

平成 22 年度診療報酬改定における
主要改定項目について（案）

【目次】

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について

救急入院医療の充実に係る評価.....	1
地域の連携による救急患者の受入の評価.....	4

重点課題1-2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価.....	6
新生児集中治療・救急医療の評価.....	8
小児急性期救急医療の評価.....	11

重点課題1-3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について

NICU入院患者等の後方病床の充実.....	13
急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	17

重点課題1-4 手術の適正評価について

手術料の適正な評価について.....	20
--------------------	----

重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について

一般病棟入院基本料等の評価について.....	23
医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	26

重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価.....	29
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価.....	31

重点課題2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について

地域における医療機関の連携に対する評価.....	33
地域医療を支える有床診療所の評価.....	36

重点課題2-4 医療・介護関係職種の連携に対する評価について

在宅復帰後を見越した地域連携の評価.....	38
------------------------	----

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院の評価	40
がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実	41
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実	42
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	44

I-2 認知症医療の推進について

認知症医療の推進について	48
--------------	----

I-3 感染症対策の推進について

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	50
------------------------	----

I-4 肝炎対策の推進について

肝炎治療の推進について	53
-------------	----

I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

精神科急性期入院医療に係る評価	55
精神科慢性期入院医療に係る評価	59
精神科専門的入院医療に係る評価	61
地域における精神医療の評価	63

I-6 歯科医療の充実について

障害者歯科医療の充実	66
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	70
患者の視点に立った歯科医療	74
生活の質に配慮した歯科医療の充実	79
歯科固有の技術の評価の見直し	84
エックス線撮影料の評価体系の見直し	95
新規医療技術の保険導入（歯科）	97

I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

手術以外の医療技術の適正な評価について	98
---------------------	----

I-8 イノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等	103
-----------------------	-----

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を

実現する視点

II-1 医療の透明化に対する評価について	
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し.....	108
II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価について	
再診料及び外来管理加算について.....	112
地域医療貢献に対する評価.....	115
患者の視点に立った歯科医療.....	116
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について.....	117
II-3 医療安全対策の推進について	
医療安全対策の推進について.....	120
II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について	
人工腎臓等の適正な評価について.....	123
在宅における専門医療の評価.....	125
II-5 疾病の重症化予防について	
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	127
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	128
障害者歯科医療の充実.....	129

III 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について	
質が高く効率的な急性期入院医療の推進について.....	130
急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価.....	135
検体検査評価の充実について.....	136
安全な麻酔管理体制の評価.....	137
医療療養病棟の評価に係る見直し.....	138
III-2 回復期リハビリテーション等の推進について	
疾患別リハビリテーションの充実について.....	140
回復期等における充実したリハビリテーションの評価.....	144
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価.....	148
III-3 在宅医療の推進について	
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	150
訪問診療の評価の充実.....	152

在宅における専門医療の評価.....	154
Ⅲ－４ 訪問看護の推進について	
患者のニーズに応じた訪問看護の推進.....	155
乳幼児等への訪問看護の推進について.....	157
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し.....	158
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	160
Ⅲ－５ 在宅歯科医療の推進について	
在宅歯科医療の推進.....	163
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化.....	169
Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について	
入院時の総合的な評価に基づく介護との連携.....	170
Ⅲ－７ 調剤報酬について	
調剤料の見直し.....	172
ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実.....	174
調剤基本料の特例の見直し.....	175
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し.....	176

Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進について	
後発医薬品の使用促進について.....	178
Ⅳ－２ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について	
検体検査実施料の適正化について.....	185
Ⅳ－３ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について	
エックス線撮影料：アナログ撮影及びデジタル撮影の新設.....	186
コンピューター断層撮影診断料の見直し.....	188
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し.....	190
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化.....	192

Ⅴ 後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者医療の診療報酬について.....	194
-----------------------	-----

救急入院医療の充実に係る評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この 10 年間で約 1.5 倍の年間約 500 万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救命救急入院料】 (1日につき)	【救命救急入院料】 (1日につき)
充実度評価 A の加算 500点	充実度評価 A の加算 1,000点 ②
	充実度評価 B の加算 500点 ③

2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

現 行	改定案
【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】 (1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	【特定集中治療室管理料】 (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定 【救命救急入院料】 (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700点 [施設基準] ①救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 17日以内	【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) <u>4,500点</u> ②改 [施設基準] ①診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 <u>19日以内</u>

3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 <u>800点</u> ②改 2 乳幼児救急医療管理加算 <u>200点</u> ②改

- (2) なお、入院時医学管理加算については、平成 20 年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

② 総合入院体制加算 120 点（1 日につき）

4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

③ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500 点（退院時 1 回）

④ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000 点（入院初日）

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から 5 日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

地域の連携による救急患者の受入の評価

骨子【重点課題 1－1－(2)】

第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等症の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。



地域連携夜間・休日診療料 100点

[施設基準]

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師（当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの）が3名以上いること。

2. 小児救急外来の評価

- (1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 350点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点 改
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 500点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点 改

- (2) 多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。



院内トリアージ加算 30点

[施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ②患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

[算定要件]

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】
乳幼児加算 72点	乳幼児加算 75点 改
【再診料】【外来診療料】	【再診料】【外来診療料】
乳幼児加算 35点	乳幼児加算 38点 改

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

第 2 具体的な内容

1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） 2,000 点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） <u>3,000 点</u> ②</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性</p>

- (2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">7,000点 改</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

新生児集中治療・救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

第1 基本的な考え方

この20年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を1.5倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICUの評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICUを評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICUの確保を推進する。

また、NICU満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

(1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】 (1日につき) 8,500点	【新生児特定集中治療室管理料 ₁ 】 (1日につき) 10,000点 ②

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

(2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



新生児特定集中治療室管理料 2 6,000 点（1日につき）

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。
- ② 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

① 一時的な定員超過入院における算定

- ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点	【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点
	新生児加算 1,000点 ⑨
乳幼児加算 150点	乳幼児加算 500点 ⑩

小児急性期救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(3)】

第 1 基本的な考え方

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。

また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率が相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。

第 2 具体的な内容

1. 小児入院医療管理料の再編成

- (1) 小児入院医療管理料に、常勤の小児科医の配置を9人以上とする新たな区分を新設する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】（1日につき）	【小児入院医療管理料】（1日につき）
1（常勤小児科医20人以上） 4,500点	1（常勤小児科医20人以上） 4,500点
2（常勤小児科医5人以上） 3,600点	2（常勤小児科医9人以上） 4,000点 新
3（常勤小児科医3人以上） 3,000点	3（常勤小児科医5人以上） 3,600点
4（常勤小児科医1人以上） 2,100点	4（常勤小児科医3人以上） 3,000点
	5（常勤小児科医1人以上） 2,100点

- (2) また、小児入院医療管理料 1 及び 2 を算定する医療機関については、手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。

なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

(1) 小児入院医療管理料 1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

(2) 小児入院医療管理料 2

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 常勤の小児科又は小児外科の医師が9人以上配置されていること。
- ③ 7：1以上の看護配置であること。
- ④ 平均在院日数が21日以内であること。

2. 小児急性期集中治療の評価

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。



救命救急入院料 小児加算 5,000 点 (入院初日 1 回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受け入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



特定集中治療室管理料 小児加算 1,500 点 (7日以内)
1,000 点 (8日以上 14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1－3－(1)】

第 1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。

また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床等について評価の引上げを行う。

第 2 具体的な内容

1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。



新生児特定集中治療室退院調整加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C Uからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



新生児治療回復室入院医療管理料

5,400点（1日につき）

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態^{*}にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 常時6対1以上の看護配置であること。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

(1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

現 行	改定案
【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)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】
1 超重症児（者）入院診療加算	1 超重症児（者）入院診療加算
イ 6歳未満の場合 600点	イ 6歳未満の場合 <u>800点</u> 改
ロ 6歳以上の場合 300点	ロ 6歳以上の場合 <u>400点</u> 改
[対象患者の状態]	[対象患者の状態]
(1) 超重症の状態	(1) 超重症の状態

<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。</p>	<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。</p>
---	--

(2) 算定医療機関の拡大

N I C U退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定可とする。

(3) 在宅重症児の受入れの評価

在宅移行した超重症児(者)又は準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に入院早期の評価を新設する。



在宅重症児(者)受入加算 200点(5日以内、1日につき)

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児(者)・準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

(4) 超重症児(者)及び準超重症児(者)の判定基準の見直し

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症又は準超重症の状態についても見直しを行う。

4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

⑨ 重症児（者）受入連携加算 1,300点（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。

急性期医療に対する後方病床機能の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

第 1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

第 2 具体的内容

1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(1) 初期加算の新設



有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）を、年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

(2) 医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p>医師配置加算 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該診療所における医師の数が、2以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p><u>医師配置加算1</u> 88点 新</p> <p><u>医師配置加算2</u> 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師数が2以上であること。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医師配置加算1</u>： 初期加算と同様</p> <p><u>医師配置加算2</u>： 上記以外</p>

(3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算及び特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。



救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

手術料の適正な評価について

骨子【重点課題 1－4】

第1 基本的な考え方

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医師数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差について

は外保連試案を用いて整合をとることとする。

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)
- ②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

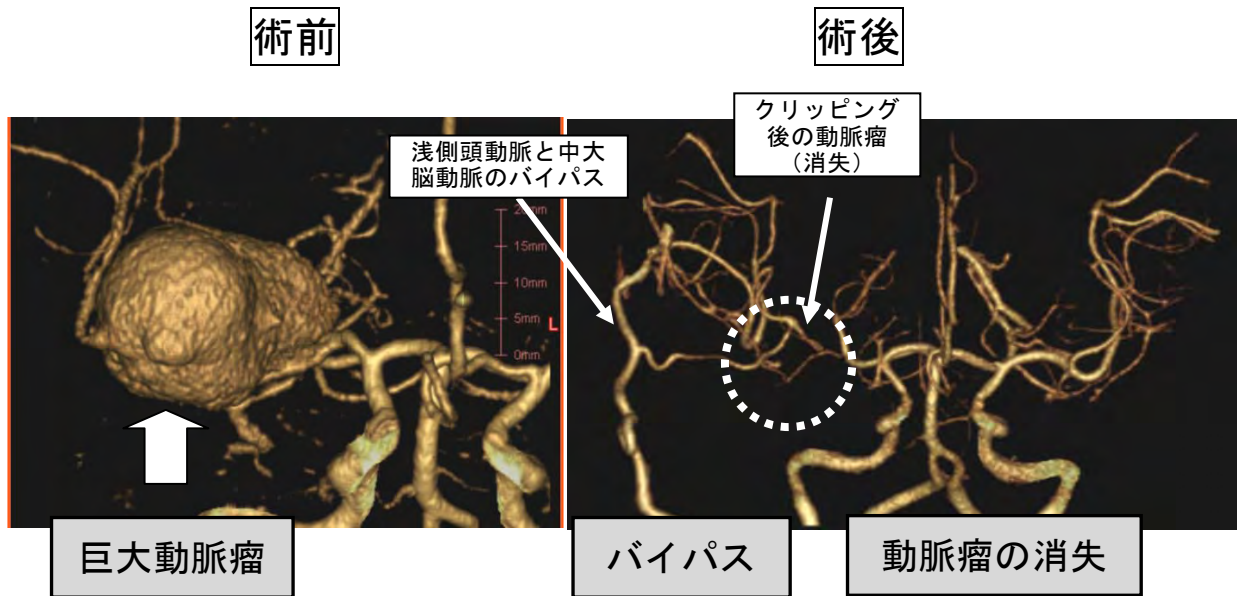
(導入された技術の例)

- ①肝門部胆管癌切除術(1 血行再建あり 2 血行再建なし)
- ②脾中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術(※資料1参照)
- ④経皮的動脈形成術
- ⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ⑦脾温存脾体尾部切除術
- ⑧経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
- ⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
- ⑩肺動脈血栓内膜摘除術(※資料2参照)
- ⑪前置胎盤帝王切開術

(資料1) バイパス術を併用した脳動脈瘤手術

通常のクリッピング術が困難な巨大・大型脳動脈瘤に対し、親血管より末梢側の血流を確保するため、予め頭蓋外から頭蓋内の血管へバイパスを行う。

左図では巨大な脳動脈瘤がみられる。右図は術後で、巨大な脳動脈流は消失しており、バイパス術が施行されている。

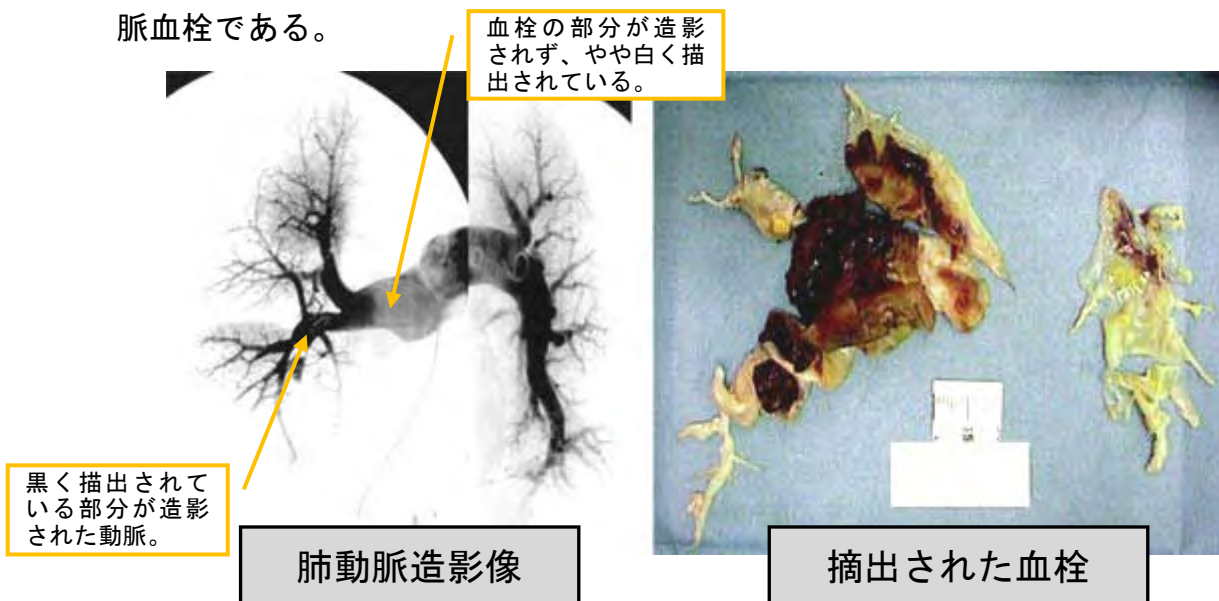


(資料2) 肺動脈血栓内膜摘除術

慢性肺血栓塞栓症は、難病に指定されている疾患であり、診断技術の向上や生活習慣の欧米化に伴い、近年増加傾向にある。本症は内科治療に抵抗性であり、根本的な治療には外科的治療が必要である。

近年、手術成績が良好となっており、施行される施設も増加しつつある。

写真左は中枢型症例の肺動脈造影像、右は手術によって摘出された陳旧化した肺動脈血栓である。



一般病棟入院基本料等の評価について

骨子【重点課題2-1-(1)】

第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算を引き上げる。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 450点 ㊦

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合は、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

㊦ 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,244点※

㊦ 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 1,040点※

㊦ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,158点※

㊦ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 954点※

㊦ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 992点※

※該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟が、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数 72 時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3 か月を限度として算定できることとする。ただし、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定後、1 年以内において再度算定することはできない。
- ③ 7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定期間中、看護職員の採用活動の状況等について毎月地方厚生局長等に報告すること。

3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準 7 対 1 入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料 954 点	【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料 934 点 ②

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
【後期高齢者特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（ <u>高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）</u> ）である患者であって、当該	【特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））

病棟に 90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））	
--	--

医療関係職種の役割分担と連携の評価

骨子【重点課題2-1-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

第2 具体的な内容

1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	急性期看護補助体制加算1（50対1）	120点
2	急性期看護補助体制加算2（75対1）	80点

[算定要件]

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- (1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。
※ ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。
- (2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。
- (3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

2. 多職種からなるチームによる取組の評価

- (1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。



栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回程度）
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること 等

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。



呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題2-2-(1)】

第1 基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

第2 具体的な内容

1. 実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（要件を加える項目）

- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。

- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

病院勤務医の事務作業を補助する

職員の配置に対する評価

骨子【重点課題2-2-(2)】

第1 基本的な考え方

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げと要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 25対1 補助体制加算 355点</p> <p>2 50対1 補助体制加算 185点</p> <p>3 75対1 補助体制加算 130点</p> <p>4 100対1 補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1 補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療セ</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 <u>15対1 補助体制加算</u> 810点 新</p> <p>2 <u>20対1 補助体制加算</u> 610点 新</p> <p>3 25対1 補助体制加算 490点 改</p> <p>4 50対1 補助体制加算 255点 改</p> <p>5 75対1 補助体制加算 180点 改</p> <p>6 100対1 補助体制加算 138点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 <u>15対1、20対1 補助体制加算の施設基準</u> 第三次救急医療機関、小児救急医療</p>

<p>ンター</p> <p>2 50対1、75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院</p>	<p>拠点病院、総合周産期母子医療センター、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</u></p> <p>2 <u>25対1、50対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u></p> <p>3 <u>75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは<u>年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</u></p>
---	--

地域における医療機関の連携に対する評価

骨子【重点課題2－3－(1)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【慢性期病棟等退院調整加算】 改
	1 慢性期病棟等退院調整加算 1
	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
	ロ 退院加算(退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 140点 新
	(2) 障害者施設等入院基本料等の算定 患者が退院した場合 340点 新
	2 慢性期病棟等退院調整加算 2
1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
2 退院加算(退院時1回)	ロ 退院加算(退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料等の算定 患者が退院した場合 100点	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 100点

<p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>(2) 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。</p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
---	---

2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



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

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（いずれも特定入院基本料を除く。）を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算 2 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題 2－3－(2)】

第 1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第 2 具体的な内容

1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～ 14 日	660 点
		15～ 30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～ 4 人)	7 日以内	640 点
		8～ 14 日	480 点
		15～ 30 日	320 点
		31 日以上	280 点

改 定 案	有床診療所入院基本料 <u>1</u> (看護職員 <u>7 人以上</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>760 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>590 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>500 点</u>
	有床診療所入院基本料 <u>2</u> (看護職員 <u>4～ 6 人</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>680 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>510 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>460 点</u>
	有床診療所入院基本料 <u>3</u> (看護職員 <u>1～ 3 人</u>)	<u>14 日以内</u>	<u>500 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>370 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>340 点</u>



2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (1) を参照のこと。

(2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (2) を参照のこと。

(3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (3) を参照のこと。

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題 2－4】

第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時 1 回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料¹】 (退院時 1 回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 100点 新</p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医</p>

	<p>療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。</p> <p>【地域連携診療計画退院時指導料 2】 (退院後初回月に 1 回) <u>300 点</u> 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	---

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

新 介護支援連携指導料 300 点 (入院中 2 回)

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 （入院初日）</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 （入院初日）</p> <p style="text-align: right;">500点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 看護師、薬剤師等の医療関係職種が参 加していることが望ましい。</u></p>

がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組を評価する。

第2 具体的な内容

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料（計画策定病院） 750点（退院時）

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

① がん治療連携指導料（連携医療機関） 300点（情報提供時）

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けの際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行			改定案		
イ	外来化学療法加算 1	500 点	イ	外来化学療法加算 1	550点 改
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	750点 改
ロ	外来化学療法加算 2	390 点	ロ	外来化学療法加算 2	420点 改
	15 歳未満の患者	700 点		15歳未満の患者	700点

(2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算 1 又は 2 の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 2,500点 ㊦

3. がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

㊦ がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

第2 具体的な内容

1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

現 行	改定案
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p><u>ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">400 点 改</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u></p> <p>(2) <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ア <u>がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。



がん患者リハビリテーション料 200点（1単位につき）

[算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[対象患者]

- (1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
- (2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

- (7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
- (8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100 m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

認知症医療の推進について

骨子【I-2-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。

これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への対応などが重要であることから、これらへの手厚い対応が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

現 行		改 定 案	
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,330点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,450点 ②改
ロ	91日以上期間 1,180点	ロ	<u>61日以上期間</u> 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,070点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,070点
ロ	91日以上期間 1,020点	ロ	<u>61日以上期間</u> 970点 ②改

- (2) 入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。

新 認知症治療病棟退院調整加算 100点（退院時1回）

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

2. 認知症外来医療の評価

認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、評価を新設する。

新 認知症専門診断管理料 500点（1人につき1回）

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

新 認知症専門医療機関連携加算 50点（月1回）

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料（I）に加算する。

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

骨子【I-3-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

1. 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合の診療報酬について、配慮を行う。
2. 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧室管理環境整備に対する評価を行う。
3. 結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等についても出来高での算定を可能とする。

2. 陰圧室管理の評価

現 行	改定案
【二類感染症患者療養環境特別加算】	【二類感染症患者療養環境特別加算】
1 個室加算 300点	1 個室加算 300点
	2 陰圧室加算 200点 新
[算定対象]	[算定対象]
二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、	二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、

結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、 <u>鳥インフルエンザ（H5N1）</u> の患者又は <u>新型インフルエンザ等感染症の患者</u> であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者
---	---

3. 結核病棟について

(1) 結核病棟における平均在院日数要件の見直し

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件の見直しを行う。

現 行	改定案
【結核病棟入院基本料】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 25日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 25日以内 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 28日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 28日以内 13対1入院基本料 949点 平均在院日数 36日以内	【結核病棟入院基本料】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき） 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 13対1入院基本料 949点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦

(2) 小規模な結核病棟の取扱について

患者数の減少等を踏まえ、小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、平均在院日数の計算を病床種別ごとに行うこととする。

現 行	改定案
<p><入院料等の施設基準等>（通知） ・・・（略）・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）</p>	<p><入院料等の施設基準等>（通知） ・・・（略）・・・一般病棟（<u>一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟</u>）と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）・・・</p>

肝炎治療の推進について

骨子【I-4】

第1 基本的な考え方

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、副作用に対する不安や多忙であることを理由にインターフェロン治療を断念する患者が見られている。

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について、診療報酬上の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定する。



肝炎インターフェロン治療計画料 700点（1人につき1回）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。



肝炎インターフェロン治療連携加算 50点（月1回まで）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況について計画策定医療機関に対する情報提供を行った場合に算定する。

精神科急性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(1)】

第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

[施設基準]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③平均在院日数が80日以内であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえて平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[施設基準]

- ①平均在院日数が 40 日以内 であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が 5 割以上 であること。

(3) 精神病棟入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

現 行			改 定 案		
【精神病棟入院基本料加算】			【精神病棟入院基本料加算】		
14日以内		459点	14日以内		<u>465点</u> 改
15日以上 30日以内		242点	15日以上 30日以内		<u>250点</u> 改
31日以上 90日以内		125点	31日以上 90日以内		125点
91日以上 180日以内		20点	91日以上 180日以内		<u>10点</u> 改
181日以上 1年以内		5点	181日以上 1年以内		<u>3点</u> 改

(4) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても、同様に見直す。

2. 精神科急性期の特定入院料の引上げ

(1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

現 行			改 定 案		
【精神科救急入院料】（1日につき）			【精神科救急入院料】（1日につき）		
1 精神科救急入院料 1			1 精神科救急入院料 1		
30日以内		3,431点	30日以内		<u>3,451点</u> 改
31日以上		3,031点	31日以上		3,031点
2 精神科救急入院料 2			2 精神科救急入院料 2		
30日以内		3,231点	30日以内		<u>3,251点</u> 改
31日以上		2,831点	31日以上		2,831点

<p>【精神科救急・合併症入院料】</p> <p>(1日につき)</p> <p>30日以内 3,431点</p> <p>31日以上 3,031点</p>	<p>【精神科救急・合併症入院料】</p> <p>(1日につき)</p> <p>30日以内 3,451点 ㊦</p> <p>31日以上 3,031点</p>
--	--

(2) 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>(1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>30日以内 1,900点</p> <p>31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>30日以内 1,800点</p> <p>31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等]</p> <p><u>当該病院の全病床数の7割以上</u></p> <p><u>又は200床以上が精神病床である</u></p> <p><u>若しくは特定機能病院である。</u></p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <p>(1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>30日以内 1,920点 ㊦</p> <p>31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>30日以内 1,820点 ㊦</p> <p>31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等]</p> <p>(削除)</p>

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様、入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合 200点</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) <u>350点</u> ㊦</p> <p>[算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）又は特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>

精神科慢性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) <u>10点</u> ㊦

2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき)</p> <p><u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨</p> <p><u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 非定型抗精神病薬加算 1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること</p> <p>(2) 非定型抗精神病薬加算 2 1以外の場合</p>

3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき) 1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき) <u>1,050点</u> ㊦</p> <p><u>重症者加算</u> (1日につき) 40点 ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のG A Fスコアが 40以下であること。</p>

精神科専門的入院医療に係る評価

骨子【I-5-(3)】

第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童・思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 800点 改

2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。

新 強度行動障害入院医療管理加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児（者）の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。



摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-5-(4)】

第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

また、精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点 改</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点 改</p>

- (2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法 420点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が30分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行に対して評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの <u>590点</u> (改)</p> <p>2 大規模なもの <u>700点</u> (改)</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に50点を加算する。</u> (新)</p>

<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 540点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p>
---	---

障害者歯科医療の充実

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕（むし歯）や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態により短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることを踏まえ、重症化予防のためのよりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科治療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関等が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科治療が困難な患者を受け入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における障害者歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

第2 具体的な内容

1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

現 行	改定案
【歯科衛生実地指導料】 80点	【歯科衛生実地指導料】 1 歯科衛生実地指導料 1 80点 2 歯科衛生実地指導料 2 100点 新

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

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

なお、歯科衛生実地指導料1を算定した月は、歯科衛生実地指導料2は算定できない。

注2 歯科衛生実地指導料2は、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月2回の実地指導の合計が15分以上となる場合のいずれかであって、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

障害者歯科医療連携加算 100点（初診時1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定した患者であって、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、外来による初診を行った場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関又は基本診療料の障害者加算を算定する外来患者が月平均20人以上の歯科診療所である保険医療機関であること。
- (2) 自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素吸入（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む）を整備していること。
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p>	<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p> <p><u>注 保険医療機関が基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</u> ㊦</p>

在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 地域における在宅及び障害者歯科医療を後方支援する病院歯科の機能をより適切に評価する観点から、在宅及び障害者歯科医療を実施している歯科診療所からの求めに応じて当該医療を行っている患者を受け入れた場合の歯科の外来及び入院医療の評価を行う。
2. 病院歯科においては、入院医療を受ける患者の割合は約1.5%とわずかであり、患者の多くは外来診療を受けている。歯科診療所と比べるとより専門性の高い歯科医療が提供されている場合があるが、歯科診療所と共通した歯科医療が提供されることが多く、こうした診療状況等から、歯科診療所及び病院歯科の基本診療料については、歯科診療報酬上、同様の評価を行っている。ただし、地域歯科診療を支援する機能を有する病院歯科については、一定の施設基準を設定した上で、その病院歯科の機能に着目した評価を行っている。こうした地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能については、在宅及び障害者歯科医療においても強化を図る必要があり、係る観点から、病院歯科機能の評価のあり方の見直しや、歯科診療所における歯科治療が困難な在宅療養患者や障害者を受け入れている場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療

及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上</p>	<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上 ハ <u>別の保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者及び歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて受け入れ、歯科医療を担当する病院である保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均5人以上</u> ニ <u>歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、基本診療料に</u></p>

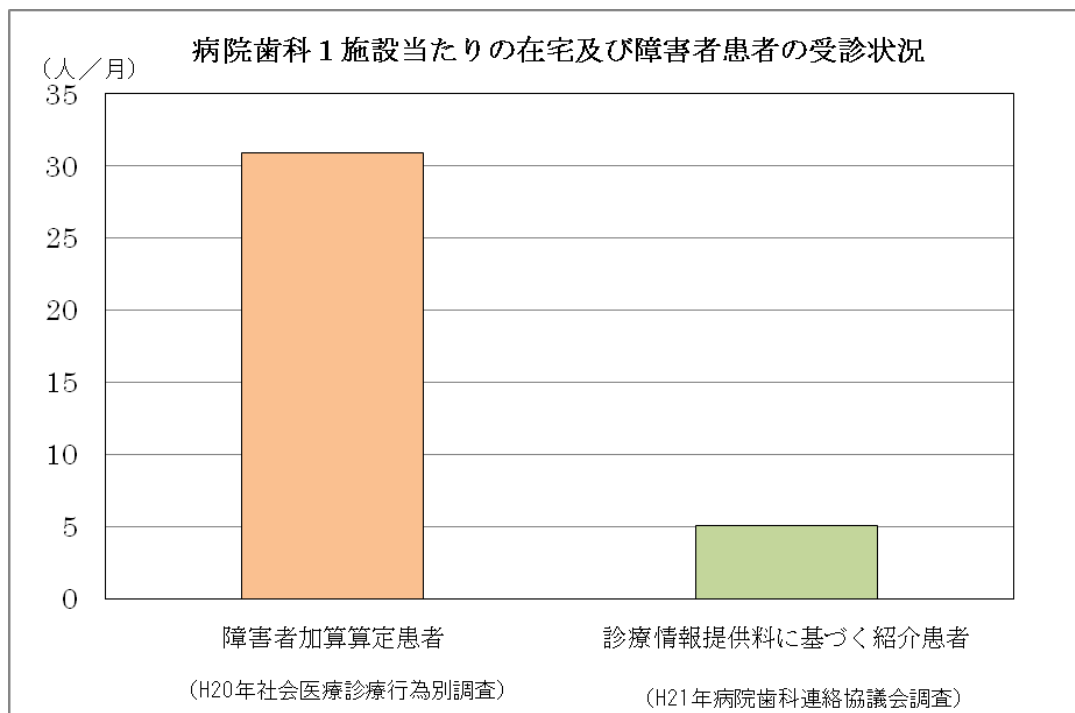
<p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点</p>	<p>係る障害者加算を算定している月平均患者数が 30 人以上</p> <p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69 点 ㊦</p>
--	--

(参考 1) 歯科診療における入院料等の実施件数

	歯科診療全体	歯科診療所	病院歯科
総件数	12,599,491 件	12,058,101 件	541,390 件
入院料等件数割合	0.07 %	0.0%	1.5 %

(平成 20 年度社会医療診療行為別調査(6 月審査分))

(参考 2)



2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【地域歯科診療支援病院入院加算】 (入院初日に限り) 300点 [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料を算定した患者であって、歯科疾患管理料又は後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>【地域歯科診療支援病院入院加算】 (入院初日に限り) 300点 [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で<u>歯科訪問診療料を算定した患者又は基本診療料に係る障害者加算を算定した患者</u>であって、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

患者の視点に立った歯科医療

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 歯科疾患や義歯（入れ歯）の管理に係る情報提供については、既存の補綴時診断料や補綴物維持管理料との関係や診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容等を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直す。
2. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の見直しを行うとともに、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目を算定項目として明示する等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

現 行	改定案									
<p>【歯科疾患管理料】</p> <table> <tr> <td>1</td> <td>1回目</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2回目以降</td> <td>110点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予</p>	1	1回目	130点	2	2回目以降	110点	<p>【歯科疾患管理料】</p> <table> <tr> <td></td> <td></td> <td>110点 ㊦</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、<u>歯科疾患と全身の健康との関係</u>、歯や口の病気と関連のある患者の</p>			110点 ㊦
1	1回目	130点								
2	2回目以降	110点								
		110点 ㊦								

<p>定等について、継続的な口腔管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) 初診日から起算して 1 月以内</p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p>	<p><u>生活習慣と改善目標及び治療予定(継続管理計画書においては、歯や口の中の状態の改善状況も含む)等について、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</u></p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) <u>初診日の属する月から起算して 2 月以内の期間において、最初に管理計画書を提供した月</u></p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p> <p>[その他] <u>歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の内容等について、院内掲示により患者への情報提供に努めること</u></p>
---	--

2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着日から1月以内に2回まで) 100 点</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に2回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日から起算して1月から3月までの間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月か</p>	<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着月1回に限る) 150 点 ㊦</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に1回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、新たに製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して4月以上1年以内の期間において、咬合機能の回復を図る</p>

<p>ら起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。</p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">300点</p>	<p><u>ために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に月1回に限り算定する。</u></p> <p>【有床義歯調整管理料】</p> <p style="text-align: right;">30点 ⑨</p> <p><u>義歯管理料を算定した患者について、有床義歯の調整を行った場合に、1口腔につき月2回を限度として算定する。ただし、義歯管理料を算定した日における有床義歯の調整に係る費用は、算定できない。</u></p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">240点 ⑩</p>
---	---

3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現 行	改定案
補綴物維持管理料	<u>クラウン・ブリッジ維持管理料</u> ⑩
歯髄覆罩	<u>歯髄保護処置</u> ⑩
非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC)	<u>歯髄温存療法</u> ⑩
床裏装	<u>有床義歯内面適合法</u> ⑩
楔状欠損 (WSD)	<u>歯質くさび状欠損</u> ⑩

4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

現 行	改定案
歯周疾患を原因としない歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変の搔爬 <small>そうは</small> [準用項目] 【抜歯手術】 （1歯につき） 3 臼歯 260点	【歯根分割搔爬術】 （1歯につき） 260点
上顎洞へ陥入した歯の除去 1 抜歯窩より除去する場合 [準用項目] 【抜歯手術】 （1歯につき） 4 難抜歯 470点 2 犬歯窩を開さくして除去する場合 [準用項目] 【上顎洞開窓術】 2,000点	【上顎洞陥入歯除去術】 1 抜歯窩 <small>か</small> より行う場合 470点 2 犬歯窩 <small>か</small> 開さくによる場合 2,000点
口腔底に迷入した下顎智歯の摘出 [準用項目] 【口腔底腫瘍摘出術】 5,230点	【口腔底迷入下顎智歯除去術】 5,230点

生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【I-6-(3)】

第1 基本的な考え方

1. 義歯の修理については、当日内に義歯の修理が可能な場合であっても、歯科医師が行う修理に要する時間は、少数歯欠損の場合は21分、多数歯欠損の場合は25分となっている（参考1）。歯科医療機関に配置されている歯科技工士と連携することにより、歯科医師自ら義歯修理を行った場合に要する時間を同一患者の他の処置等や他の患者の診療に充てることが可能となる。

また、当日内に修理ができない場合においては、当日内の義歯修理が困難な理由の約13%が「歯科医療機関内の歯科技工体制が十分でないこと」となっており、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用することにより、義歯修理に要する日数を短縮することが可能となる。

そこで、食生活の質にも配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士を活用することにより、効率的な歯科医療の提供や患者の咀嚼機能等の短期間での回復を図る等、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。

2. 小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼^{そしゃく}障害を伴う先天性無歯症^{むししょう}等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていないが、他の先天性疾患の場合であっても、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があることから、小児義歯の適応を見直す。
3. 脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対し、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等といった機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質の維持・改善を図るための歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善についての評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科技工加算の新設

生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科医療機関の取組を評価するため、有床義歯修理に係る加算を新設する。



歯科技工加算（1装置につき） 20点

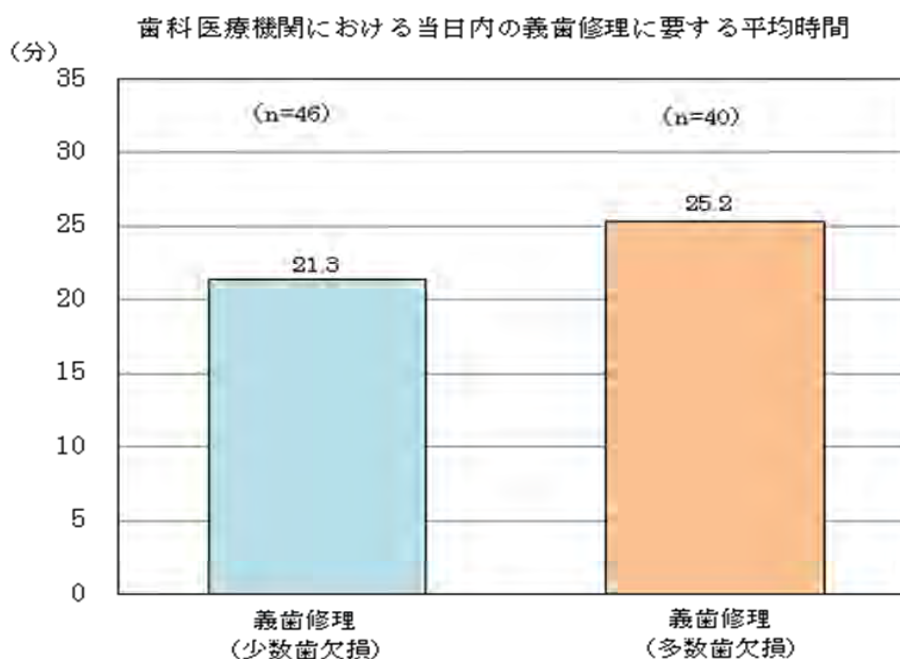
[算定要件]

- (1) 患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合に限り所定点数に加算する。
- (2) 破損した有床義歯を預かった日を診療録に記載することとする。
- (3) 有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した指示書を作成し、診療録に添付すること。

[施設基準]

- (1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (2) 常勤の歯科技工士を配置していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

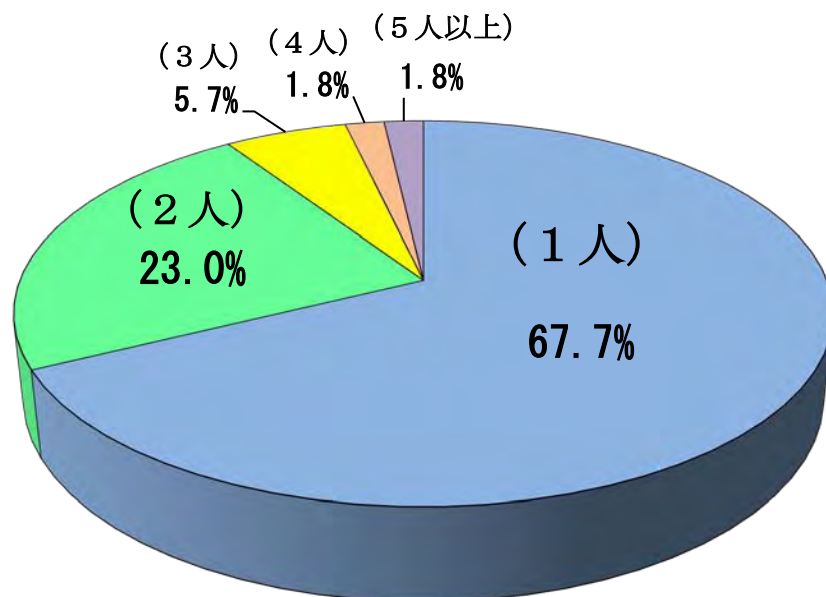
(参考1)



(日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」結果を基に作成)

(参考2) 歯科技工士配置医療機関における常勤歯科医師数別割合

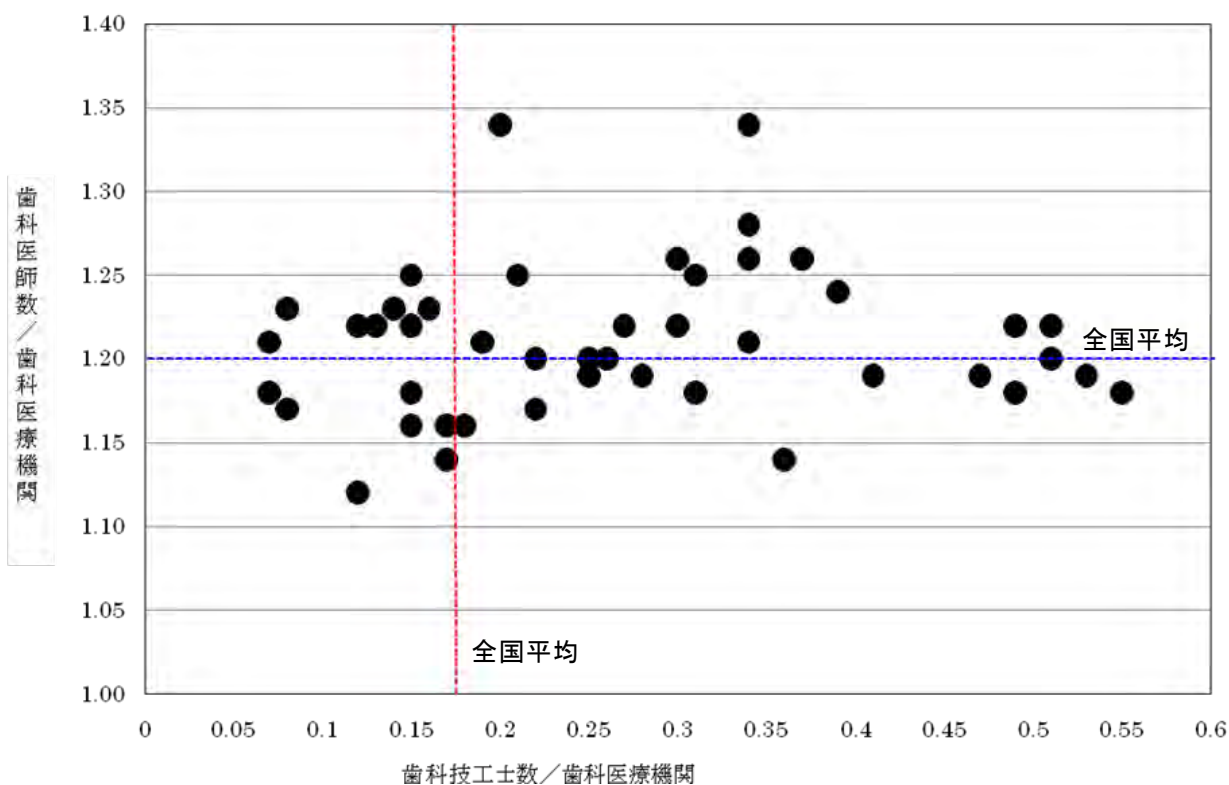
歯科技工士を配置している歯科医療機関の常勤歯科医師数別の割合をみると、常勤歯科医師数1人が約68%、2人が23%となっており、歯科技工士を配置している歯科医療機関の約9割は、比較的人員規模の小さな歯科医療機関となっている。



(平成20年医療施設調査)

(参考3)

1 歯科診療所当たり常勤歯科医師数及び歯科技工士数



2. 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

現 行	改定案
<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児</p>	<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、<u>先天性好中球機能不全症又はその他の先天性疾患により、後継永久歯が無い場合、若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合</u></p>

3. 床（義歯）型口腔内補助装置に係る技術料の新設

脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて咀嚼機能等の改善を図ることを目的として、口腔内の形態や空隙を考慮して製作された床（義歯）型の口腔内装置を装着した場合の評価を新設するとともに、床副子調整の対象とする。

現 行	改定案
<p>【床副子】</p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p>【床副子調整】（1 口腔につき）</p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>	<p>【床副子】</p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p><u>ニ 摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u></p> <p>【床副子調整】（1 口腔につき）</p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床若しくは<u>摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u>の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床又は当該装置の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

1. う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行う。
2. 有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく観点からも、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価の見直しを行う。
3. 診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一部の歯科医療技術について、その特性に応じた評価を行うとともに、重要度や普及・定着状況を踏まえつつ、評価のあり方について見直しを行う。
4. 歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は5歳未満となっており、こうした差異が分かりにくいとの指摘があることから、より分かりやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. う蝕、歯周疾患等に係る歯科医療技術の評価の見直し

う蝕や歯周疾患、歯の欠損等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等も参考としつつ、評価の見直しを行う。

- (1) 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

一部の歯周外科手術の評価の引き上げを行うとともに、混合歯列期の歯周組織検査及び歯周基本治療後の処置の評価を新設する。ま

た、歯周基本治療について、同時に3分の1顎を超えて行った場合の加算の評価を引き下げる一方、同一部位に対する2回目以降の評価を引き上げる等の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【歯周外科手術】（1歯につき）</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 630点</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p>【歯周組織検査】</p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） 42点</p>	<p>【歯周外科手術】（1歯につき）</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 <u>730点</u> ㊦</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p>【歯周組織検査】</p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>3 <u>混合歯列期歯周組織検査</u></p> <p style="text-align: right;"><u>40点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。</u></p> <p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） <u>38点</u> ㊦</p>

<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は、注加算を含む。) の 100 分の 30 に相当する点数により算定する。</p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき)</p> <p>1 歯周病安定期治療開始日から起算して 1 年以内に行った場合 150 点</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は注加算を含む。) の <u>100 分の 50</u> に相当する点数により算定する。 (改)</p> <p>【歯周基本治療処置】 10 点 (新)</p> <p>[算定要件] <u>歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、歯周疾患処置を算定した月には算定できない。また、薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき) 300 点 (改)</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								

2 歯周病安定期治療開始日から 起算して1年を超え2年以内に行 った場合	125 点
3 歯周病安定期治療開始日から 起算して2年を超3年以内に行っ た場合	100 点

(2) う蝕等に係る技術の評価の引上げ

現 行	改定案
【齶蝕処置】 16 点	【う蝕処置】 18 点 ②
【齶蝕歯無痛的窩洞 ^{かどう} 形成加算】 20 点	【う蝕歯無痛的窩洞 ^{かどう} 形成加算】 40 点 ②
【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）	【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）
1 単根管 14 点	1 単根管 20 点 ②
2 2 根管 22 点	2 2 根管 22 点
3 3 根管以上 28 点	3 3 根管以上 30 点 ②
【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点	【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点
注 前歯部において、歯冠形成のう ち、前装鑄造冠又はジャケット 冠に係る費用を算定した歯に ついて、1 回に限り算定する。	注 前歯部において、歯冠形成のうち、 前装鑄造冠又はジャケット冠に係る 費用を算定した歯若しくは前装鑄造 冠又はジャケット冠の歯冠形成を行 うことを予定している歯について、 前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠 形成を算定した日から当該補綴物を 装着するまでの期間において、1 歯 1 回に限り算定する。

- (3) 口腔内消炎手術（智歯周囲炎の歯肉弁切除等）の評価を引き下げる一方、手術後の専門的口腔衛生処置の評価の新設及び歯科局所麻酔の評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 140 点</p>	<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 120 点 ②</p> <p>【術後専門的口腔衛生処置】 (1 口腔につき) 80 点 ③</p> <p><u>次に掲げる手術を行った入院患者に対し、当該患者が入院する病院である保険医療機関に属する歯科衛生士が術後感染症及び術後肺炎等の発現等のおそれがある場合であって、専門的口腔清掃を行った場合に、手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。</u></p> <p>[対象となる手術]</p> <p>J016 口腔底悪性腫瘍手術 J018 舌悪性腫瘍手術 J031 口唇悪性腫瘍手術 J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍手術 J035 頬粘膜悪性腫瘍手術 J036 術後性上顎嚢胞摘出手術 J038 上顎骨切除術 J039 上顎骨悪性腫瘍手術 J040 下顎骨部分切除術 J041 下顎骨離断術 J042 下顎骨悪性腫瘍手術 J043 顎骨腫瘍摘出術 J068 上顎骨折観血的手術</p>

	J069 上顎骨形成術 J070 頬骨骨折観血的整復術 J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術 J072 下顎骨折観血的手術 J075 下顎骨形成術 J076 顔面多発骨折観血的手術 J087 上顎洞根本手術
【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 38 点	【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 <u>42 点</u> 改
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23 点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 <u>30 点</u> 改

(4) 有床義歯（入れ歯）等に係る評価の見直し

有床義歯及び関連技術の評価を引き上げる一方、熱可塑性樹脂有床義歯の評価の引下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

現 行	改定案
【有床義歯】	【有床義歯】
1 局部義歯（1床につき）	1 局部義歯（1床につき）
イ 1 歯から 4 歯まで 540 点	イ 1 歯から 4 歯まで <u>550 点</u> 改
ロ 5 歯から 8 歯まで 665 点	ロ 5 歯から 8 歯まで <u>676 点</u> 改
ハ 9 歯から 11 歯まで 890 点	ハ 9 歯から 11 歯まで <u>900 点</u> 改
ニ 12 歯から 14 歯まで 1,300 点	ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,310 点</u> 改
2 総義歯（1顎につき） 2,050 点	2 総義歯（1顎につき） <u>2,060 点</u> 改

<p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 143 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 265 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p>【装着】</p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 100 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 200 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</p> <p>1 印象採得が簡単なもの 1,000 点</p> <p>2 印象採得が困難なもの 1,500 点</p> <p>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで 705 点</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで 925 点</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで 1,185 点</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで 1,815 点</p>	<p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>220 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p>【装着】</p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>150 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</p> <p><u>1</u> 印象採得が困難なもの <u>1,500 点</u> 改</p> <p><u>2</u> 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで <u>670 点</u> 改</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで <u>900 点</u> 改</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで <u>1,120 点</u> 改</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,750 点</u> 改</p>
---	--

2 総義歯（1顎につき） 2,850点	2 総義歯（1顎につき） 2,780点 改
------------------------	--------------------------

(5) その他の技術の評価の見直し

有床義歯関連装置の評価の引上げを行う一方、歯科矯正治療に係る咬合採得、床装置及び保定装置の一部の評価の引下げを行う。

現 行	改定案
【鑄造バー】 420点	【鑄造バー】 <u>430点</u> 改
【バー 保持装置 加算】 50点	【バー 保持装置 加算】 <u>60点</u> 改
【フック, スパー】 85点	【フック, スパー】 <u>96点</u> 改
【咬合採得】（1装置につき）	【咬合採得】（1装置につき）
1 簡単なもの 100点	1 簡単なもの <u>70点</u> 改
2 困難なもの 200点	2 困難なもの <u>140点</u> 改
3 構成咬合 400点	3 構成咬合 400点
【床装置】	【床装置】
1 簡単なもの 1,500点	1 簡単なもの 1,500点
2 複雑なもの 2,500点	2 複雑なもの <u>2,000点</u> 改
【保定装置】	【保定装置】
1 プレートタイプリテーナー 1,500点	1 プレートタイプリテーナー 1,500点
2 メタルリテーナー 6,800点	2 メタルリテーナー <u>6,000点</u> 改

2. 歯科診療報酬体系の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

(1) スタディモデルは、患者の歯や歯周組織の状態及び咬み合わせの状態等を模型にして立体的に把握する比較的簡単な検査である。この検査は、治療を開始する時や治療方針の変更があった時などに行われ、

う蝕、歯周疾患及び歯の欠損等様々な歯科疾患の状態や治療方針等に関する患者の理解の促進にも資するものである。こうした特性に着目し、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、基本診療料に包括して評価する。

(2) また、歯科疾患管理料については、継続的な管理が必要な様々な歯科疾患を一口腔単位で管理するものであるが、特に1回目の歯科疾患管理料については、全身疾患の有無の確認や歯科疾患と関連性のある生活習慣の有無の確認、服薬状況の確認及びこれらに伴う口腔内症状の有無の確認等基本的な医療行為から、具体的な治療方針の決定及び患者への情報提供にいたるまで、幅広い行為を評価の対象としている。

(3) そこで、こうした技術の特性に応じた評価を行うとともに、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、スタディモデルや、歯科疾患管理料のうち基本的な医療行為を基本診療料に包括して評価する。

【 現 行 】			【 改 定 案 】	
歯科初診料	182 点	→	歯科初診料	<u>218 点</u>
歯科再診料	40 点		歯科再診料	<u>42 点</u>

改

3. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬における特掲診療料に係る乳幼児加算の対象（現行5歳未満）を基本診療料に係る乳幼児加算と同様に6歳未満とする。

【 現 行 】		【 改 定 案 】
【基本診療料の乳幼児加算】 (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満 【特掲診療料の乳幼児加算】 (所定点数の100分の50加算) 対象年齢：5歳未満	→	【基本診療料の乳幼児加算】 (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満 【特掲診療料の乳幼児加算】 (所定点数の100分の50加算) 対象年齢： <u>6歳未満</u>

歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

1. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価している。
2. 歯科矯正は、積極的な治療を行う時期であっても、1月に1回程度の通院により計画的に行われることが一般的であることから、こうした実態を踏まえ、歯科矯正診断料の施設基準の見直しを行う。
3. 唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、その適応症の拡大を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科矯正診断料の施設基準の見直し

歯科矯正診断料の施設基準について、歯科矯正の実態に即したものとなるよう見直しを行う。

現 行	改定案
<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 障害者自立支援法に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る）であること 2 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること 3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること 	<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</u> <u>2 当該療養の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務</u>

	<p style="text-align: center;"><u>していること</u></p> <p style="text-align: center;">3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務し</u></p> <p style="text-align: center;"><u>ていること</u></p>
--	---

2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改定案
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂 	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロー顔一指症候群、<u>メービウス症候群、カブキ症候群、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群、ウィリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群</u>

エックス線撮影料の評価体系の見直し

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

歯科診療における画像診断領域のデジタル化を推進する観点から、歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえつつ、デジタルエックス線撮影料の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえ、デジタル映像化処理加算を廃止した上で、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別した評価を行う。

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

	<p>(デジタル撮影) ㊦</p> <p><u>1 単純撮影</u></p> <p><u>イ 歯科エックス線撮影</u></p> <p style="padding-left: 2em;">(1) 全顎撮影の場合 <u>252 点</u></p> <p style="padding-left: 2em;">(2) 全顎撮影以外の場合 <u>28 点</u></p> <p style="padding-left: 4em;">(1枚につき)</p> <p><u>ロ その他の場合</u> <u>68 点</u></p> <p><u>2 特殊撮影</u></p> <p><u>イ 歯科パノラマ断層撮影</u> <u>182 点</u></p> <p><u>ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場</u></p> <p style="padding-left: 2em;"><u>合 (一連につき)</u> <u>266 点</u></p> <p><u>3 造影剤使用撮影</u> <u>150 点</u></p>
<p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>1 歯科エックス線撮影</p> <p style="padding-left: 2em;">(1回につき) <u>5 点</u></p> <p>2 歯科パノラマ断層撮影 <u>50 点</u></p> <p>3 その他の場合 <u>30 点</u></p>	<p>(廃止)</p>

新規医療技術の保険導入（歯科）

骨子【I-6-(4)】

骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の新設（歯周外科手術時の明視下におけるレーザーを用いた歯石除去等に係る加算）



手術時歯根面レーザー応用加算 40点

[算定要件]

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行った場合に歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術の所定点数に加算する

[施設基準]

- (1) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。
- (2) 当該レーザー治療に係る専門知識及び5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

(参考) 歯周外科手術時のレーザー応用による歯石除去等

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下でレーザーを応用することにより、従来の歯周疾患治療用の手用器具を用いた機械的な歯石除去時にみられる不快症状の発現を抑制し、歯石の除去だけでなく、歯周ポケット部位の殺菌・無毒化や歯周組織細胞の活性効果等が得られる有効な治療方法。

手術以外の医療技術の適正な評価について

骨子【I-7-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

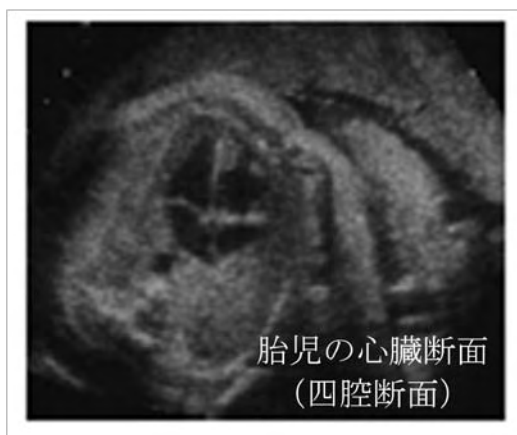
1. 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
2. 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 先進医療技術の保険導入（手術以外）
先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。
（導入された技術の例）
 - ①胎児心超音波検査（産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。）※資料1参照
 - ②子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断（子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。）
 - ③抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査（EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。）
2. 新規保険収載提案技術の保険導入（手術以外）
医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。
（導入された技術の例）※資料2～4参照
 - ①イメージガイド下放射線治療（IGRT）
 - ②特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査
 - ③医療機器決定区分C2（新機能・新技術）に係る技術（VACシステム等）

(資料 1) 胎児心超音波検査

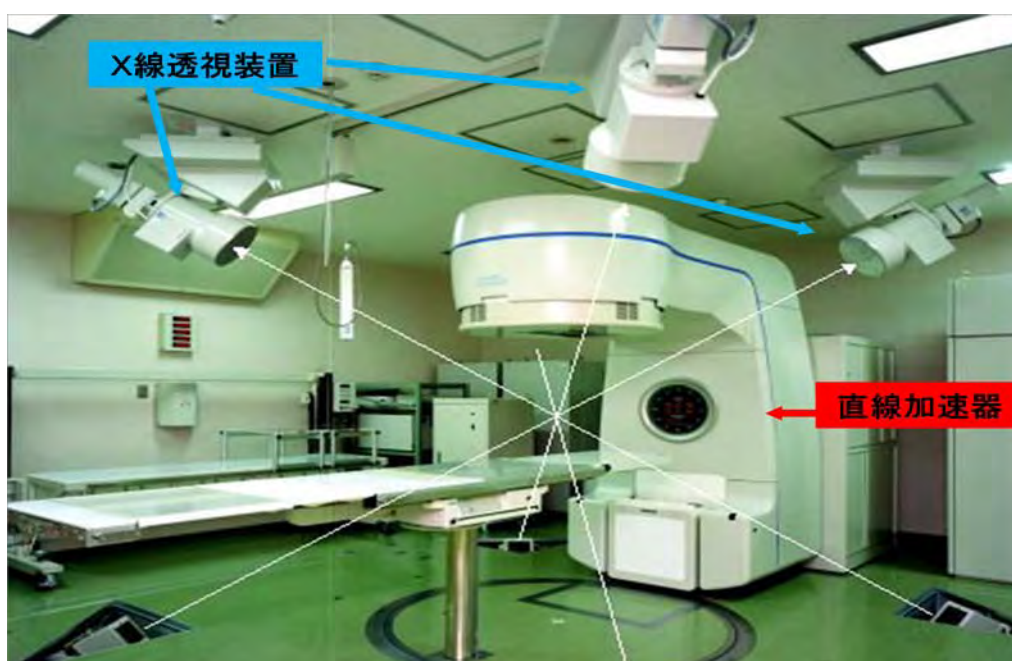
先天性心疾患は、児の生命予後に大きな影響を与え得るが、従来は出生後にしか確定診断ができなかった。これに対して本検査は、母体の腹壁に超音波プローブを密着させ、超音波を腹壁、子宮壁および羊水を通過させて、胎児の心臓を描出し、先天性心疾患を正確に診断する。具体的には、胎児心臓の断面を可能な限り明瞭に抽出した上で、従来の心超音波検査と同様にMモード、カラードップラー、パルスドップラー、連続波ドップラーなどを用いて診断を行う。この出生前の診断により、動脈管閉鎖に伴うショックの回避など適切な周産期管理を行うことができる。



(資料2) 画像誘導放射線治療 (IGRT)

IGRT (Image Guided Radiation Therapy) は、患者が放射線照射を受ける際に、治療台上の患者位置を照合し、正確な放射線照射を可能とする技術である。

具体的には、放射線照射の直前や照射中に得られる患者の画像情報 (X線画像等) を治療計画作成時の画像情報と照合することにより、これらの位置のずれを算出し、そのずれの補正を自動的に行い、放射線照射を行う。これにより、治療対象であるがん病変に対して、従来の方法よりも正確な放射線照射が可能となるとともに、病変周囲の正常組織に対しては、放射線による損傷を軽減することが可能となるものである。



治療計画時のCT画像

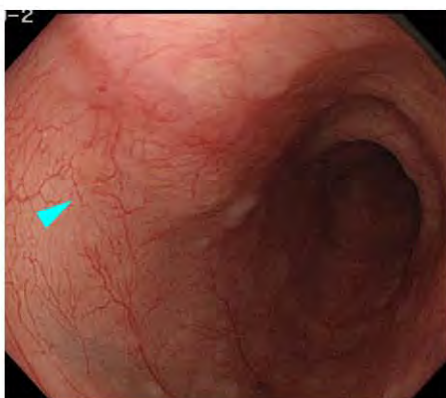
実際の照射時毎のCT画像



(資料3) 特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査

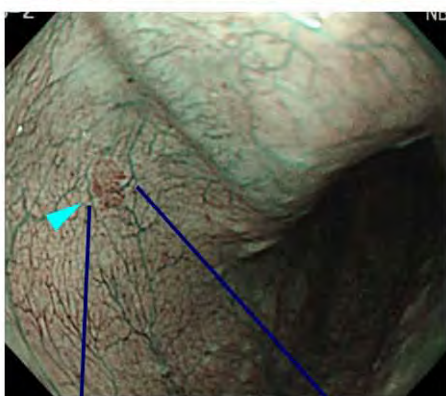
拡大内視鏡とは、通常の内視鏡（5倍程度）に比べて高倍率（100倍程度）での拡大観察が可能な内視鏡である。従来の内視鏡検査では、がん及びポリープの診断にあたり、病理組織検査を実施する必要があったが、拡大内視鏡を用いて消化管表面を拡大し、詳細にその紋様を観察及び分類すること、また、特殊光を用いて画像強調観察を併用することにより、内視鏡検査の段階でより正確な診断を行うことが可能となる。また、同検査を行うことにより、通常の内視鏡では発見できないような微小な癌を発見できるようになり、不必要な生検を行う必要がなくなるなど、病変の早期発見及び低侵襲な内視鏡治療へつなげることができる。

早期食道癌症例



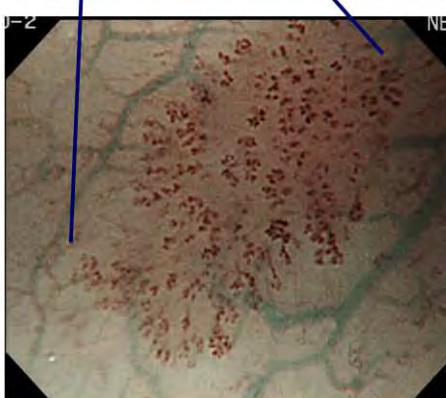
通常内視鏡

矢印の部位に病変が存在するが、認識困難。



拡大内視鏡（非拡大）

特殊光をあてることにより、矢印の部位にある病変を容易に認識できる。

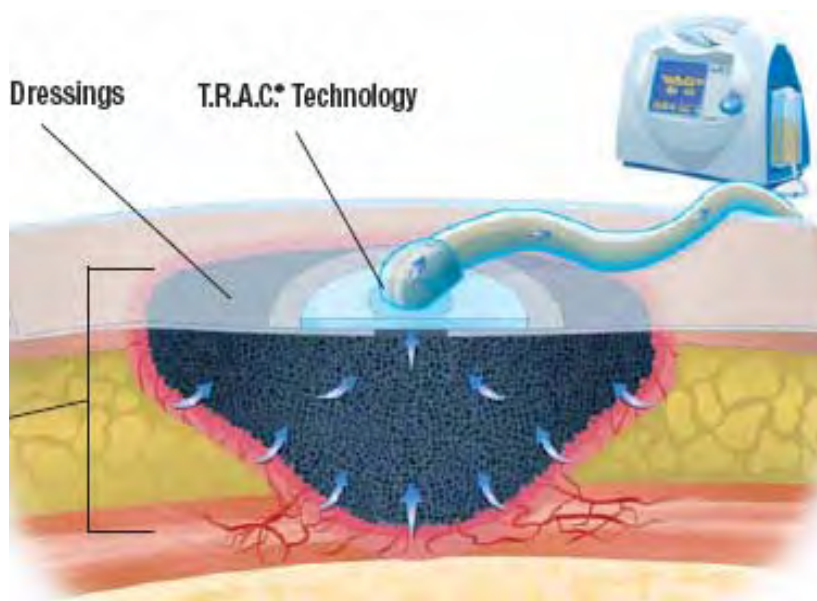


拡大内視鏡（約80倍拡大）

病変を拡大内視鏡で観察すると、癌に伴う異常血管を認識でき、早期食道癌と診断できる。この段階であれば、内視鏡治療が可能。

(資料4) 局所陰圧閉鎖処置

感染・壊死等があり容易に閉鎖しえない複雑性創傷の患者に対して、その創部にフォームを埋め込み、ドレープで密封した後に、チューブを介して陰圧維持装置と接続し、陰圧を持続的に維持する処置である。これにより、創傷治癒を促進することができる。



新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

骨子【I-8】

第1 基本的な考え方

新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。またその他の医療材料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

1. 一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

新 J045-2 一酸化窒素吸入療法 920点（1時間につき）

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①新生児特定集中治療室管理料（A302）
- ②総合周産期特定集中治療室管理料（A303）

2. 胸郭変形矯正用材料に係る技術料の評価

現 行	改定案
K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点	K142-2 脊椎側彎症手術
	1 固定術 37,420点 改
	2 矯正術
	イ 初回挿入術 112,260点 改
	ロ 全体交換術 37,420点 改
	ハ 伸展術 20,540点 改

<p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に 17,400 点を加算する。ただし、加算点数は 69,600 点を限度とする。</p>	<p>注 1及び2の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に <u>18,710 点</u> を加算する。ただし、加算点数は <u>74,840 点</u> を限度とする。 ㊦</p>
--	---

3. 局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価

㊦ J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

1 被覆材を貼付した場合

イ 100 cm²未満 1,600 点

ロ 100 cm²以上 200 cm²未満 1,680 点

ハ 200 cm²以上 1,900 点

注 初回のみ、イにあつては 1,690 点、ロにあつては 2,650 点、ハにあつては 3,300 点を加算する。

2 その他の場合 900 点

4. 皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価

㊦ D231-2 皮下連続式グルコース測定 700 点（一連につき）

[算定要件]

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

5. ペースメーカー、埋込型除細動器、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器に係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術又は区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>ロ イ以外の場合 320点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 460点 ⑨</p> <p>ロ イ以外の場合 320点 ⑩</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、<u>イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。</u> ⑩</p> <p>2 <u>区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術、区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術、区分番号 K599 に掲げる埋込型除細動器移埋術又は、区分番号 K599-3 に掲</u></p>

	<p><u>げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
--	---

6. 血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査、<u>血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定</u>を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>

7. 経皮的カテーテル心筋焼灼術における三次元カラーマッピングに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p>	<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p> <p>注1 <u>三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>

8. 埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

	D210-3 埋込型心電図検査（解析料を含む。）	90 点
新	K597-3 埋込型心電図記録計移植術	1,260 点
	K597-4 埋込型心電図記録計摘出術	840 点

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術（K 597）及びペースメーカー交換術（K 597-2）
- ②両心室ペースメーカー移植術（K 598）及び両心室ペースメーカー交換術（K 598-2）
- ③埋込型除細動器移植術（K 599）及び埋込型除細動器交換術（K 599-2）
- ④両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術（K 599-3）及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術（K 599-4）

9. 末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

新	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術	700 点
---	-----------------------------	-------

10. 胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

新	K651 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590 点
---	------------------------	---------

11. 特定薬剤治療管理料の適応拡大

血中濃度測定による治療管理を行う当該管理料について、シクロスポリンの対象疾患に難治性のアトピー性皮膚炎を追加する。

明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

骨子【Ⅱ－１】

第１ 基本的な考え方

１．明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

２．電子化加算について

平成 18 年度改定において、医療の I T 化を集中的に推進していく観点から、平成 23 年 3 月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、I T 化が遅れていると考えられる診療所を対象とした I T 化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

３．処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

第2 具体的な内容

1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとする。

その際、保険医療機関等においては、その旨を院内掲示等により明示するとともに、明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

「正当な理由」の考え方

① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

② 費用徴収関係（実費徴収が認められる場合）

上記①のイ又はロに該当する場合

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局長等にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局長等に届け出るものとする。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額）を院内に掲示することとする。

2. 電子化加算の見直し

IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



明細書発行体制等加算 1点（再診料に加算）

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨の院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】（初診料に加算） 3点	（廃止）

3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成22年9月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の2桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は1、歯科は3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の7桁の番号）

再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

2. 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、別途要件を追加する。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数（52点）は据え置く。

第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

現 行		改定案	
【再診料】		【再診料】	
1 病院の場合	60点	69点	改
2 診療所の場合	71点		

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、引き続き、懇切丁寧な説明については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算を算定できないこととする。

具体的な通知の改定案は以下のとおり。

現 行	改定案
<p>【外来管理加算】 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>	<p>【外来管理加算】 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する。 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等の理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算は算定できない。

地域医療貢献に対する評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

患者にとって、日常的な診療や健康管理等を行ってくれる診療所の存在は重要であり、特に夜間も含め、急病等の際にいつでも相談に応じてくれる診療所のニーズは高い。

健康上の不安等を気軽に相談できるだけでなく、患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する。

なお、このような患者からの休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少も考えられることから、病院勤務医負担軽減につながることも期待される。

第2 具体的な内容

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。

新 地域医療貢献加算 3点

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

「Ⅰ－６－③」の第２の１．を参照のこと。

2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期間等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

「Ⅰ－６－③」の第２の２．を参照のこと。

3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

「Ⅰ－６－③」の第２の３．を参照のこと。

4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

「Ⅰ－６－③」の第２の４．を参照のこと。

居住系施設等訪問診療料の見直し及び

分かりやすい点数設定について

骨子【Ⅱ－２－(3)(4)】

第１ 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。

また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。

さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。

一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

なお、居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費（Ⅲ）についても同様に算定対象を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の 場合。 830 点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 <u>2 以外の場合</u> 830 点 ㊦</p> <p>2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200 点 ㊦</p>

2. 分かりやすい点数設定について

(1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7 日以内 8,760 点</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 7,330 点</p> <p><u>重症者等を概ね 9 割以上入院させる治療室の場合、所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算する。</u></p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7 日以内 <u>9,200 点</u> ㊦</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 <u>7,700 点</u> ㊦</p> <p>(削除)</p>

(2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

一方、離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

(1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域

(2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域

(3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島

医療安全対策の推進について

骨子【Ⅱ－3】

第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。

また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>50点</p>	<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算 1 85点 ②改</p> <p>2 医療安全対策加算 2 35点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日）</p> <p>100点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管

理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)



医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	<u>100点</u> 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	<u>1,100点</u> 改

4. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

「Ⅱ－４－①」の第２の２.を参照のこと（後述）。

人工腎臓等の適正な評価について

骨子【Ⅱ－４－(1)】

第1 基本的な考え方

現在、人工腎臓の際の透析液等の薬剤費は、入院では出来高評価、入院外では包括評価としている。しかし、全身状態が比較的安定している患者に対して行う慢性維持透析においては、入院と外来で同等の医療が提供されていると考えられる。そこで、入院で行う慢性維持透析について評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 人工腎臓の評価体系について

入院で行う慢性維持透析について包括評価に変更する。なお、入院において、急性腎不全等に対して実施する人工腎臓については、引き続き出来高評価を行う。また、エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するが低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 <u>慢性維持透析の場合</u> ㊦
イ 4時間未満の場合 2,117点	イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u> ㊦
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u> ㊦
ハ 5時間以上の場合 2,397点	ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u> ㊦
2 その他の場合 1,590点	2 その他の場合 <u>1,580点</u> ㊦

2. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

⑨ 透析液水質確保加算 10点（1日につき）

[算定要件]

- ① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用していること。
- ② 専任の透析液安全管理者1名（医師又は臨床工学技士）を配置していること。
- ③ 透析機器安全管理委員会を設置していること。

在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅱ－４－(2)】

第1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅で実施可能な医療の分野が拡大している。在宅にあっても専門的な医療を受けることができるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) 3,800点</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで)</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) <u>8,000点</u> ㊦</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(初回算定から2月までの間、月2回まで)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>関係学会等のマニュアルを参考に在宅血液透析を行うこと。</u></p>

【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) <u>10,000点</u> ㊦
-------------------------------	---

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、<u>J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</u></p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、<u>J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</u></p>

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要な者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅱ－４－(3)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。
「Ⅲ－４－④」の第2の1. を参照のこと（後述）。
2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。
「Ⅲ－４－④」の第2の2. を参照のこと（後述）。

※訪問看護療養費においては、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）とする。

疾病の重症化予防に対する適正な評価について

骨子【Ⅱ－5－(1)】

第1 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合の算定を可能にする。

第2 具体的な内容

入院中にリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 <u>当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</u></p>

障害者歯科医療の充実

骨子【Ⅱ－５－(2)】

1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の１. を参照のこと。

2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の２. を参照のこと。

3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「Ⅰ－６－①」の第２の３. を参照のこと。

質が高く効率的な急性期入院医療の推進について

骨子【Ⅲ－１－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
3. DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

(1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

⑨ 〔項目1〕「データ提出指数」（正確なデータ提出に係る評価）

以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上

⑨ 〔項目2〕「効率性指数」（効率化に対する評価）

⑨ 〔項目3〕「複雑性指数」（複雑性指数による評価）

⑨ 〔項目4〕「カバー率指数」（診断群分類のカバー率による評価）

⑨ 〔項目5〕「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）

以下の各項目の総ポイント数（0～7ポイント）で評価

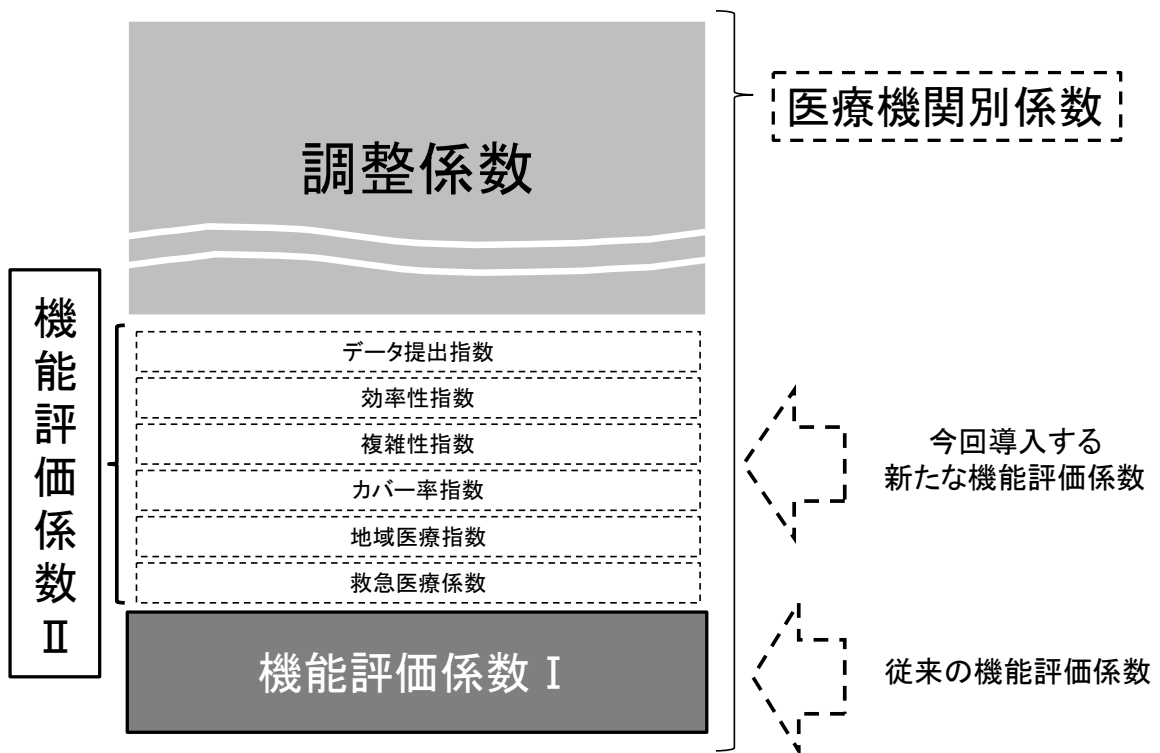
- ①脳卒中地域連携
- ②がん地域連携
- ③地域がん登録
- ④医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤DMAT（災害派遣医療チーム）指定
- ⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
- ⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

⑨ 〔項目6〕「救急医療係数」（救急医療の入院初期診療に係る評価）

(2) 設定方法

- ①調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- ②各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

DPCにおける係数



3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

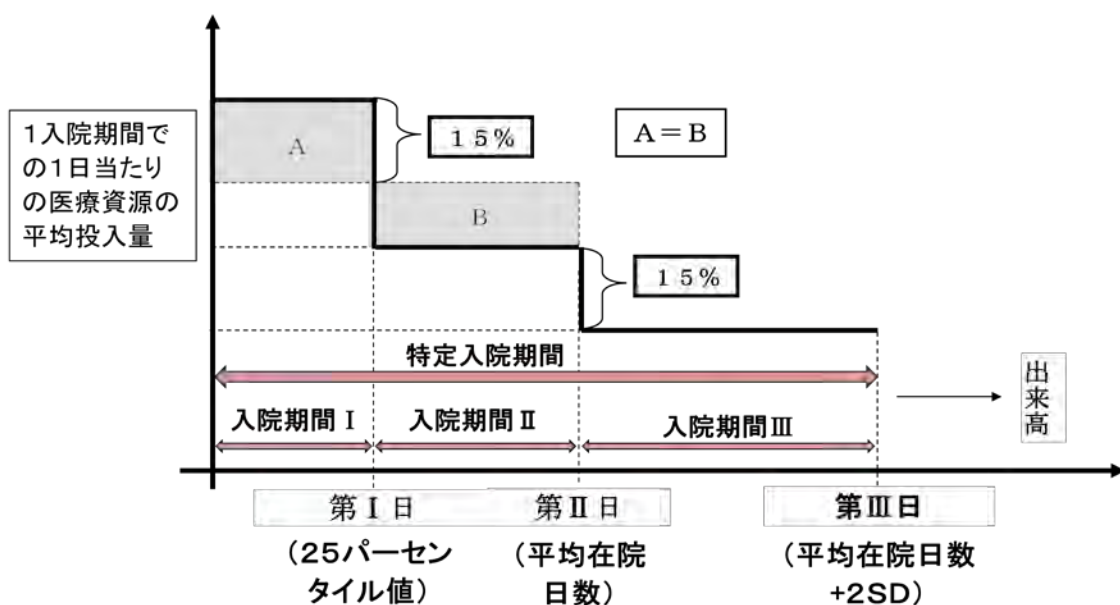
- ② (1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。
- ① 高額薬剤による分岐の追加
 - ② 化学療法レジメによる分岐の追加
 - ③ 副傷病による分岐の精緻化
 - ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し
- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準)

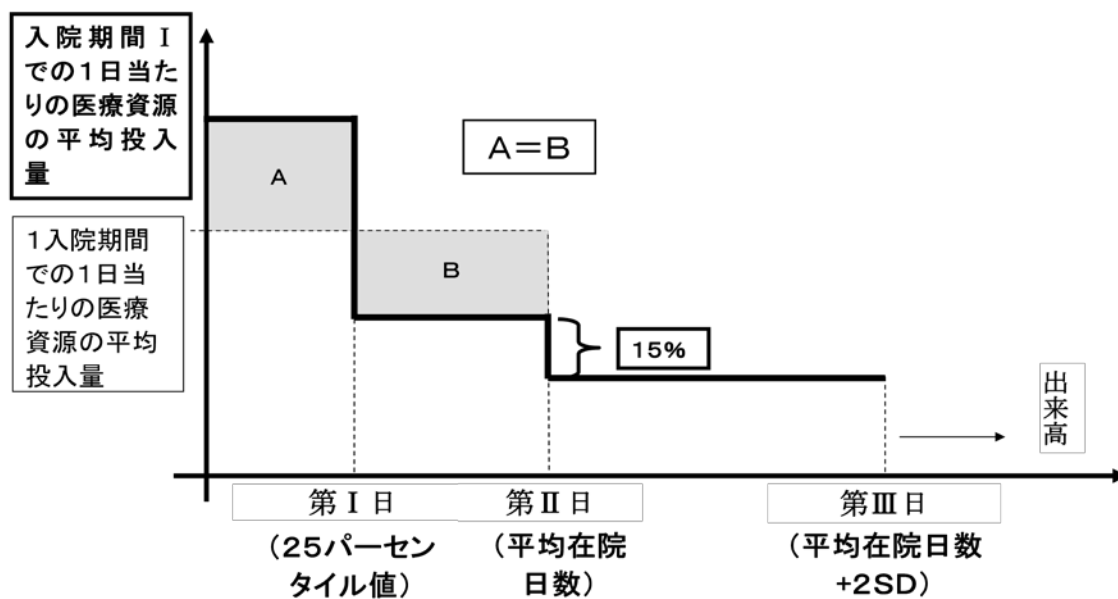
「入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1 SD から平均 + 1 SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1 SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1 SD 以下の場合 : 設定 C

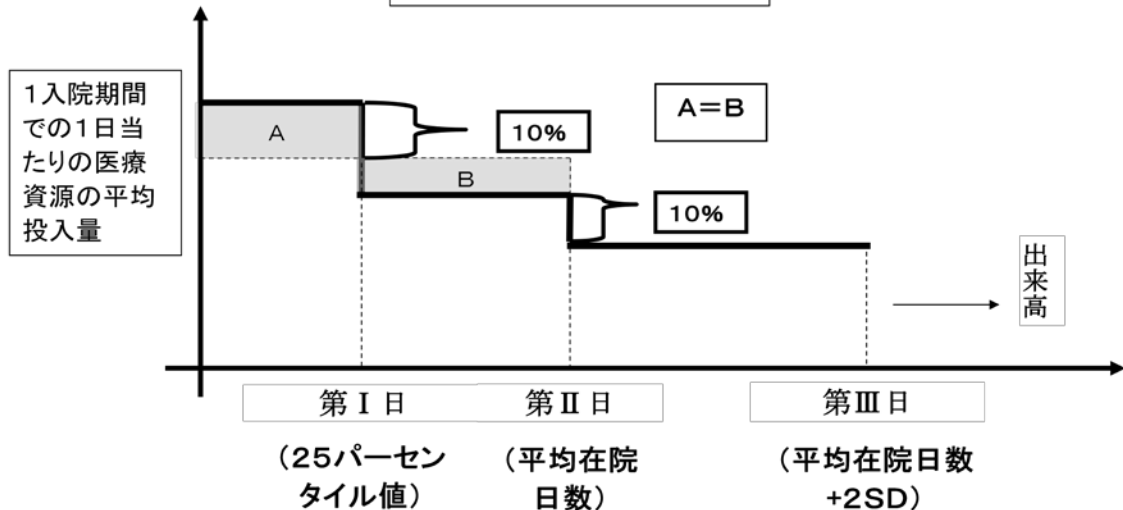
設定方法 A



設定方法 B



設定方法C



4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

② (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

② (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

急性期の医療機関における 入院患者の看護必要度の評価

骨子【Ⅲ－１－(2)】

第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

新 一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ② 当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生局長等に報告すること。

検体検査評価の充実について

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 500点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ① 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ② 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査管理加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査管理加算】 10点/件（最大5件まで） ⑩

安全な麻酔管理体制の評価

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



麻酔管理料（Ⅱ）

1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	100点（1人につき1回）
2	全身麻酔	300点（1人につき1回）

[算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

[施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

医療療養病棟の評価に係る見直し

骨子【Ⅲ－１－(4)】

第１ 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

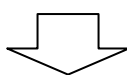
１. 療養病棟入院基本料の見直し

(1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	885点	1,320点	1,709点
ADL 区分 2	750点		
ADL 区分 1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料 1

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	<u>934点</u>	<u>1,369点</u>	<u>1,758点</u>
ADL 区分 2	<u>887点</u>	<u>1,342点</u>	<u>1,705点</u>
ADL 区分 1	<u>785点</u>	<u>1,191点</u>	<u>1,424点</u>

改

[施設基準]

- ①看護職員及び看護補助者が 20 対 1 配置以上であること。
- ②医療区分 2 又は 3 の患者が全体の 8 割以上であること。

(改定案) 療養病棟入院基本料 2

改

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	871点	1,306点	1,695点
A D L 区分 2	824点	1,279点	1,642点
A D L 区分 1	722点	1,128点	1,361点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

(2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

2. 療養病床における後方病床機能の評価

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 2. を参照のこと。

3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

疾患別リハビリテーションの充実について

骨子【Ⅲ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なりハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) <u>(1) (2)以外の場合 245点 改</u> <u>(2) 廃用症候群の場合 235点 新</u>
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) <u>(1) (2)以外の場合 200点 改</u> <u>(2) 廃用症候群の場合 190点 新</u>
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) <u>(1) (2)以外の場合 100点</u> <u>(2) 廃用症候群の場合 100点 新</u>

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p><u>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u> 175点 ⑨</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点 ⑩</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p> <p>[算定要件]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 入院中の患者に対し、運動器リハビリテーションを行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p>

2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 45点 ㊦</p>

3. 維持期のリハビリテーションについて

維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

回復期等における充実した リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。
また、急性期から連続したリハビリテーションが行われる場合に対して配慮する。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
 - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割</u>以上が重症の患者であること</p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

- (2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

新 休日リハビリテーション提供体制加算 60点（1日につき）

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

新 リハビリテーション充実加算 40点（1日につき）

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

- (3) 発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

なお、リハビリテーション提供体制加算を算定している患者については、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。

新 リハビリテーション提供体制加算 50点（1日につき）

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、週平均16単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改 定 案
<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。<u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、当該病室において急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。</u></p>

がん患者や難病患者に対する

リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(3)】

第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。

「Ⅰ－１－④」の第2の3. を参照のこと。

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なリハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うと

ともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 600点 注2 難病患者リハビリテーション料 を行った場合に食事を提供した時 は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) <u>640点</u> 改 <u>短期集中リハビリテーション実施加算</u> (1日につき) <u>退院後1月以内</u> 280点 新 <u>退院後1月を超え3月以内</u> 140点 新</p>

在宅医療を提供する医療機関の充実

骨子【Ⅲ－3－(1)】

第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅医療を受けることができるよう、在宅医療を提供する医療機関の評価を拡充する。特に、在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅移行早期加算の新設

入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるように、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設する。

新 在宅移行早期加算 100点 (月1回)

[算定要件]

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。

3. 在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域の医療機関の役割を鑑み、その要件の変更を行うことにより拡充を図る。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径 4 キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径 4 キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>許可病床数が 200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</u>なお、半径 4 キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径 4 キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

訪問診療の評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(2)】

第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

第2 具体的な内容

1. 往診料の評価の引き上げ

- (1) 症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

現 行	改定案
【往診料】 650点	【往診料】 <u>720点</u> ②

- (2) また、往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に10,000点を加算。</p>

3. 乳幼児加算の新設

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点

在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅲ－３－(3)】

1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（１）を参照のこと。

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（２）を参照のこと。

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。

「Ⅱ－４－②」の第２の２．を参照のこと。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

「重点課題１－３－①」の第２の３．を参照のこと。

患者のニーズに応じた訪問看護の推進

骨子【Ⅲ－４－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、週4日以上訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費を算定可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。
2. 在宅医療における訪問看護の重要性を考慮し、訪問看護のさらなる質の向上を図るため、安全管理体制の整備を要件とし、訪問看護管理療養費を引き上げる。

第2 具体的な内容

- ⑧ 1. 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者であること。
- (2) 週7日の指定訪問看護が計画されていること。

- ⑧ 2. 特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者であること。
- (2) 特別訪問看護指示期間中に週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

3. 安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 7,050 円</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p> 2,900 円</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 <u>7,300 円</u> ②</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p> <u>2,950 円</u> ②</p> <p>[算定要件]</p> <p>訪問看護ステーションにおいて、以下の安全管理体制が整備されていること</p> <p>① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。</p> <p>② 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されている。</p>

乳幼児等への訪問看護の推進について

骨子【Ⅲ－４－(2)】

第1 基本的な考え方

乳幼児等への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護について評価を行う。

第2 具体的な内容

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

（訪問看護療養費）

新	乳幼児加算（3歳未満）	500円（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	500円（1日につき）

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）

新	乳幼児加算（3歳未満）	50点（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	50点（1日につき）

訪問看護におけるターミナルケアに係る

評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(3)】

第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、保険医療機関に搬送された場合においても評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価する。

現 行	改定案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>

<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【居住系施設入居者等訪問看護・指導料 居住系施設等ターミナルケア加算】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した<u>同一建物居住者</u>に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上<u>同一建物居住者</u>訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅲ－４－(4)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

現 行	改定案
<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八 在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>	<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>

<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p>	<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p> <p>六 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>[算定要件] (六について)</p> <p><u>定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</u></p>
---	--

2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員[※]と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。
 (※訪問看護療養費においては看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)とする。)

(訪問看護療養費)



複数名訪問看護加算

看護師等 4,300円(週1回)

准看護師 3,800円(週1回)

(在宅患者訪問看護・指導料)

(同一建物居住者訪問看護・指導料)



複数名訪問看護加算

保健師、助産師又は看護師 430点(週1回)

准看護師 380点(週1回)

[算定要件]

(1) 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※訪問看護療養費においては看護師等とする。

(2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

在宅歯科医療の推進

骨子【Ⅲ－５】

第１ 基本的な考え方

1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者については、
 - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
 - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
 - (3) う蝕や歯周疾患等の歯科疾患が一般の患者に比べて重症化しやすい特性があること
 を踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

第２ 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の評価体系の簡素化

歯科訪問診療の実態も踏まえ、より分かりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療１及び２の算定要件の見直しを行う。

現 行		改定案	
【歯科訪問診療料】（１日につき）		【歯科訪問診療料】（１日につき）	
1	歯科訪問診療 1 830 点	1	歯科訪問診療 1 830 点
2	歯科訪問診療 2 380 点	2	歯科訪問診療 2 380 点

<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">イ</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">90点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合であって、歯科訪問診療料を算定している場合に加算する。</p>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">イ</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">90点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に加算する。</p>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点
イ	1回目	232点											
ロ	2回目以降	90点											
イ	1回目	232点											
ロ	2回目以降	90点											

3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その心身の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止



歯科疾患在宅療養管理料（月1回）

在宅療養支援歯科診療所の場合 140点
（口腔機能管理加算 50点）

その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行

うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。

- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

4. 在宅歯科医療におけるその他の医学管理等の評価の見直し

在宅歯科医療を充実する観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価を引き上げるとともに、全身的な基礎疾患を有する外来患者の歯科治療を行うに当たって、別の医科医療機関の当該患者の担当医からの診療情報提供に基づいて行う医療管理を評価している歯科治療総合医療管理料について、在宅歯科医療においても評価する。

現 行	改定案
【訪問歯科衛生指導料】 1 複雑なもの 350点 2 簡単なもの 100点 【歯科治療総合医療管理料】 （月1回） 140点	【訪問歯科衛生指導料】 1 複雑なもの 360点 ㊦ 2 簡単なもの 120点 ㊦ 【歯科治療総合医療管理料】 （月1回） 140点

<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関における歯科診療（<u>歯科訪問診療料に係る歯科診療を含む。</u>）において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>
--	--

5. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「I-6-①」の第2の3. を参照のこと。

在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【Ⅲ－５】

1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引上げを行う。

「Ⅰ－６－②」の第２の１．を参照のこと。

2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

「Ⅰ－６－②」の第２の２．を参照のこと。

入院時の総合的な評価に基づく介護との連携

骨子【Ⅲ－6】

第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 ㊦ (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の患者（<u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る</u>）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、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

「重点課題2-4」の第2の2. を参照のこと。

調剤料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(1)(2)】

第1 基本的な考え方

1. 長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化することで、患者に分かりやすい点数体系とする。また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行 22 日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。
2. 投与日数にかかわらず 1 調剤当たりの評価とされている湯薬の調剤料について、投与日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57 日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が 15 日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31 日分以上の区分を新設する。

現 行	改定案
【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1 剤につき）	【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】（1 剤につき）
イ 14日分以下の場合	イ 14日分以下の場合
（1）7 日目以下の部分 （1 日分につき）	（1）7 日目以下の部分（1 日分につき）
5 点	5 点
（2）8 日目以上の部分 （1 日分につき）	（2）8 日目以上の部分（1 日分につき）
4 点	4 点

ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点 ハ 22日分以上の場合 77点	ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 ② ハ 22日分以上 <u>30日分以下の場合</u> 81点 ② ニ <u>31日分以上の場合</u> 89点 ③
【一包化薬】 89点 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。	【一包化加算】 ② 注 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、 <u>一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算</u> イ <u>56日分以下の場合</u> 投与日数が7又はその端数を増すごとに <u>30点を加算して得た点数</u> ロ <u>57日分以上の場合</u> 270点 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。

2. 湯薬の調剤料の見直し

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降 28日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29日目以降は一定の評価とする。

現 行	改定案
【湯薬】 (1調剤につき) 190点	【湯薬】 (1調剤につき) イ <u>7日分以下の場合</u> 190点 ② ロ <u>8日分以上 28日分以下の場合</u> (1) <u>7日目以下の部分</u> 190点 ② (2) <u>8日目以上の部分 (1日分につき)</u> 10点 ③ ハ 29日分以上の場合 400点 ③

ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

骨子【Ⅲ－７－(3)】

第1 基本的な考え方

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p><u>注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> ㊦</p> <p><特に安全管理が必要な医薬品> 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬</p>

調剤基本料の特例の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

第1 基本的な考え方

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中度※70%超の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があるとの指摘を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

第2 具体的な内容

調剤基本料の特例について、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその適否を判断することとするとともに、評価の引上げを行う。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 40点 注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 40点 注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき <u>24点</u>を算定する。 改</p>

注のうち、処方せんの受付回数4,000回超/月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんについては、受付回数に含めないこととする。

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点 注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指</p>

<p>な指導を行うこと</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>導を行うこと</p> <p>【薬剤情報提供料】 (処方せんの受付1回につき) 15点</p> <p>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回(処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回)に限り算定する</p>
--	--

後発医薬品の使用促進について

骨子【Ⅳ－１】

第１ 基本的な考え方

１．これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

２．一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成 22 年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるといふ本来の趣旨にそぐわないことから、平成 22 年 4 月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「 *」を付すこととする。

第２ 具体的な内容

１．薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品*の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案												
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">20%以上</td> <td style="text-align: center;">6点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25%以上</td> <td style="text-align: center;">13点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">17点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> </table> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の<u>医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品*の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。</u></p>	1	20%以上	6点	改	2	25%以上	13点	改	3	30%以上	17点	改
1	20%以上	6点	改										
2	25%以上	13点	改										
3	30%以上	17点	改										

(2) 1 回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

(3) また、平成 22 年 4 月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する予定であるが、1 月から 3 月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1 月から 3 月の 3 か月実績で要件を満たす薬局については、7 月から

9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

2. 薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品* への変更調剤

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

- ① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、
- ② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品*の調剤を認めることとする（注1、2）。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品*の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品*の調剤を認めることとする（注3、4）。

(注3) 類似した別剤形の例（各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能）

（内服薬の場合）

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

(3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品*への変更には差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品*への変更には差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

② 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品*又は類似した別剤形の後発医薬品*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

3. 医療機関における後発医薬品*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。



[算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。）

[施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

（先発医薬品の品目名 [企業名]）

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

（先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン]）

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

（先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ]）

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

（先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [田辺三菱製薬]）

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

（先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬]）

（先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン]）

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

（先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬]）

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

（先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ]）

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

（先発医薬品；マルトース輸液 10%）[大塚製薬工場]

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋） [日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－２】

第１ 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所等調査による実勢価格に基づいてその見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

衛生検査所等調査より得られた検体検査実施における実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について検査実施料の適正化を実施する。

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

エックス線撮影料：

アナログ撮影及びデジタル撮影の新設

骨子【IV-3-(1)】

第1 基本的な考え方

デジタルエックス線撮影は、患者の被曝低減が可能であることや、画質改善や計測等の画像処理ができること、大量の画像データを少ないスペースで保管できることなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有している。

平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影との区別を明確化する。

第2 具体的な内容

1. デジタルエックス線撮影料の新設

現 行		改定案	
E002 撮影		E002 撮影	
1 単純撮影	65 点	1 単純撮影	
		イ アナログ撮影	60 点 新
		ロ デジタル撮影	68 点 新
2 特殊撮影 (一連につき)	264 点	2 特殊撮影 (一連につき)	
		イ アナログ撮影	260 点 新
		ロ デジタル撮影	270 点 新
3 造影剤使用撮影	148 点	3 造影剤使用撮影	
		イ アナログ撮影	144 点 新
		ロ デジタル撮影	154 点 新

4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき）
	イ アナログ撮影 192点 ⑨
	ロ デジタル撮影 202点 ⑨

2. デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改定案
【デジタル映像化処理加算】 15点 (平成21年度末までの経過措置)	(廃止)

3. 電子画像管理加算の見直し

現 行	改定案
【電子画像管理加算】	【電子画像管理加算】
イ 単純撮影の場合 60点	イ 単純撮影の場合 <u>57点</u> ⑨
ロ 特殊撮影の場合 64点	ロ 特殊撮影の場合 <u>58点</u> ⑨
ハ 造影剤使用撮影の場合 72点	ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>66点</u> ⑨
ニ 乳房撮影の場合 60点	ニ 乳房撮影の場合 <u>54点</u> ⑨

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-3-(1)】

第1 基本的な考え方

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にある一方で、使用機器の診断性能に見合った評価がなされていないとの指摘があることを踏まえ、画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

16列以上のマルチスライス型CTによる撮影に対する評価を新設する。また、1.5テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を引き上げる。さらに、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

現 行	改定案
E200 コンピューター断層撮影 1 CT撮影 イ マルチスライス型の機器による場合 850点 ロ イ以外の場合 660点	E200 コンピューター断層撮影 1 CT撮影 イ <u>16列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 900点 ⑨ ロ <u>2列以上 16列未満のマルチスライス型の機器による場合</u> 820点 ⑩ ハ <u>イ、ロ以外の場合</u> 600点 ⑪
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) 1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点 2 1以外の場合 1,080点	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) 1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u> ⑫ 2 1以外の場合 <u>1,000点</u> ⑬

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 ㊦

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

骨子【IV-3-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 大腸内視鏡手術の普及が進む中、大腸のポリープ・粘膜切除術に対する現行の評価に関しては、胃・十二指腸と比較して高点数である、難易度に応じた技術の評価となっていない等の指摘がある。
 こうした指摘を踏まえ、腫瘍の良悪性に基づく従来の評価から、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分への見直しを行う。
2. ポリープ・粘膜切除術後の止血に対し、より高い点数設定である小腸結腸内視鏡的止血術を算定している場合があるとの指摘があることから、当該分野について適正化を行う。

第2 具体的な内容

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術について、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

また、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術の算定要件を明確化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点	1 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm未</u> <u>満のもの</u> 5,000点 改
2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点	2 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm以</u> <u>上のもの</u> 7,000点 改

<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>5,360 点</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 <u>ポリープが2 cm 未満のもの</u> 5,000 点 ㊦</p> <p>2 <u>ポリープが2 cm 以上のもの</u> 7,000 点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p>
---------------------------------------	--

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-3-(2)】

第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 眼科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D261	屈折検査 74点	D261	屈折検査 69点 改
D263	矯正視力検査	D263	矯正視力検査
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点		1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 69点 改
	2 1以外の場合 74点		2 1以外の場合 69点 改
D264	精密眼圧測定 85点	D264	精密眼圧測定 82点 改
D265	角膜曲率半径計測 89点	D265	角膜曲率半径計測 84点 改

2. 耳鼻科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D244	自覚的聴力検査	D244	自覚的聴力検査
	1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 400点		1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 350点 改
	2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点		2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 350点 改

3. 内視鏡検査の適正化

現 行	改定案
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) 620 点	D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) <u>600 点</u> 改
D299 喉頭ファイバースコープ 620 点	D299 喉頭ファイバースコープ <u>600 点</u> 改

4. 皮膚科処置の適正化

現 行	改定案
J055 いぼ焼灼法	J055 いぼ焼灼法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改
J056 いぼ冷凍凝固法	J056 いぼ冷凍凝固法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改

後期高齢者医療の診療報酬について

骨子【V】

第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

第2 具体的な内容

1. 対象者を全年齢に拡大する項目

(1) 医科診療報酬における項目

①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記

載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点</p> <p><u>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 <u>手帳記載加算</u> 3点 ㊦</p> <p><u>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</u></p>

③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後も継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【<u>後期高齢者退院時薬剤情報提供料</u>】</p> <p>100点</p> <p>注 <u>後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u> に関して当該患者</p>	<p>【<u>退院時薬剤情報管理指導料</u>】</p> <p>90点 ㊦</p> <p>注 <u>患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u> に関して当該患者の手帳</p>

<p>の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>【薬剤管理指導料】</p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、<u>退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(廃止)</p>
--	---

④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者処置】</p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】</p> <p>(1日につき) <u>24点</u> ㊦</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

<p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 ㊦</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上 500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>
--	--

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ－5」の第2の3. を参照のこと。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に

合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ－７－④」を参照のこと。

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
【後期高齢者診療料】 (1月につき) 600点	(廃止)
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】 (入院初日) 500点	(廃止)
【後期高齢者外来継続指導料】 (退院後最初の診療日) 200点	(廃止)

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料(医科)】	

(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料(調剤)】		
(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援加算】		
(1回限り)	200点	(廃止)

3. 例外的な見直しを行う項目

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

(3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を 65 歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題 2－3－①」の第 2 の 2. を参照のこと。

平成22年2月12日

厚生労働大臣

長 妻 昭 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 遠 藤 久 夫

答 申 書

(平成22年度診療報酬改定について)

平成22年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙6までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

- 1 再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、その在り方について検討を行うこととするほか、財政影響も含め、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 新生児集中治療の評価や小児救急医療の評価、有床診療所・療養病床の後方病床機能の評価を含め、平成22年度診療報酬改定で重点課題として評価した事項については、見直しにおける影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 4 平成22年度診療報酬改定で講じることとした、厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果を検証するとともに、その結果等を踏まえ、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと。
- 5 救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者や地方公共団体をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行うこと。
- 6 看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で、看護職員の配置や夜勤時間に関する要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等について、検討を行うこと。
- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 9 リハビリテーションや精神医療など、平成22年度診療報酬改定で大幅な見直しを行った分野については、その影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

- 1 0 平成22年度診療報酬改定以降順次実施するDPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行うこと。
- 1 1 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 1 2 地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行うこと。
- 1 3 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行うこと。
- 1 4 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。
- 1 5 明細書発行の実施状況等を検証するとともに、その結果も踏まえながら、患者への情報提供の在り方について検討を行うこと。
- 1 6 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
- (1) チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化及び病院勤務医の負担軽減の状況
 - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
 - (4) 義歯修理の実施状況、義歯に関する患者満足度の状況及び歯科技工士の雇用状況
 - (5) 後発医薬品の処方・調剤の状況

なお、上記の事項については、できるだけ早急に取り組を開始するとともに、国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

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

第2節 再診料

A001 再診料

【項目の見直し】

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

60点
71点

69点

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

A002 外来診療料

【注の見直し】

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

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

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

ニ～ツ (略)

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

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

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

ニ～ツ (略)

【注の見直し】

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

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 入院基本料</p> <p>A100 一般病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>4 15対1入院基本料 954点</p> <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>934点</p> <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</p>

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

【注の見直し】

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

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

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

別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

（追加）

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

イ 入院時医学管理加算

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

イ 総合入院体制加算

ロ～リ (略)

ヌ～ル (略)

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

ワ 新生児入院医療管理加算

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

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

タ～キ (略)

ノ・オ (略)

ク～フ (略)

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

ロ～リ (略)

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

ル～ヲ (略)

ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

カ 看護配置加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～キ (略)

ノ 強度行動障害入院医療管理加算

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ク 摂食障害入院医療管理加算

ヤ・マ (略)

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

フ～ア (略)

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

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

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

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

- ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算
- シ 総合評価加算
- エ 呼吸ケアチーム加算
- ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

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

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

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

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

【注の見直し】

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

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

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲

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

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

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。

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

注2 注1本文に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって

【注の見直し】

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

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～チ (略)
リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)
ヌ～ナ (略)

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～チ (略)
リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
ヌ～ナ (略)

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【項目の追加】

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

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。

ラ 慢性期病棟等退院調整加算

ム 総合評価加算
ウ 後発医薬品使用体制加算

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

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

く。)について、適合しなくなった直近3月に限り、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

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

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

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

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

【注の追加】

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

(追加)

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ～へ (略)
ト 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）

ト・チ (略)

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

ヌ 新生児入院医療管理加算(一般病棟に限る。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ク (略)

ヤ・マ (略)

ケ～テ (略)

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

チ・リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ル 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ク (略)

ヤ 強度行動障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

マ 重度アルコール依存症入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

ケ 摂食障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

フ・コ (略)

エ 栄養サポートチーム加算(一般病棟に限る。)

テ～ユ (略)

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

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

シ 新生児特定集中治療室退院調整加算(一般病棟に限る。)

エ 救急搬送患者地域連携紹介加算(一般病棟に限る。)

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

- ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ・リ (略)

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

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

ウ～オ (略)

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

マ 後期高齢者総合評価加算

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

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

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

キ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

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

ヤ～フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものに限る。)

エ 急性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

テ 新生児特定集中治療室退院調整加算

ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

キ 呼吸ケアチーム加算
ユ 後発医薬品使用体制加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

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

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

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

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

【注の追加】

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

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

- イ 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

イ～ト (略)

チ～ヲ (略)

ワ～タ (略)

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

ている患者に限る。)については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算 1	25点
ロ	看護配置加算 2	10点
ハ	夜間看護配置加算 1	80点
ニ	夜間看護配置加算 2	30点

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

イ～ト (略)

チ 特殊疾患入院施設管理加算

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヌ～カ (略)

ヨ 無菌治療室管理加算

タ 放射線治療病室管理加算

レ 重症皮膚潰瘍管理加算

ソ～ナ (略)

ム 急性期病棟等退院調整加算

ウ 総合評価加算

キ 後発医薬品使用体制加算

本料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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

【注の見直し】

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

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

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算（1日につき）

【名称の見直し】

入院時医学管理加算（1日につき）

総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

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

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

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

【項目の見直し】

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

- 1 基幹型 40点
- 2 協力型 20点

【注の見直し】

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

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期

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

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

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算(1日につき)

【点数の見直し】

1 救急医療管理加算	600点	→	800点
2 乳幼児救急医療管理加算	150点		200点

【注の見直し】

<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。))のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	→	<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>
--	---	--

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）

【点数の見直し】

5,000点 → 7,000点

【注の見直し】

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

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

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

【項目の追加】

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

1	15対1 補助体制加算	810点
2	20対1 補助体制加算	610点
3	25対1 補助体制加算	490点
4	50対1 補助体制加算	255点
5	75対1 補助体制加算	180点
6	100対1 補助体制加算	138点

【注の見直し】

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

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

【新設】

(新設)

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

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

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

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算
(1日につき)

【注の見直し】

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

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

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算
(1日につき)

【注の見直し】

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

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

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

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

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【項目の見直し】

300点

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

【注の見直し】

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

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

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

500点

2,500点

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【点数の見直し】

300点 → 400点

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき）

【点数の見直し】

5点 → 10点

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

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

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

【新設】

650点 → 800点

(新設)

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

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

(新設)

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

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

【新設】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)

【点数の見直し】

(新設)

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

A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算 (1日につき)

1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点

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

400点 → 500点

【新設】

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【項目の見直し】

（新設）

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）
200点

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

50点

1 医療安全対策加算 1 85点
2 医療安全対策加算 2 35点

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算
(1日につき)

【点数の見直し】

2,000点

3,000点

A 2 3 8 退院調整加算

【名称の見直し】

退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

【項目の見直し】

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

【注の見直し】

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

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

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

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

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

【注の見直し】

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

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

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

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

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

【新設】

(新設)

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

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

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

【新設】

(新設)

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

【新設】

(新設)

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

A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
(入院初日) 1,000点

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

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（入院初日）

【削除】

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

500点

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

（削除）

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

【名称の変更】

後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

総合評価加算（入院中1回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除

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

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算
(退院時 1 回)

【削除】

【新設】

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

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

100点

(新設)

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

(削除)

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算(週1回) 150点

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

【新設】

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

【項目の見直し】

1 3日以内の期間
イ 救命救急入院料1

9,700点

(新設)

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

A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）
30点

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

1 救命救急入院料1
イ 3日以内の期間
9,700点

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

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

【注の見直し】

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

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

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

を加算する。

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

【注の見直し】

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

イ (略)

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

ハ～チ (略)

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

イ (略)

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

ハ～チ (略)

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の削除】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理

(削除)

【注の追加】

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

(追加)

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

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

【注の見直し】

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

イ (略)

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

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

イ (略)

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

A301-2 ハイケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

ハ～チ（略）

3,700点

ハ～チ（略）

4,500点

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

イ（略）

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

ハ～チ（略）

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

イ（略）

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

ハ～チ（略）

A301-3 脳卒中ケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

8,500点

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

【注の見直し】

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

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

	<p>生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。</p>		<p>分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～チ (略)</p>	<p>→</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）</p> <p>ハ～チ (略)</p>
<p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>2 新生児集中治療室管理料 8,600点</p>	<p>→</p>	<p>10,000点</p>

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。

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

【注の見直し】

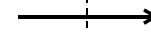
注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。
イ （略）
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及

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

【新設】

び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)
ハ～リ (略)

(新設)



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

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

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日(出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日)を限度として算定する。

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

イ 入院基本料

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

A 3 0 4 広範囲熱傷特定集中治療室
管理料（1日につき）

【削除】

7,890点

（削除）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて広範囲熱傷特定集中治療室管理が行われた場合に、60日を限度として算定する。

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

イ 入院基本料

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

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

）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

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

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

へ 創傷処置

ト 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 皮膚科軟膏処置

リ 留置カテーテル設置

ヌ 第13部第1節の病理標本作製料

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

【注の見直し】

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

イ (略)

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

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

イ (略)

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

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

【項目の追加】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

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

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

A308 回復期リハビリテーション
病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

【注の追加】

(追加)

注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

【注の見直し】

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

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

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

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

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

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

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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

【注の見直し】

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

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

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

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

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

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

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

【点数の見直し】

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

【注の見直し】

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

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 30日以内の期間 3,431点 → 3,451点

【注の見直し】

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

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

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

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,090点 → 1,050点

【注の見直し】

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

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

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

【注の見直し】

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

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

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

A316 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 1,080点
（生活療養を受ける場合にあつては、1,066点）
- 2 15日以上期間 645点
（生活療養を受ける場合にあつては、631点）

（削除）

【削除】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。

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

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

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【注の見直し】

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

イ・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

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

ニ 血液化学検査

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

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

イ・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

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

ゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスホキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料

区分番号L009に掲げるもの

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料（I）

区分番号L009に掲げるもの

ヲ 麻酔管理料（II）

区分番号L010に掲げるもの

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第1部 医学管理等		
B001 特定疾患治療管理料		
3 悪性腫瘍特異物質治療管理料		
【項目の見直し】	イ 測定方法が一般的なもの 220点 ロ 測定方法が精密なもの (1) 1項目の場合 360点 (2) 2項目以上の場合 400点	イ 尿中BTAに係るもの 220点 ロ その他のもの (1) 1項目の場合 360点 (2) 2項目以上の場合 400点
12 心臓ペースメーカー指導管理料		
【項目の見直し】	イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点	イ 遠隔モニタリングによる場合 460点
【注の見直し】	注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては4月に1回に限り、ロにあつ

【注の追加】

(追加)

ては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。

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

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【注の見直し】

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

- ハ 糞便検査
潜血反応検査、ヘモグロビン定性
- ニ 血液形態・機能検査

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

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

赤血球沈降速度測定、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間測定、凝固時間測定

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25ジヒドロキシビタミン D_3 (1, 25(OH) $_2\text{D}_3$)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T_3) 精密測定

赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LD)、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、P及び HPO_4 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25ジヒドロキシビタミン D_3 (1, 25(OH) $_2\text{D}_3$)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T_3)、サイロ

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

チ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、梅毒脂質抗原使用検査 (定量)

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価

ヌ〜ワ (略)

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

チ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、梅毒脂質抗原使用検査

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価 (定性、定量)

ヌ〜ワ (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

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

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

【新設】

(新設)

23 がん患者カウンセリング料 500点

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

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

【点数の見直し】

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

【注の追加】

(追加)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合には、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。

【新設】

(新設)

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料
100点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

B001-3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

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

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理

B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

【注の見直し】

については、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場合は算定できない。

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

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

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

ニ 血液化学検査

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

料を算定しているときは、算定できない。

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

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

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

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

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ （略）

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

ホ 感染症免疫学的検査

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

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ～ヌ （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

【注の見直し】

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

イ （略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査
蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査
赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末梢血液一般検査

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

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

イ （略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査
尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査
赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査

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

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

B005-2 地域連携診療計画管理
料

【注の見直し】

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

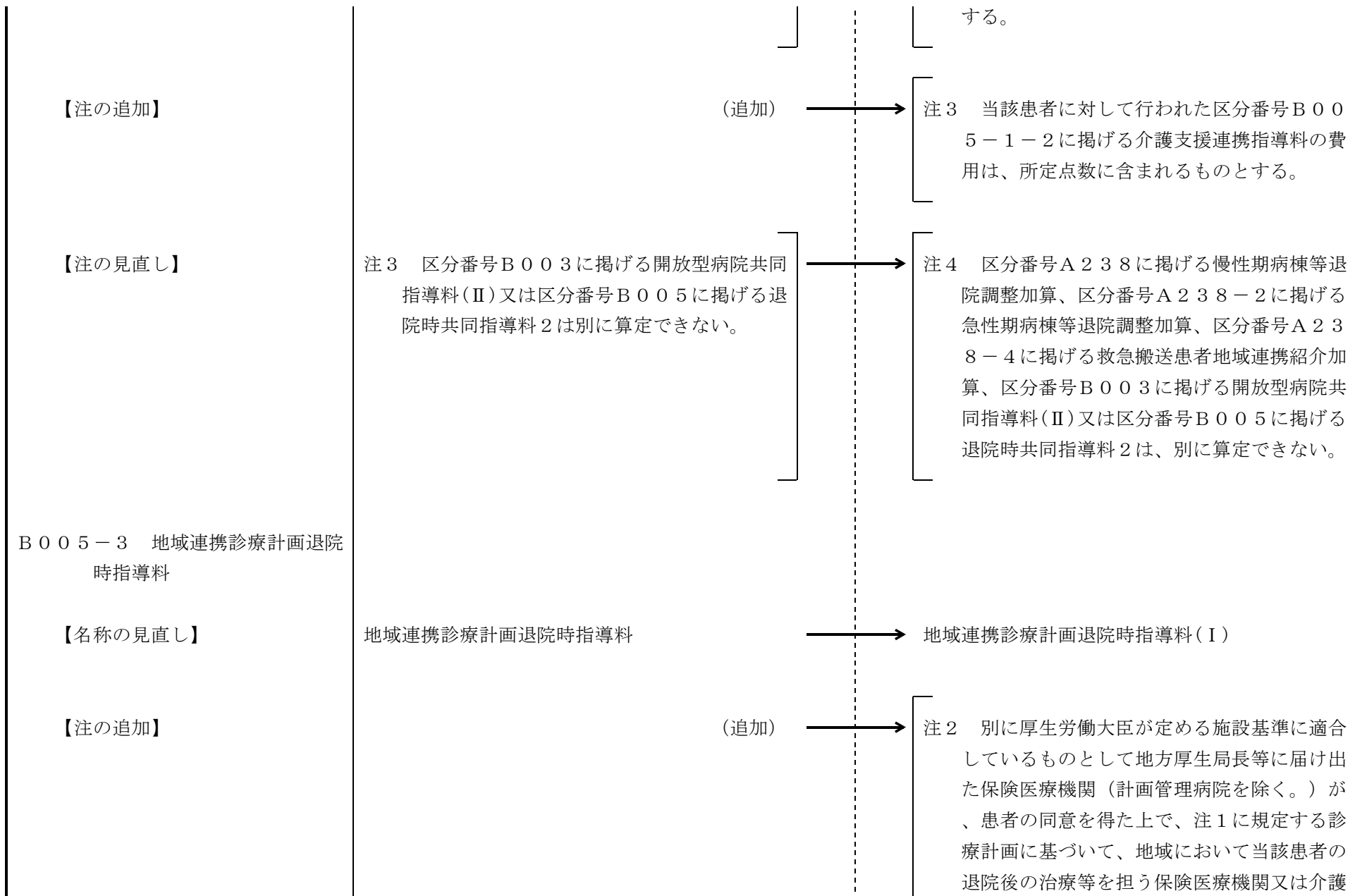
【注の見直し】

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

の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

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

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



サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合には、地域連携診療計画退院計画加算として、所定点数に100点を加算する。

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

【新設】

(新設)

B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導

料(Ⅱ)

300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

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

【新設】

(新設)

B005-6 がん治療連携計画策定料 750点

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

【新設】

(新設)

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

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

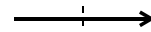
3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

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

【新設】

(新設)



B005-7 認知症専門診断管理料 500点

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

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

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

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

【新設】

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

(新設)

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料
700点

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

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

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

(削除)

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

【注の追加】

B011-3 薬剤情報提供料

【注の見直し】

B011-4 医療機器安全管理料

(追加)

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

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

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

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

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

B 0 1 5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

180点

(削除)

【削除】

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

B 0 1 6 後期高齢者診療料

600点

(削除)

【削除】

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

注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して

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

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

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

（削除）

【削除】

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

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

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第2部 在宅医療		
第1節 在宅患者診療・指導料		
C000 往診料		
【点数の見直し】	650点	720点
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）		
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 830点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点 	<ul style="list-style-type: none"> 1 同一建物居住者以外の場合 830点 2 同一建物居住者の場合 200点
【注の見直し】	<p>注1 1については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規</p>	<p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患</p>

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

（追加）

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

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

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

（追加）

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

C004 救急搬送診療料

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して当該診療を行っ

注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

【注の見直し】

た場合は、所定点数に150点を加算する。

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

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

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

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

に行われる場合に限る。)を限度とする。

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

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

【注の削除】

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

(削除)

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

【名称の見直し】

居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【注の見直し】

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

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

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

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

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

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

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

【注の削除】

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

(削除)

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

000点を加算する。

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

C005-2 在宅患者訪問点滴注射
管理指導料（1週につき）

【注の見直し】

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

【項目の見直し】

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

【注の見直し】

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

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

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

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

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

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

【注の見直し】

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

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

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

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

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

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

【項目の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

【通則の見直し】

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

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

【通則の追加】

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

(追加)

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

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

C100 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

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

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

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【新設】

(新設)

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
500点

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

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

第2款 在宅療養指導管理材料加算

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

<p>C 1 5 6 透析液供給装置加算</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>C 1 6 4 人工呼吸器加算</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>1 陽圧式人工呼吸器</p> <p>2 人工呼吸器</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器</p> <p>【新設】</p>	<p>8,000点</p> <p>6,840点</p> <p>5,930点</p> <p>3,000点</p> <p>(新設)</p>	<p>限る。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>10,000点</p> <p>7,000点</p> <p>6,000点</p> <p>7,000点</p> <p>C 1 7 0 排痰補助装置加算 1,800点</p> <p>注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
--	---	---

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

D007 血液化学検査

【注の見直し】

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

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

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

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

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

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

D008 内分泌学的検査

【注の見直し】

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

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

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

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

D009 腫瘍マーカー

【注の見直し】

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以

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

	<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>	<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>
<p>D014 自己抗体検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>	<p>注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
<p>D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査</p>	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 32点</p>	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 42点 注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。</p>
<p>D018 細菌培養同定検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。</p>	<p>注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。</p>
<p>D022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）</p> <p>【注の新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。</p>

D023 微生物核酸同定・定量検査

【項目の見直し】

6 HCV核酸同定検査

360点

6 HCV核酸同定検査、HPV核酸同定検査

360点

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

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

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

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

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

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

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

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

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

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

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

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

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

) 及び免疫グロブリン
ヨ (略)

び免疫グロブリン
ヨ (略)

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

【注の見直し】

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

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

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

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

D027 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

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

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

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

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

第3節 生体検査料

【通則の追加】

(追加)

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

D206 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【新設】

(新設)

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

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

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

【注の見直し】

注 1 数種目を行った場合でも同時記録を行った最高誘導数により算定する。

注 1 数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。

【注の見直し】

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

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

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

【注の新設】

(新設)

注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定 (一連につき) 700点

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

D 2 3 9 筋電図検査

【注の追加】

(追加)

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

D 2 8 6 肝及び腎のクリアランステスト

【注の見直し】

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

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

D 2 8 7 内分泌負荷試験

【項目の見直し】

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

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

【新設】

（新設）

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

D 3 0 6 食道ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

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

D 3 0 8 胃・十二指腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

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

D 3 1 3 大腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察

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

【注の新設】

第 4 節 診断穿刺・検体採取料

【新設】

【新設】

を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

(新設)

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

(新設)

D 4 0 4 - 2 骨髓生検 730点

注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。

(新設)

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

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

別表1

第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 検体検査料					
第1款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	7	D001 1	(名称の変更)
D001 2	VMA定性	9	9	D001 2	
D001 2	B-J蛋白定性	9	9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	9	D001 2	(名称の変更)
D001 3	ポルフィリン定性	10	10	D001 3	
D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)	10	10	D001 3	(名称の変更)
D001 4	ビリルビン	12	12	D001 4	(名称の変更)
D001 6	ウロビリリン	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	尿中ウロビリノゲン	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	16	D001 5	
D001 6	尿浸透圧	16	16	D001 5	(名称の変更)
D001 7	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	17	D001 6	(名称の変更)
D001 8	尿中N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	41	41	D001 7	(名称の変更)
D001 9	尿中アルブミン定性	49	49	D001 8	(名称の変更)
D001 10	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性	72	72	D001 9	(名称の変更)
D001 10	尿中フィブリン分解産物(FDP)	72	72	D001 9	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロトランスフェリン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中ウロポルフィリン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロアルブミン	115	115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中デルタアミノレブリン酸	115	115	D001 10	(名称の変更)

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 28	アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	190	180	D007 33	(名称の変更)
D007 28	アセトアミノフェン	190	190	D007 34	(名称の変更)
D007 28	膵分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP - 1)	190	190	D007 34	
D007 28	ヒアルロン酸	190	190	D007 34	
D007 28	心室筋ミオシン軽鎖	190	190	D007 34	(名称の変更)
D007 29	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	200	200	D007 35	
D007 29	トリプシン	200	200	D007 35	
- -	MDA - LDL	-	200	D007 35	(新設)
D007 30	赤血球コプロポルフィリン	210	210	D007 36	(名称の変更)
D007 30	膵ホスホリパーゼA ₂ (膵PLA ₂)	210	210	D007 36	(名称の変更)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ	230	230	D007 37	(名称の変更)
D007 31	肝細胞増殖因子(HGF)	230	230	D007 37	
D007 31	CKアイソフォーム	230	230	D007 37	
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	230	D007 37	(名称の変更)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	250	D007 38	(名称の変更)
D007 32	膵分泌液中 -フェト蛋白	250	250	D007 38	
D007 34	ビタミンB ₁	290	270	D007 39	(名称の変更)
D007 33	赤血球プロトポルフィリン	280	280	D007 40	(名称の変更)
D007 33	ビタミンB ₂	280	280	D007 40	
D007 35	プロカルシトニン(PCT)	320	320	D007 41	
D007 36	ビタミンC	330	330	D007 42	(名称の変更)
D007 37	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1,25(OH) ₂ D ₃)	400	400	D007 43	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	100	95	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	109	104	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	129	123	D007 注	
(生化学的検査())					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	55	D008 1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
D015 12	γ - マイクログロブリン(γ - m)	115	115	D015 12	(名称の変更)	
D015 12	プレアルブミン	115	115	D015 12		
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	140	D015 13		
D015 14	α ₁ - マイクログロブリン	150	150	D015 14		
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	150	D015 14		
D015 15	C ₃ プロアクチベータ	160	160	D015 15		
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	170	170	D015 16		
D015 17	ヘモペキシン	180	180	D015 17		
D015 18	血中APRスコア	200	200	D015 18		
D015 18	アトピー鑑別試験	200	200	D015 18		
- -	ヒトTARC	-	200	D015 18		(新設)
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210	210	D015 19		
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	220	220	D015 20		
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	240	240	D015 21		
D015 22	C ₁ インアクチベータ	290	290	D015 22		
D015 23	免疫グロブリンL鎖 / 比	340	340	D015 23		
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン -	420	600	D015 24		(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016		(名称の変更)
D016 1	表面免疫グロブリン(一連につき)	170	170	D016 1		
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	200	D016 2		
D016 3	フローサイトメトリー法によるT細胞・B細胞百分率検査	210	210	D016 3		
D016 4	モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査(一連につき)	220	210	D016 3		
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	220	D016 4		
D016 5	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査	290	270	D016 5		
D016 5	リンパ球幼若化検査(一連につき)	290	350	D016 6		
(微生物学的検査)						
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017		
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	32	42	D017 1		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	注 集菌塗抹法加算	-	32	D017 1	(新設)
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	45	D017 2	
D017 3	その他のもの	25	40	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	130	140	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	130	140	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	130	150	D018 3	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	120	130	D018 4	
D018 4	その他の部位からの検体	110	120	D018 5	
D018 5	簡易培養検査	55	60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	70	80	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	130	140	D019 1	
D019 2	2菌種	170	180	D019 2	
D019 3	3菌種以上	220	230	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	120	130	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	150	200	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	140	180	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	280	290	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	-	300	D022	
D022 1	3薬剤以下	200	-	- -	(削除)
D022 2	4薬剤以上	230	-	- -	(削除)
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査(1菌種当たり)	130	130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定検査	210	210	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	210	210	D023 2	
D023 3	H B V核酸定量検査	290	290	D023 3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査	300	300	D023 4	(名称の変更)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	310	D023 5	
D023 6	HCV核酸同定検査	360	360	D023 6	
- -	HPV核酸同定検査	-	360	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	410	410	D023 7	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸同定検査	410	410	D023 7	(名称の変更)
D023 8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査	430	430	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HCV核酸定量検査	450	450	D023 9	
D023 9	血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査	450	450	D023 9	
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	450	450	D023 9	
D023 9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	450	450	D023 9	(名称の変更)
D023 10	HIV - 核酸定量検査	520	520	D023 10	
D023 10	注 濃縮前処理加算	130	130	D023 10	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550	550	D023 11	
D023 12	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000	6,000	D023 12	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')	55	55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験	70	70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	150	150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査	200	200	D023-2 4	(名称の変更)
D024	動物使用検査	170	170	D024	
(基本的検体検査実施料)					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	140	140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	110	110	D025 2	
第2款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	34	D026 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D026 2	血液学的検査判断料	125	125	D026 2	
D026 3	生化学的検査()判断料	144	144	D026 3	
D026 4	生化学的検査()判断料	144	144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算()	40	40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算()	100	100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算()	300	300	D026 注	
- -	検体検査管理加算()	-	500	D026 注	(新設)
D027	基本的検体検査判断料	604	604	D027	
第3節 生体検査料 (呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	80	80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	130	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	70	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査□	135	135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	135	135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	85	D204	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	1,500	D210-2	
- -	埋込型心電図検査	-	90	D210-3	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	800	D211	
- -	喘息運動負荷試験	-	800	D211-2	(新設)
D212	リアルタイム解析型心電図	500	500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	500	D212-2	
D213	心音図検査	150	150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	2検査	80	80	D214 1	(名称の変更)
D214 2	3又は4検査	130	130	D214 2	(名称の変更)
D214 3	5又は6検査	180	180	D214 3	(名称の変更)
D214 4	7検査以上	220	220	D214 4	(名称の変更)
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	(名称の変更)
D215 2	イ 胸腹部	530	530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	(名称の変更)
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	880	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ロ Mモード法	500	500	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	1,500	D215 3	(名称の変更)
- -	ニ 胎児心エコー法	-	1,000	D215 3	(新設)
D215 4	ドブラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	20	D215 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	150	150	D215 注	
D215 注	パルスドプラ法加算	200	200	D215 注	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	50	-	D216-2	
- -	超音波検査によるもの	-	55	D216-2 1	(新設)
- -	導尿によるもの	-	45	D216-2 2	(新設)
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	360	D217 1	
- -	大腿骨同時撮影加算	-	90	D217 注	(新設)
D217 2	MD法	140	140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	80	D217 3	
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	700	D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200	200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50	50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150	150	D220 2	
D220 2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130	130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50	50	D220 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D221	削除			D221	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	600	D222 2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	200	D225-3	
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	100	100	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	400	400	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	450	D230 2	
D231	人工臓腑(一連につき)	5,000	5,000	D231	
-	-				
-	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	-	700	D231-2	(新設)
D232	食道内圧測定検査	650	650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	800	D233 1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650	650	D417 3	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	350	D417 3	
D417 4	耳	400	400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	400	D417 5	
D417 6	口腔	400	400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	650	D417 8	
D417 9	乳腺	650	650	D417 9	
D417 10	直腸	650	650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	620	D417 12	
- -	心筋	-	5,000	D417 13	(新設)
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	100	D417 注	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	50	D419 3	
- -	前房水採取	-	350	D419 4	(新設)

別表2

第3部 検査（名称を変更する項目）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001 1	蛋白定量	D001 1	尿蛋白
D001 2	糖定量	D001 2	尿グルコース
D001 3	アミラーゼ定性半定量	D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)
D001 4	ビリルビン定量	D001 4	ビリルビン
D001 6	ウロビリニン定量	D001 5	ウロビリニン
D001 6	ウロビリノーゲン定量	D001 5	尿中ウロビリノーゲン
D001 6	浸透圧測定	D001 5	尿浸透圧
D001 7	ボルフィリン症スクリーニングテスト	D001 6	尿中ボルフィリン症スクリーニングテスト
D001 8	N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	D001 7	尿中N - アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)
D001 9	アルブミン定性	D001 8	尿中アルブミン定性
D001 10	黄体形成ホルモン(LH)定性	D001 9	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性
D001 10	線維素分解産物(FDP)測定	D001 9	尿中フィブリン分解産物(FDP)
D001 11	マイクロトランスフェリン精密測定(尿中)	D001 10	尿中マイクロトランスフェリン
D001 11	ウロボルフィリン定量	D001 10	尿中ウロボルフィリン
D001 11	アルブミン定量精密測定	D001 10	尿中マイクロアルブミン
D001 11	デルタアミノレブリン酸定量	D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸
D001 11	ポリアミン	D001 10	尿中ポリアミン
D001 12	ミオイノシトール定量	D001 11	尿中ミオイノシトール
D001 13	コプロボルフィリン定量	D001 12	尿中コプロボルフィリン
D001 14	ポルフォビリノーゲン定量	D001 13	尿中ポルフォビリノーゲン
D001 15	型コラーゲン定量精密測定	D001 14	尿中 型コラーゲン
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定
D003 2	虫卵検査(集卵法)	D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)
D003 2	ウロビリニン定量	D003 2	糞便中ウロビリニン

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

別表3

第3部 検査（1つの検査を2つに分ける項目）

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

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

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

E 2 0 0 コンピューター断層撮影
(CT撮影) (一連につき)

【項目の見直し】

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

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

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

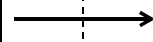
注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。

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

【点数の見直し】

- 1 1.5テスラ以上の機器による場合
- 2 1以外の場合

1,300点
1,080点



1,330点
1,000点

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

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002、G003、G003—3 又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋 肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G0 02に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪 性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、 G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる 中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテ ーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

【新設】

700点)

(新設)

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点

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

【新設】

(新設)

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

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

【新設】

(新設)

G016 硝子体内注射 580点

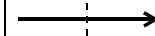
第2款 無菌製剤処理料

700点)

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

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



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

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 心大血管疾患リハビリテー</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>

ション料

【注の見直し】

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

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

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

【項目の見直し】

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

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

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発

H002 運動器リハビリテーション料

【項目の見直し】

- 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 170点
- 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 80点

【注の見直し】

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

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

- 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 175点
- 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 165点
- 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 80点

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

【注の追加】

(追加)

注2 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する。

【注の見直し】

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

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

H003 呼吸器リハビリテーション料

【注の見直し】

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

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

H003-2 リハビリテーション総

合計画評価料

【注の見直し】

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

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

H006 難病患者リハビリテーション料(1日につき)

【点数の見直し】

600点

640点

【注の見直し】

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

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

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

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

【注の削除】

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

(削除)

【注の追加】

(追加)

注2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合	280点
ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合	140点

【新設】

(新設)

H007-2 がん患者リハビリテーション料
(1単位) 200点

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

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

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

I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）

【点数の見直し】

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）

【注の追加】

I 0 0 9 精神科デイ・ケア（1日につき）

1 入院中の患者

70点 → 150点

(追加)

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

3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

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

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

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

る。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

【注の削除】

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

【注の追加】

(追加) → 注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【注の見直し】

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

<p>I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>1,000点</p> <p>（追加）</p> <p>注3 当該保険医療機関において、重度認知症患者デイ・ケア料を算定すべき重度認知症患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。</p>	<p>1,040点</p> <p>注2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>（削除）</p>
---	--	---

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

【点数の見直し】

15点 → 30点

【注の見直し】

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

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

【新設】

(新設)

J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

1 被覆材を貼付した場合

イ 100平方センチメートル未満 1,600点

ロ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,680点

ハ 200平方センチメートル以上 1,900点

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

2 その他の場合 900点

J011 骨髄穿刺

【点数の見直し】

1 胸骨

130点 → 260点

J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）

【項目の見直し】

2	その他	150点	280点	
1	入院中の患者以外の患者に対して行った場合 （別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）		1 慢性維持透析を行った場合	
イ	4時間未満の場合	2,117点	イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ	5時間以上の場合	2,397点	ハ 5時間以上の場合	2,370点
2	その他の場合	1,590点	2 その他の場合	1,580点

【注の見直し】

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

【注の追加】

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

J 0 4 2 腹膜灌流（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期14日に限り1日につき100点を加算する。
- 2 区分番号C 1 0 2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携帯式腹膜灌流の費用は算定しない。

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期の14日の間に限り、1日につき500点を加算する。
- 2 区分番号C 1 0 2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として、算定する。

【新設】

(新設)

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

J 0 5 5 いぼ焼灼法

【点数の見直し】

- 1 3箇所以下 220点
- 2 4箇所以上 270点

- 210点
- 260点

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法

<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 3箇所以下 2 4箇所以上</p>	
<p>J 0 7 0 - 2 干涉低周波による膀胱等刺激法</p>		
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>J 2 0 0 腰部固定帯加算（初回のみ）</p>		
<p>【名称の変更】</p>	<p>腰部固定帯加算（初回のみ）</p>	

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254（1を算定する場合に限る。）、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K800-3、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

【通則の見直し】

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

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

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

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

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

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

【通則の見直し】

00に相当する点数を加算する。

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

点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K 6 1 8に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK 9 1 4に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【通則の見直し】

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

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

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K002 デブリードマン

【注の追加】

(追加)

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

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

【注の新設】

(新設)

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

K013 分層植皮術

【注の見直し】

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

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

K013-2 全層植皮術

【注の見直し】

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

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

K 1 3 4 椎間板摘出術

【注の新設】

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

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

(新設)

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

K 1 4 2 脊椎固定術

【注の見直し】

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

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

K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術

【注の見直し】

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

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

K 1 4 2 - 3 内視鏡下脊椎固定術
(胸椎又は腰椎前方固定)

【注の見直し】

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

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

第3款 神経系・頭蓋

K 1 4 5 穿頭脳室ドレナージ

【注の削除】

注 3歳以上6歳未満の幼児の場合は、60点を加算する。

(削除)

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

【注の新設】

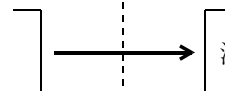
(新設)

注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。
2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。

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

【注の見直し】

注 3月に1回に限り算定する。



注 1月に1回に限り算定する。

第4款 眼

K 2 5 4 角膜切除術

【項目の見直し】

【注の新設】

2,650点



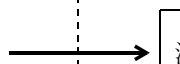
- 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
10,000点
- 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
- 2 その他のもの
2,650点

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の新設】

(新設)



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

K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管
再建手術を併施するもの）

【注の見直し】

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000
点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500
点を加算する。

第8款 心・脈管

K 5 5 0 - 2 経皮的冠動脈血栓吸引
術

【注の新設】

（新設）

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定
しない。

【新設】

（新設）

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

【新設】

（新設）

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

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

【注の追加】

(追加)

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

K 6 0 1 人工心肺（1日につき）

【注の見直し】

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

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

K 6 1 3 腎血管性高血圧症手（経皮的腎血管拡張術）

【注の新設】

(新設)

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

K 6 1 5 - 2 経皮的動脈遮断術 1,390点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

K 6 1 6 - 3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心

第9款 腹部

【新設】

第10款 尿路系・副腎

【新設】

K 8 2 1 - 3 尿道ステント前立腺部
尿道拡張術

疾患術後に限る。) 24,550点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 10,800点

注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 8 0 0 - 3 膀胱水圧拡張術 5,500点

注1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。

2 灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の削除】

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

(削除)

【注の追加】

(追加)

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

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

【注の見直し】

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

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

K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

【注の見直し】

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

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

K 9 3 2 創外固定器加算

【注の見直し】

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

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

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 5、K 6 5 5-2、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 1-2、K 7 1 6、

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 5、K 6 5 5-2、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 7 0 2、K 7 0 3、

K936-2 自動吻合器加算

【注の見直し】

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

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

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

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

別表1

第10部 手術

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K003	3	3,000平方センチメートル以上	3,700	4,810	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
	1	長径3センチメートル未満	3,480	3,480	1	
K004	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	7,060	9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	9,450	14,170	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004	
K005	1	長径3センチメートル未満	2,110	2,110	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	4,360	2	
	3	長径6センチメートル以上	5,610	7,290	3	
K006		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	3,670	2	
K006-2	3	長径4センチメートル以上	4,360	4,360	3	
		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	1,280	1	
K006-3	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	3,230	2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	4,160	3	
		鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
K006-4	1	長径2センチメートル未満	1,660	1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	4,360	3	
K006-4		鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	3,230	2	
K006-4	3	長径6センチメートル以上	4,160	4,160	3	
		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)			K006-4	
	1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	1,280	1	
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	2,050	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K007	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230	3,230	3	
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160	4,160	4	
		皮膚悪性腫瘍切除術			K007	
	1	広汎切除	18,000	21,700	1	
K008	2	単純切除	11,000	11,000	2	
		腋臭症手術			K008	
	1	皮弁法	5,730	5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	1,660	3	
(形成)						
K009		皮膚剥削術			K009	
	1	25平方センチメートル未満	1,490	1,490	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	3,360	4,370	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	5,360	6,970	3	
K010	4	200平方センチメートル以上	8,070	10,490	4	
		瘢痕拘縮形成手術			K010	
	1	顔面	9,740	9,740	1	
	2	その他	8,060	8,060	2	
K011		顔面神経麻痺形成手術			K011	
	1	静的なもの	14,700	14,700	1	
	2	動的なもの	26,000	39,000	2	
K012		削除			K012	
K013		分層植皮術			K013	
	1	25平方センチメートル未満	5,000	3,330	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,000	4,590	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	6,660	3	
	4	200平方センチメートル以上	13,000	20,150	4	
K013-2		全層植皮術			K013-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K014	1	25平方センチメートル未満	10,000	10,000	1	【名称の見直し】 【新設】
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	12,500	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	20,000	21,700	3	
	4	200平方センチメートル以上	30,000	31,350	4	
		皮膚移植術(生体・培養)	4,700	4,700	K014	
		皮膚移植術(死体)			K014-2	
		200平方センチメートル未満	-	5,190	1	
		200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	-	6,920	2	
		500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	-	10,380	3	
		1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	-	25,320	4	
		3,000平方センチメートル以上	-	28,930	5	
K015		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			K015	
K016	1	25平方センチメートル未満	3,760	3,760	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,830	8,800	2	
	3	100平方センチメートル以上	10,400	15,600	3	
K017		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	32,850	K016	
K018		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	43,000	64,500	K017	
K019		削除			K018	
K020		複合組織移植術	11,700	11,700	K019	
K021		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	49,200	73,800	K020	
K021-2		粘膜移植術			K021	
K021-2	1	4平方センチメートル未満	5,010	5,010	1	
	2	4平方センチメートル以上	5,500	5,500	2	
K022		粘膜弁手術			K021-2	
	1	4平方センチメートル未満	6,860	8,920	1	
K022-2		2	4平方センチメートル以上	7,250	9,430	2
		組織拡張器による再建手術(一連につき)	10,400	13,520	K022	
		象皮病根治手術			K022-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	1	大腿	16,200	21,060	1	
	2	下腿	11,300	14,690	2	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹						
(筋膜、筋、腱、腱鞘)						
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840	840	K023	
K024		筋切離術	2,370	2,370	K024	
K025		股関節内転筋切離術	3,390	3,390	K025	
K026		股関節筋群解離術	9,340	9,340	K026	
K026-2		股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	16,700	K026-2	
K027		筋炎手術			K027	
	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	2,060		1
	2	その他の筋	1,210	1,210		2
K028		腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	2,050	K028	
K029		筋肉内異物摘出術	2,840	2,840	K029	
K030		四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	6,060		1
	2	手、足	3,750	3,750		2
K031		四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	12,200	15,860		1
	2	手、足	10,200	10,200		2
K032		削除			K032	
K033		筋膜移植術			K033	
	1	指(手、足)	6,070	6,070		1
	2	その他のもの	8,180	8,180		2
K034		腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	3,300	K034	
K035		腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	6,760	8,790	K035	
K035-2		腱滑膜切除術	6,760	6,760	K035-2	
K036		削除			K036	

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K083 K083-2	1	肩、股、膝	33,900	50,850	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	26,300	26,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,800	15,340	3	
		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	2,030	K083	
		内反足足板挺子固定	2,030	2,030	K083-2	
(四肢切断、離断、再接合)						
K084		四肢切断術			K084	
	1	肩甲帯	21,600	28,080	1	
	2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	14,400	18,710	2	
	3	指(手、足)	3,330	3,330	3	
K084-2		肩甲帯離断術	21,600	28,080	K084-2	
K085		四肢関節離断術			K085	
	1	肩、股、膝	15,400	20,020	1	
	2	肘、手、足	10,100	10,100	2	
	3	指(手、足)	3,330	3,330	3	
K086		断端形成術(軟部形成のもの)			K086	
	1	指(手、足)	2,770	2,770	1	
	2	その他	3,300	3,300	2	
K087		断端形成術(骨形成を要するもの)			K087	
	1	指(手、足)	6,100	6,100	1	
	2	その他	8,760	8,760	2	
K088		切断四肢再接合術			K088	
	1	四肢	64,400	96,600	1	
	2	指(手、足)	36,400	54,600	2	
(手、足)						
K089		爪甲除去術	640	640	K089	
K090		ひょう疽手術			K090	
	1	軟部組織のもの	990	990	1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K243 K244 K245	4	斜筋手術	6,610	8,590	4	
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,430	9,460	5	
		義眼台包埋術	3,950	5,140	K243	
		眼筋移動術	12,400	18,600	K244	
		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	4,340	5,640	K245	
(角膜、強膜)						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	2,980	K246	
K247		削除			K247	
K248		角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	980	K248	
K248-2		顕微鏡下角膜剥離術	980	980	K248-2	
K249		角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	990	K249	
K250		角膜切開術	990	990	K250	
K251		削除			K251	
K252		角膜・強膜異物除去術	650	650	K252	
K253		削除			K253	
K254		治療的角膜切除術	2,650	-	K254	【名称の見直し】
		エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	-	10,000	1	【項目の見直し】
		その他のもの	-	2,650	2	
K255		強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	7,700	K255	
K256		角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	2,650	K256	
K257		角膜表層除去併用結膜被覆術	4,090	5,320	K257	
K258		削除			K258	
K259		角膜移植術	39,800	54,800	K259	
K260		強膜移植術	12,700	14,470	K260	
K261		角膜形成手術	2,350	3,060	K261	
K262		削除			K262	
(ぶどう膜)						

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

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

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

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
	その他のもの	-	1,520	2		
K338-2	鼻甲介切除術(高周波電気凝固法によるもの)	900	削除	K338-2		
K339	粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,590	2,590	K339		
K340	鼻茸摘出術	1,680	1,680	K340		
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	5,280	K340-2		
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	3,020	K341		
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	10,850	K342		
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343		
	1 切除	17,000	17,000	1		
	2 全摘	34,700	34,700	2		
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	15,700	20,410	K344	【名称の見直し】	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	10,800	14,040	K345		
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346		
	1 単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	2,800	1		
	2 複雑なもの(骨性閉鎖)	16,000	20,800	2		
K347	鼻中隔矯正術	5,280	5,280	K347		
K347-2	変形外鼻手術	10,200	12,610	K347-2		
(副鼻腔)						
K348	削除			K348		
K349	上顎洞開窓術	2,000	2,000	K349		
K350	前頭洞充填術	6,510	8,460	K350		
K351	上顎洞血瘤腫手術	8,000	10,400	K351		
K352	上顎洞根治手術	5,120	5,120	K352		
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	5,120	K352-2		
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120	5,120	K352-3		
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	7,230	K353		
K354	篩骨洞根治手術	9,210	11,970	K354		
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	7,430	K355		

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

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	3,890	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	11,410	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリープ切除術			K389	
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990	2,990	1	
	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	4,300	2	
K390	喉頭異物摘出術			K390	
	1 直達鏡によらないもの	2,920	2,920	1	
	2 直達鏡によるもの	4,040	5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
	1 直達鏡によるもの	4,090	5,320	1	
	2 開胸手術によるもの	22,300	28,990	2	
K392	喉頭蓋切除術	2,450	2,450	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	2,450	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420	3,420	1	
	2 直達鏡によるもの	4,310	4,310	2	
K394	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
	1 切除	33,100	33,100	1	
	2 全摘	30,900	40,170	2	
K395	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	63,300	94,950	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	1,040	K396-2	
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	7,920	10,300	K397	

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K407	1	口蓋粘膜に限局するもの	400	400	1	【項目の見直し】
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	6,720	2	
	顎・口蓋裂形成手術				K407	
	1	軟口蓋のみのももの	8,590	11,170	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	14,300	18,590	2	
K407-2	3	顎裂を伴うもの	14,900	-	3	
		片側	-	19,360	イ	
		両側	-	29,040	ロ	
		軟口蓋形成手術	7,800	7,800	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)						
K408		口腔底膿瘍切開術	700	700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	5,230	5,230	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	18,500	18,500	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	4,730	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	17,300	K412	
K413		舌腫瘍摘出術			K413	
	1	粘液嚢胞摘出術	940	1,220	1	
	2	その他のもの	3,140	3,140	2	
K414		舌根甲状腺腫摘出術	6,550	6,550	K414	
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	6,550	K414-2	
K415		舌悪性腫瘍手術			K415	
	1	切除	11,700	14,470	1	
	2	亜全摘	32,900	49,350	2	
K416 及び K417		削除			K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	4,490	5,840	K418	
K418-2		舌繫痕性短縮矯正術	2,650	2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	450	560	K419	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K420	削除			K420	
(顔面)					
K421	口唇腫瘍摘出術			K421	
	1 粘液嚢胞摘出術	910	910	1	
	2 その他のもの	3,370	3,370	2	
K422	口唇悪性腫瘍手術	18,700	21,700	K422	
K423	頬腫瘍摘出術			K423	
	1 粘液嚢胞摘出術	910	910	1	
	2 その他のもの	3,370	3,370	2	
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900	17,900	K424	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	39,600	59,400	K425	
K426	口唇裂形成手術(片側)			K426	
	1 口唇のみの場合	7,800	10,140	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	14,470	2	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	13,100	17,030	3	
K426-2	口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
	1 口唇のみの場合	11,700	14,470	1	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	18,300	2	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	19,700	25,610	3	
(顔面骨、顎関節)					
K427	頬骨骨折観血的整復術	8,930	11,610	K427	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	27,000	K427-2	
K428	下顎骨折非観血的整復術	1,240	1,240	K428	
K429	下顎骨折観血的手術			K429	
	1 片側	10,000	10,000	1	
	2 両側	14,700	19,110	2	
	下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
	片側	-	21,700	1	【新設】

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K445	3	再建の場合	18,500	27,750	3	
	4	骨移動を伴う場合	27,800	41,700	4	
K446		顎関節形成術	21,600	32,400	K445	
		顎関節授動術			K446	
	1	徒手の授動術(パンピングを併用した場合)	990	990	1	
	2	顎関節鏡下授動術	4,320	5,620	2	
K447	3	開放授動術	13,500	17,550	3	
		顎関節円板整位術			K447	
	1	顎関節鏡下円板整位術	12,600	14,470	1	
	2	開放円板整位術	17,000	21,700	2	
(唾液腺)						
K448		がま腫切開術	820	820	K448	
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	900	K449	
K450		唾石摘出術			K450	
	1	表在性のもの	640	640	1	
	2	深在性のもの	3,770	3,770	2	
	3	腺体内に存在するもの	5,540	5,540	3	
K451		がま腫摘出術	4,580	4,580	K451	
K452		舌下腺腫瘍摘出術	4,610	4,610	K452	
K453		顎下腺腫瘍摘出術	7,410	7,410	K453	
K454		顎下腺摘出術	7,440	7,440	K454	
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	20,000	21,700	K455	
K456		削除			K456	
K457		耳下腺腫瘍摘出術			K457	
	1	耳下腺浅葉摘出術	16,100	20,930	1	
	2	耳下腺深葉摘出術	18,400	23,920	2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
	1	切除	19,000	21,700	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K459 K460	2	全摘	28,700	28,940	2	
		唾液腺管形成手術	6,720	8,740	K459	
		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	6,720	8,740	1	
	2	結膜嚢内へのもの	8,320	10,820	2	
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
	1	片葉のみの場合	7,500	7,500	1	
	2	両葉の場合	9,000	9,000	2	
K462		パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	16,000	K462	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	18,600	18,600	1	
	2	全摘及び亜全摘	23,700	23,700	2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	9,280	12,060	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	20,000	30,000	2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	20,000	30,000	K465	
(その他の頸部)						
K466		斜角筋切断術	3,760	3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	6,760	8,790	K467	
K468		頸肋切除術	6,260	8,140	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	12,400	16,120	1	
	2	両側	17,100	22,230	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	21,200	27,560	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	3,720	K471	
第7款 胸部						
(乳腺)						

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K579-2	2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	53,200	64,410	2	
		完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
K580	1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	82,500	107,350	1	
	2	ファロー四徴症手術を伴うもの	119,000	143,140	2	
K581		ファロー四徴症手術			K580	
	1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000	71,000	1	
K582	2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	80,500	93,040	2	
		肺動脈閉鎖症手術			K581	
K583	1	単独のもの	92,000	100,200	1	
	2	ラステリ手術を伴うもの	90,200	128,820	2	
K584	3	巨大側副血管術を伴うもの	131,000	171,760	3	
		両大血管右室起始症手術			K582	
K585	1	単独のもの	72,000	85,880	1	
	2	右室流出路形成を伴うもの	101,000	128,820	2	
K586	3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ピング奇形手術)	120,300	143,140	3	
		大血管転位症手術			K583	
K587	1	心房内血流転換手術(マスタートド・セニング手術)	82,400	114,510	1	
	2	大血管血流転換術(ジャテーン手術)	100,900	107,350	2	
K588	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	112,000	128,820	3	
	4	ラステリ手術を伴うもの	90,200	114,510	4	
K589		修正大血管転位症手術			K584	
	1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	52,000	78,000	1	
K590	2	根治手術(ダブルスイッチ手術)	162,500	162,500	2	
		総動脈幹症手術			K585	
K591		単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
	1	両方向性グレン手術	70,000	71,570	1	
K592	2	フォンタン手術	78,000	85,880	2	
	3	心室中隔造成術	146,000	146,000	3	

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K599-4	両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200	3,200	K599-4	
K600	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			K600	
1	初日	8,780	8,780	1	
2	2日目以降	3,680	3,680	2	
K601	人工心肺(1日につき)			K601	
1	初日	24,500	24,500	1	
2	2日目以降	3,000	3,000	2	
K602	経皮的心肺補助法(1日につき)			K602	
1	初日	11,100	11,100	1	
2	2日目以降	3,120	3,120	2	
K603	補助人工心臓(1日につき)			K603	
1	初日	30,000	45,000	1	
2	2日目以降30日目まで	5,000	5,000	2	
3	31日目以降	4,000	4,000	3	
K604	埋込型補助人工心臓			K604	
1	初日(1日につき)	30,000	45,000	1	
2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	5,000	2	
3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	4,000	3	
4	91日目以降(1月につき)	6,000	6,000	4	
K605	移植用心採取術	49,300	61,200	K605	
K605-2	同種心移植術	104,100	143,140	K605-2	
K605-3	移植用心肺採取術	74,200	92,020	K605-3	
K605-4	同種心肺移植術	150,000	198,990	K605-4	
(動脈)					
K606	血管露出術	530	530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	8,610	8,610	1	
2	その他のもの	3,130	3,130	2	

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	2			2	
K672	胆嚢摘出を含まないもの	22,700	22,700		
	胆嚢摘出術	15,200	19,760	K672	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	20,300	K672-2	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	27,600	28,940	K673	
K674	総胆管拡張症手術	28,000	28,000	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1			1	
	胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	28,500	29,930		
	2			2	
	肝切除(葉以上)を伴うもの	50,500	75,750		
	3			3	
	膵頭十二指腸切除を伴うもの	65,300	97,950		
	4			4	
	膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	112,000	139,680		
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	47,200	70,800	K677	
	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	【新設】
	血行再建あり	-	121,050	1	
	血行再建なし	-	97,050	2	
K678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	16,300	K678	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	10,500	K679	
K680	総胆管胃(腸)吻合術	17,300	21,700	K680	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,200	9,200	K681	
K682	胆管外瘻造設術			K682	
	1			1	
	開腹によるもの	12,300	12,300		
	2			2	
	経皮経肝によるもの	10,800	10,800		
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	10,800	K682-2	
K683	削除			K683	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	37,800	56,700	K684	
K685	内視鏡的胆道碎石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	9,830	9,830	K685	
K686	内視鏡的胆道拡張術	9,180	11,930	K686	
K687	内視鏡的乳頭切開術			K687	

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

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

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

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

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

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K743-3	脱肛根本手術	5,360	5,360	K743-3	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	5,360	K743-4	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	3,750	K743-5	
K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750	3,750	K743-6	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	3,110	K744	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	2,050	K745	
K746	痔瘻根治手術			K746	
	1 単純なもの	3,750	3,750	1	
	2 複雑なもの	7,400	7,400	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	7,400	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
	1 切除	20,100	21,700	1	
	2 直腸切断を伴うもの	42,300	63,450	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
	1 癒痕切除又は縫縮によるもの	3,990	3,990	1	
	2 組織置換によるもの	14,000	18,200	2	
K751	鎖肛手術			K751	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	2,100	1	
	2 会陰式	12,800	14,470	2	
	3 仙骨会陰式	21,800	32,700	3	
	4 腹会陰、腹仙骨式	39,800	59,700	4	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	24,700	37,050	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	46,600	69,900	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
	1 肛門狭窄形成手術	5,580	5,580	1	
	2 直腸粘膜脱形成手術	6,600	6,600	2	

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

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

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

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

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

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

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

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

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K860 K860-2	2	遊離植皮によるもの	11,300	14,470	2	
	3	膣断端挙上によるもの	18,400	21,700	3	
	4	腸管形成によるもの	24,200	31,460	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	31,500	47,250	5	
		膣壁形成手術	5,650	5,650	K860	
	膣断端挙上術(膣式、腹式)	19,500	22,450	K860-2		
(子宮)						
K861		子宮内膜搔爬術	1,180	1,180	K861	
K862		クレニッヒ手術	7,710	7,710	K862	
K863		腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	19,100	K863	
K863-2		子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	11,000	14,300	K863-2	
K864		子宮位置矯正術			K864	
	1	アレキサングー手術	4,040	4,040	1	
	2	開腹による位置矯正術	5,800	5,800	2	
	3	癒着剥離矯正術	8,320	10,820	3	
K865		子宮脱手術			K865	
	1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	10,000	13,000	1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	10,000	13,000	2	
	3	マンチェスター手術	10,800	10,850	3	
	4	膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	19,200	21,700	4	
K866		子宮頸管ポリープ切除術	990	990	K866	
K866-2		子宮腔部冷凍凝固術	990	990	K866-2	
K867		子宮頸部(膣部)切除術	3,330	3,330	K867	
K867-2		子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	470	K867-2	
K867-3		子宮頸部摘出術(膣部切断術を含む。)	3,330	3,330	K867-3	
K867-4		子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	3,330	K867-4	
K868から K870まで		削除			K868から ら	
K871		子宮息肉様筋腫摘出術(膣式)	3,980	3,980	K871	

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

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

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

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

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

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K922	造血幹細胞移植			K922	【項目の見直し】
	骨髄移植			1	
	同種移植の場合	-	65,600	イ	
	自家移植の場合	-	25,000	ロ	
	末梢血幹細胞移植			2	
	同種移植の場合	-	65,600	イ	
	自家移植の場合	-	30,000	ロ	
	臍帯血移植	-	44,300	3	
K922-2	臍帯血移植	44,300	削除	K922-2	
K923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	4,500	K923	
第3節 手術医療機器等加算					
K930	脊髄誘発電位測定等加算	3,130	3,130	K930	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000	3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000	10,000	K932	
K933	イオンフォレーゼ加算	45	45	K933	
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	1,000	K934	
K935	止血用加熱凝固切開装置加算	700	700	K935	
K936	自動縫合器加算	2,500	2,500	K936	
K936-2	自動吻合器加算	5,500	5,500	K936-2	
K936-3	微小血管自動縫合器加算	2,500	2,500	K936-3	
K937	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	30,000	K937	
K938	体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	3,000	K938	
K939	画像等手術支援加算			K939	
	1 ナビゲーションによるもの	2,000	2,000	1	
	2 実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	2,000	2	

別表2

第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K014	皮膚移植術	K014	皮膚移植術(生体・培養)
K043-3	骨髓炎・骨結核手術	K043-3	骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)
K065	関節内異物(挿入物)除去術	K065	関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K065-2	関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下)	K065-2	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K066-2	関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術
K066-4	滑液膜摘出術(関節鏡下)	K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術
K066-6	膝蓋骨滑液嚢切除(関節鏡下)	K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術
K066-8	掌指関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術
K067-2	関節鼠摘出手術(関節鏡下)	K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術
K068-2	半月板切除術(関節鏡下)	K068-2	関節鏡下半月板切除術
K069-3	半月板縫合術(関節鏡下)	K069-3	関節鏡下半月板縫合術
K074-2	靭帯断裂縫合術(関節鏡下)	K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術
K079-2	靭帯断裂形成手術(関節鏡下)	K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術
K178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術	K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
K254	角膜切除術	K254	治療の角膜切除術
K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	K298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	K320	アブミ骨摘出術・可動化手術
K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	K344	経鼻腔の翼突管神経切除術
K365	翼突管神経切除術(経上顎洞)	K365	経上顎洞の翼突管神経切除術
K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	K383	喉頭切開術・截開術
K653-4	表在性早期胃癌光線力学療法	K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
K667-3	内視鏡下食道噴門部縫縮術	K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術