (略)

2 1については、区分番号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場合に算定する。

3・4 (略)

K939-8 超音波切削器加算 1,000点

注 区分番号K443、K444及びK444-2
に掲げる手術に当たって、超音波切削器を使用した場合に算定する。

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

1～6 (略)

第1節 麻酔料

区分

L000・L001 (略)

L001-2 静脈麻酔

1・2 (略)

3 十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合) 1,100点

注1・2 (略)

L002～L007 (略)

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

った場合に算定する。

2～3 (略)

K939-2～K939-6 (略)

K939-7 レーザー機器加算

1～3 (略)

注1 (略)

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場合に算定する。

3・4 (略)

(新設)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

1～6 (略)

第1節 麻酔料

区分

L000・L001 (略)

L001-2 静脈麻酔

1・2 (略)

3 十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合) 800点

注1・2 (略)

L002～L007 (略)

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1～5 (略)

注1～8 (略)

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、神経ブロック併施加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注4及び注5に規定する加算は別に算定できない。

イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合 450点

ロ イ以外の場合 45点

10・11 (略)

L008-2・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586

1～5 (略)

注1～8 (略)

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、神経ブロック併施加算として、45点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

10・11 (略)

L008-2・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587

の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

L010 (略)
第2節～第4節 (略)
第12部 放射線治療

通則

1～3 (略)
第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000～M003 (略)

M004 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

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

12,000点

ロ その他の場合 (略)

3・4 (略)

注1～7 (略)

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

、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4、K695の6、K695の7、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

L010 (略)
第2節～第4節 (略)
第12部 放射線治療

通則

1～3 (略)
第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000～M003 (略)

M004 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

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 (略)

3・4 (略)

注1～7 (略)

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1,200点を所定点数に加算する。

M005（略）

第2節（略）

第13部 病理診断

通則

1～7（略）

第1節 病理標本作製料

通則

1・2（略）

区分

N000・N001（略）

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1～8（略）

注1（略）

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、1,200点を所定点数に加算する。

N003～N005-3（略）

第2節（略）

第3章（略）

第4章 経過措置

（削る）

（削る）

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

M005（略）

第2節（略）

第13部 病理診断

通則

1～7（略）

第1節 病理標本作製料

通則

1・2（略）

区分

N000・N001（略）

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1～8（略）

注1（略）

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～N005-3（略）

第2節（略）

第3章（略）

第4章 経過措置等

第1部 経過措置

1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ

	<p><u>、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。</u></p>
(削る)	<p><u>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。</u></p>
(削る)	<p><u>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。</u></p>
(削る)	<p><u>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。</u></p>
(削る)	<p><u>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43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、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。</u></p>
(削る)	<p><u>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。</u></p>
(削る)	<p><u>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的^{（カ）}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。</u></p>

(削る)

(削る)

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

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。

イ 区分番号D006の2に掲げるトロンボテスト

ロ 区分番号D006-3の2に掲げるmRNA定量（1以外のもの）

ハ 区分番号D007の9に掲げるムコ^{たん}蛋白

ニ 区分番号D007の24に掲げる^{すい}膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）

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）

9 第2章の規定にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対する区分番号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。

(新設)

(新設)

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。)、区分番号A002の注2については、「病院である保険医療機関(特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。)」とあるのは、「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。)」とする。

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、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。(新設)

4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。(新設)

イ 区分番号D001の2に掲げるBence Jones^{たん}蛋白定性(尿)

ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるもの

ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB(免疫阻害法・^{たん}蛋白量測定)のうち、免疫阻害法によるもの

ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査

ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定

5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。(新設)

(削る)

第2部 算定制限

第1章の規定にかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7(妊婦に対して初診を行った場合に限る。)、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8(妊婦に対して再診を行った場合に限る。)、注10及び注11に規定する加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できるものとする。