

個別改定項目について

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について

質の高い救命救急入院に係る医療の推進	1
精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進	5
救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進	6
急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価	8
NICU入院患者等の後方病床の充実	10

重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価	18
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	21
看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価	24

重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進	27
初・再診料及び関連する加算の評価	29
特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し	34

重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進	36
周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進	41

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

在宅医療の促進について	47
在宅緩和ケア等の促進について	51
在宅の療養に係る技術・機器等の評価	55
在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて	58

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

看取りに至るまでの医療の充実について	60
重点課題2-3 早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について	
効果的な入院診療計画の策定	64
効果的な退院調整の評価	65
医療機関と訪問看護ステーションの連携について	68
重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について	
在宅歯科医療の推進	73
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	77
重点課題2-5 訪問看護の充実について	
医療ニーズの高い患者への対応について	80
介護保険の訪問看護との整合	84
効率的かつ質の高い訪問看護の推進	88
重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について	
維持期リハビリテーションの評価	97
リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行	100
医療と介護の円滑な連携について	102

I 充実が求められる分野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

緩和ケア病棟の評価の見直し	105
緩和ケアを行う医療機関の評価	106
外来緩和ケアの更なる評価	109
在宅における緩和ケアの評価	111
医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和	112
がん診療連携の充実	113
外来放射線照射診療料の新設	117
小児入院医療管理料における放射線治療の評価	119

I-2 生活習慣病対策の推進について

糖尿病透析予防指導の評価	121
たばこ対策への評価	122

I-3 精神疾患に対する医療の充実について

精神科急性期入院医療の評価	124
精神科慢性期入院医療の評価	127
地域における精神医療の評価	129
<u>I-4 認知症対策の推進について</u>	
認知症入院医療の評価	137
認知症患者の外来診療の評価	140
重度認知症デイ・ケア料の評価	142
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価	143
<u>I-5 感染症対策の推進について</u>	
結核病棟入院基本料における退院基準の評価	144
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価	146
陰圧室、無菌治療室の適正な評価	147
感染防止対策への評価	149
<u>I-6 リハビリテーションの充実について</u>	
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価	151
早期リハビリテーションの評価	154
外来リハビリテーションの評価	156
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応	158
リハビリテーションの充実について	159
<u>I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について</u>	
生活の質に配慮した歯科医療の充実	160
歯科矯正の適応症の拡大	168
歯科固有の技術の評価の見直し	169
新規医療技術の保険導入等(歯科)	174
先進医療の保険導入(歯科)	177
画像診断に係る評価の新設	179
<u>I-8 医療技術の適切な評価について</u>	
医療技術の適切な評価	181
先進医療の保険導入	184
医療技術の評価及び再評価	185
<u>I-9 イノベーションの適切な評価について</u>	
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	190
外来化学療法の評価の充実	194

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 医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 197

歯科医療の総合的な環境整備の評価 198

II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 199

患者に対する相談支援体制の充実等について 200

明細書の無料発行の促進 201

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 203

患者の視点に立った歯科医療の充実 208

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について 209

効率化の余地のある入院についての適正な評価 213

亜急性期入院医療管理料の見直し 215

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）

の見直し 218

DPCフォーマットデータ提出の評価 228

III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

慢性期入院医療の適切な評価 230

III-3 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価
. 233

III-4 診療所の機能に着目した評価について

診療所の機能に着目した評価 237

III-5 医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 239

Ⅲ－６ 調剤報酬について

薬学的管理及び指導の充実について	245
調剤報酬における適正化・合理化	249

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	253
----------------	-----

IV－２ 平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について	261
-----------------------------	-----

IV－３ 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	262
-----------------	-----

IV－４ 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

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	263
コンピューター断層撮影診断料の見直し	264
ビタミン剤の取扱い	266
人工腎臓等の適正な評価	267
コンタクトレンズに係る診療の適正評価	270

質の高い救命救急入院に係る医療の推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度進んではいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化を図る。

第 2 具体的な内容

1. 救命救急入院に対する看護配置基準の明確化

救命救急入院料 1 及び 3 における看護配置については、必要な看護師を常時配置とし、明確な基準を設けていないため、多くの医療機関では手厚い看護配置を行っているものの、一部の医療機関では他の救急医療に係る特定入院料と比較しても薄い配置となっている。

重篤な救急患者に対する救命救急医療を必要な設備だけではなく、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

現 行	改定案
【救命救急入院料】	【救命救急入院料】
1 救命救急入院料 1	1 救命救急入院料 1
3 救命救急入院料 3	3 救命救急入院料 3
[施設基準]	[施設基準]
1 救命救急入院料 1	1 救命救急入院料 1
① 救命救急センターを有している 病院の一般病棟の治療室を単位とし	① 救命救急センターを有している 病院の一般病棟の治療室を単位と

<p>て行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。</p> <p>③ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料 3</p> <p>① 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>して行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。</p> <p>③ <u>看護師配置が、常時 4 対 1 以上であること。</u></p> <p>④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料 3</p> <p>① 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>
---	--

[経過措置]

看護師配置が常時 4 対 1 の基準を満たさない場合、平成 25 年 3 月 31 日までの間、従前の特定入院料を算定できる。

2. 一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間（30 分以上）診療を行っている場合の評価を新設する。

(新) 救急搬送診療料 長時間加算 500 点

[算定要件]

救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定する。

3. 小児特定集中治療室管理料の新設等小児救急医療に対する評価

(1) 小児特定集中治療室管理料の新設

小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

(新) 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

15,500点（7日以内の期間）

13,500点（8日以上14日以内の期間）

（入院基本料等加算の整理による引上げ分を含む）

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

(参考) 特定集中治療室管理料の施設基準

- ① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師等が常時配置されていること。
- ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ④ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね九割以上入院させる治療室であること。

(2) 特定集中治療室管理料小児加算の引き上げ

特定集中治療室管理料算定病床において、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の小児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【特定集中治療室管理料】注2（1日につき）	【特定集中治療室管理料】注2（1日につき）
小児加算	小児加算
イ 7日以内の期間 1,500点	イ 7日以内の期間 2,000点(改)
ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点	ロ 8日以上14日以内の期間 1,500点(改)

(3) 救急医療管理加算における小児加算の創設及び乳幼児救急医療管理加算の引き上げ

特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

現 行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】	【救急医療管理加算】
2 乳幼児救急医療管理加算 200点	2 乳幼児加算 400点(改)
	3 小児加算 200点(新)
[算定要件]	[算定要件]
救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。	2 乳幼児加算 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。
	3 小児加算 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合に救急医療管理加算に更に加算する。

精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急センターでの精神疾患患者の受入についてさらなる評価を行う。

第 2 具体的な内容

救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や都道府県等が実施する精神科救急医療体制の確保の取り組みに協力している精神保健指定医等、当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

現 行	改定案
<p>【救命救急入院料】注 2 3,000点 [算定要件]</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>	<p>【救命救急入院料】注 2 3,000点 [算定要件]</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、<u>精神保健指定医（当該保険医療機関の医師でなくてもよい）又は当該保険医療機関の精神科を標榜する医師が</u>、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>

救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

地域における救急搬送受入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に、状態が一定程度落ち着いた患者について、早期の転院支援を一層強化する。

第 2 具体的な内容

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに対象とする患者を入院 5 日以内から 7 日以内に拡大する。

現 行	改定案
<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 (退院時1回) 500点 [算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から5日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 (退院時1回) <u>1,000点</u>(改) [算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から<u>7日以内</u>に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>
<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 (入院初日) 1,000点</p>	<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 (入院初日) <u>2,000点</u>(改)</p>

2. 同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。

現 行	改定案
<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>③ 救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p><u>(削除)</u></p>
<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 受入加算について、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床で算定可能とする。

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

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や在宅療養中の患者が急変時必要な医療を受けられる体制を推進するため、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者や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とともに、療養病棟において、受け入れを行った場合についてもさらなる評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者、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。

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150 点（1 日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う救急医療機関入院中や在宅療養中の患者等を一般病棟（13 対 1、15 対 1 に限る）で受け入れた場合に 14 日以内に限り算定する。

2. 療養病棟においても、一定の条件の下、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

現 行	改定案
【救急・在宅等支援療養病床初期加算】（1 日につき） 150 点	【救急・在宅等支援療養病床初期加算】
	1 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1 300 点(新)
	2 救急・在宅等支援療養病床初期加算 2

<p>[算定要件]</p> <p>療養病棟入院基本料を算定する病棟において、14日に限り算定する。</p>	<p style="text-align: right;">150 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1 <u>療養病棟入院基本料 1</u> を算定する病棟において、14 日に限り算定する。</p> <p>2 救急・在宅等支援療養病床初期加算 2 <u>療養病棟入院基本料 2</u> を算定する病棟において、14 日に限り算定する。</p>
---	---

N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1 - 1 - (2)】

第 1 基本的な考え方

ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、N I C Uと後方病院との医療連携を推進する。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

第 2 具体的な内容

1. 新生児特定集中治療室における退院調整の充実

新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、超低出生体重児(出生時体重 1,000g 未満の児)、極低出生体重児(出生時体重 1,500g 未満の児)等、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の 2 回算定可能とする。

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室退院調整加算】(退院時1回) 300点	<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 (退院時 1 回) 600点(改)</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算(入院中 1 回) 600点(新)</p> <p>ロ 退院加算(退院時 1 回) 600点(新)</p>

<p>[算定要件]</p> <p>新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1</p> <p>新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算</p> <p>新生児特定集中治療室管理料算定したことがある超低出生体重児（出生時体重1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に入院中に1回に限り算定する。</p> <p>ロ 退院加算</p> <p><u>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、退院時に1回に限り算定する。</u></p>
<p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p>	<p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に<u>新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上、又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。</u></p>

2. ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

- (1) リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、その評価を引き上げるとともに他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

現 行	改定案
【ハイリスク妊産婦共同管理料 1】 500点	【ハイリスク妊産婦共同管理料 1】 800点(改)
【ハイリスク妊産婦共同管理料 2】 350点	【ハイリスク妊産婦共同管理料 2】 500点(改)
[対象者]	[対象者]
① 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V陽性、R h不適合	① 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、 <u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u> 、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V陽性、R h不適合
② 妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 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、H I V陽性	② 妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 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、H I V陽性

- (2) リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、

ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) 1,000点	【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) <u>1,200点</u>
【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 3,000点	(改) 【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) <u>3,200点</u> (改)

3. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算の引き上げを行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

現 行	改定案
<p>【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】（入院初日）</p> <p>重症児（者）受入連携加算 1,300点</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】<u>【一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）】</u>、<u>【療養病棟入院基本料】</u>、<u>【有床診療所入院基本料】</u>、<u>【有床診療所療養病床入院基本料】</u> (入院初日)</p> <p>重症児（者）受入連携加算 <u>2,000点</u>(改)</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。</p>

4. 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>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、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>	<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、<u>療養病棟入院基本料</u>、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、有床診療所入院基本料、<u>有床診療所療養病床入院基本料</u>、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>

5. 現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】注3（1日につき）</p> <p>在宅重症児（者）受入加算</p> <p style="text-align: right;">200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>自宅から入院した患者である場合に、入院日から5日に限り算定する。</p>	<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】注3（1日につき）</p> <p><u>救急・在宅重症児（者）受入加算</u></p> <p style="text-align: right;">200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>自宅から入院した患者又は他の<u>保険医療機関から転院してきた者</u>であって、当該他の保険医療</p>

	<p>機関において特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、小児特定集中治療室管理料、又は新生児集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料を算定したものである場合に、入院日から5日に限り算定する。</p>
--	---

6. 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [算定可能病床] 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、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、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [算定可能病床] 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、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、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、<u>小児入院医療管理料</u></p>

7. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を、小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可

能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 別表第七の三 在宅患者訪問看護・</p>	<p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、<u>1回の訪問看護の時間が90分を超える</u>長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。</p> <p><u>ただし、15歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週3回までを可能とする。</u></p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 別表第七の三 在宅患者訪問看護・</p>

<p>指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 	<p>指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 ・<u>長時間の訪問看護を必要とする 15 歳未満の超重症児・準超重症児</u> <p>注) 準・超重症児長時間訪問看護加算の対象となる準・超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 22 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）」別添 6 の別紙 14 の超重症児（者）判定基準による判定スコアが 10 以上のものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</u> ・<u>特別な管理を必要とする者</u> (<u>特掲診療料の施設基準別表第八に掲げる者</u>)
---	---

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1 回の訪問看護の時間が 2 時間を超えた場合について、週 1 回に限り算定できるものとする。</p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ</p>	<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1 回の訪問看護の時間が <u>90 分</u>を超えた場合について週 1 回に限り算定できるものとする。</p> <p><u>ただし、15 歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週 3 回までを可能とする。</u></p> <p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ</p>

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題 1－2－(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、以下に掲げる項目について、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。

（現行）

- ①総合入院体制加算
- ②医師事務作業補助体制加算
- ③ハイリスク分娩管理加算
- ④急性期看護補助体制加算
- ⑤栄養サポートチーム加算
- ⑥呼吸ケアチーム加算
- ⑦小児入院医療管理料 1 及び 2
- ⑧救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合

（新たに要件を加える項目）

- ⑨総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩(新) 小児特定集中治療室管理料
- ⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算

- ⑬(新) 院内トリアージ実施料
- ⑭(新) 移植後患者指導管理料
- ⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

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。

[施設要件]

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例)

現 行	改定案
<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師事務作業補助者の配置 ・ 短時間正規雇用医師の活用 ・ 地域の他の医療機関との連携体制 ・ 外来縮小の取り組み ・ 交代勤務制の導入 ・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <p>【必須項目】</p> <p>なし</p>	<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師事務作業補助者の配置 ・ 短時間正規雇用医師の活用 ・ 地域の他の医療機関との連携体制 ・ 外来縮小の取り組み <u>(一部必須)</u> ・ 交代勤務制の導入 <u>(一部必須)</u> ・ <u>予定手術前の当直に対する配慮</u> <p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u> ・ <u>外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u>

	<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none">・ <u>交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。</u>・ <u>なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。</u>
--	--

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 1 - 2 - (2)】

第 1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減について一定の効果が見られている医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。

第 2 具体的な内容

1. 配置に応じた適切な評価の新設

30 対 1、40 対 1 の評価を新設する。また、50 対 1 については、年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

現 行				改定案			
【医師事務作業補助体制加算】				【医師事務作業補助体制加算】			
(入院初日)				(入院初日)			
1	15対1	補助体制加算	810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	2	20対1	補助体制加算	610点
3	25対1	補助体制加算	490点	3	25対1	補助体制加算	490点
				4	30対1	補助体制加算	
							410点(新)
				5	40対1	補助体制加算	
							330点(新)
4	50対1	補助体制加算	255点	6	50対1	補助体制加算	255点
5	75対1	補助体制加算	180点	7	75対1	補助体制加算	180点
6	100対1	補助体制加算	138点	8	100対1	補助体制加算	138点
[施設基準]				[施設基準]			

<p>1 15対1 補助体制加算</p> <p>2 20対1 補助体制加算</p> <p>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ンター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1 補助体制加算</p> <p>4 50対1 補助体制加算</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、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>5 75対1 補助体制加算</p> <p>6 100対1 補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>	<p>1 15対1 補助体制加算</p> <p>2 20対1 補助体制加算</p> <p>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ンター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1 補助体制加算</p> <p>4 30対1 補助体制加算</p> <p>5 40対1 補助体制加算</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、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>6 50対1 補助体制加算</p> <p>7 75対1 補助体制加算</p> <p>8 100対1 補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>
--	--

2. 精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進

精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とするため、医師事務作業補助体制加算算定可能病床に精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料を追加する。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、専門病院入</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、専門病院入</p>

<p>院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料</p>	<p>院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、<u>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期治療病棟入院料 1 のみ）</u>、<u>精神科救急・合併症入院料</u></p>
--	--

看護職員の看護業務を補助する職員の 配置に対する評価

骨子【重点課題 1 - 2 - (3)】

第 1 基本的な考え方

看護補助者の雇用や役割分担により看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担を推進するため、急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1) の配置基準を上回る看護補助者の配置や、看護補助者等の夜間配置により看護職員の負担軽減を図っている医療機関を手厚く評価する。

第 2 具体的な内容

1. 急性期医療を担う医療機関における看護補助者の配置の評価

現行の急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1) の配置基準を上回る 25 対 1 の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

(新) 急性期看護補助体制加算 1 25 対 1 (1 日につき、14 日を限度)

イ 看護補助者が 5 割以上※の場合 160 点

ロ 看護補助者が 5 割未満※の場合 140 点

※ 急性期看護補助体制加算 1 (25 対 1) の届出に必要な看護補助者全体(常勤換算)に占める看護補助者の割合

現 行	改定案
【急性期看護補助体制加算】(1 日につき)	【急性期看護補助体制加算】(1 日につき) <u>1 急性期看護補助体制加算 1</u> (25対 1) <u>イ 看護補助者 5 割以上</u> 160点(新)

		<u>□ 看護補助者5割未満</u>	
			140点(新)
1 急性期看護補助体制加算 1		2 急性期看護補助体制加算 2	
(50対1) 120点		(50対1) 120点	
2 急性期看護補助体制加算 2		3 急性期看護補助体制加算 3	
(75対1) 80点		(75対1) 80点	

[算定要件]

急性期看護補助体制加算 1

- ① 急性期医療を担う病院であること。
- ② 看護必要度の基準を満たす患者を、7対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割5分以上、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定し、平成24年4月1日以降に新7対1入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新7対1入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。
- ③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(新) 看護補助者夜間配置加算 (1日につき、14日を限度)

イ 入院患者数※に対して常時 50対1以上 10点

ロ 入院患者数※に対して常時 100対1以上 5点

※ 同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算 1、2、3を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 50点 (1日につき、14日を限度)

[施設基準]

- ① 急性期看護補助体制加算 1を算定している病棟であること。
- ② 当該病棟における看護職員の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。

2. 13対1入院基本料を算定している医療機関における手厚い看護補助者

の配置の評価

医師と看護職員との役割分担を推進するため、13対1入院基本料を算定している病棟においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い看護補助加算1（30対1）を算定できるよう見直しを行う。

現 行	改定案
【看護補助加算1】（1日につき） 109点 [施設基準] 15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。	【看護補助加算1】（1日につき） 109点 [施設基準] <u>13対1入院基本料</u> 、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。

[算定要件]

13対1入院基本料を算定している病棟において看護補助加算1を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、1割以上入院させていること。

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

骨子【重点課題 1－3－(1)】

第1 基本的な考え方

救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関等の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行う。

第2 具体的な内容

1. 院内トリアージを実施している場合の評価の新設

(1) 夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価を新設する。

(新) 院内トリアージ実施料 100 点

[算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

[施設基準]

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
- ② 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。
- ③ 専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

(2) 院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療

料院内トリアージ加算は廃止する。

2. 二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

- (1) 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点（初診時）

[算定要件]

救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る））及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者

[施設基準]

第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

- (2) 地域の開業医等との連携により、地域において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 1 400点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 450点(改)
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 600点(改)
【地域連携夜間・休日診療料】 100点	【地域連携夜間・休日診療料】 200点(改)

初・再診料及び関連する加算の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 同一医療機関において同一日に複数の診療科を受診した場合は、再診料を1回のみ算定することとされているが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、同一日の2科目の再診を評価する。
2. 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、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用を進めている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価を見直す。
3. 地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診について評価を行う。

(新)	<u>再診料</u>	<u>34点（同一日2科目の場合）</u>
(新)	<u>外来診療料</u>	<u>34点（同一日2科目の場合）</u>

[算定要件]

- ① 同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（一

つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)に算定する。

- ② 2科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

2. 精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が透析や共同利用をすすめている検査のため他の医療機関を受診する場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。</p> <p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は</p>	<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。<u>ただし、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</u></p> <p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は</p>

特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。

特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合で

<p>守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p>	<p>守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p> <p>3 <u>時間外対応加算 3</u></p> <p>① <u>地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</u></p> <p>② <u>当番日は原則として自院で対応する。</u></p> <p>③ <u>連携する医療機関数は、3以下とする。</u></p> <p>④ <u>連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。</u></p>
--	--

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

骨子【重点課題 1－3－(3)】

第1 基本的な考え方

病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とし、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

第2 具体的な内容

1. 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院における初診料について、紹介なしに当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

(新) 初診料 200 点 (紹介のない場合)

[算定要件]

- ① 紹介率が 40% 未満の特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介のない患者に対して初診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30% 以上の場合は、当該初診料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

$$\begin{aligned} \text{紹介率} &= (\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \\ \text{逆紹介率} &= \text{逆紹介患者数} / \text{初診の患者数} \end{aligned}$$

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介なしに当該病院を受診した場合の初診料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

2. 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院におけ

る外来診療料について、患者に対して、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

(新) 外来診療料 52 点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

[算定要件]

- ① 紹介率が 40%未満の特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（200 床未満）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に対して再診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30%以上の場合は、当該再診料又は外来診療料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数+救急患者数) / 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

多職種が連携した、より質の高い医療

（チーム医療）の推進

骨子【重点課題 1－4】

第1 基本的な考え方

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取り組みを評価する。

第2 具体的な内容

1. 精神科リエゾンチーム加算の新設

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点（週1回）

[算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施（月1回程度）、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療（外来等）が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医

- ② 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③ 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

2. 栄養サポートチームの推進

栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）、専門病院入院基本料（13対1）及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病棟においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とし、入院2月以降は月1回に限り算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【栄養サポートチーム加算】（週1回） 200点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）</p>	<p>【栄養サポートチーム加算】（週1回） 200点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1、15対1</u>）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>）、<u>療養病棟入院基本料</u></p> <p><u>ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</u></p>

3. 臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価の新設

臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

(新) 移植後患者指導管理料

<u>1 臓器移植後患者指導管理料</u>	<u>300点 (月1回)</u>
<u>2 造血幹細胞移植後患者指導管理料</u>	<u>300点 (月1回)</u>

[対象患者]

- 1 臓器移植後患者指導管理料
臓器移植後の患者
- 2 造血幹細胞移植後患者指導管理料
造血幹細胞移植後の患者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームが設置されていること。

- 1 臓器移植後患者指導管理料
 - ① 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ② 臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ③ 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師
- 2 造血幹細胞移植後患者指導管理料
 - ① 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ② 造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ③ 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

(研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定)

4. 外来緩和ケアチームの評価の新設

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、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点

[算定要件]

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がん患者に対し

て、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに関して必要な診療を行った場合に算定する。

[施設基準]

① 当該保険医療機関内に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①にかかわらず、①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

5. 薬剤師の病棟における業務に対する評価の新設

(1) 勤務医の負担軽減等の観点から薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点 (週1回)

[算定要件]

- ① すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週を限度する。
- ② 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施している場合に算定する。

※ 病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案

- ・ 2種以上（注射薬及び内用薬を1種以上含む。）の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務

[施設基準]

- ① 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
- ② 病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- ④ 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。
- ⑤ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- ⑥ 薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※ 十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定

(2) 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

6. 糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

骨子【重点課題 1－4】

第1 基本的な考え方

1. 歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携を推進する観点から、歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関における、がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価し、併せて周術期に行う歯科衛生士の専門的口腔衛生処置についても評価する。
2. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者）等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

第2 具体的な内容

1. 周術期口腔機能管理料等の新設

がん患者等の手術（全身麻酔を実施する場合に限る。）等を実施する医師等との連携の下、歯科医師が行う、がん患者等の入院前から退院後を含めた一連の口腔機能の管理の評価や放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価する。

具体的には、患者の周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価した「周術期口腔機能管理計画策定料」、その計画に基づく、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術や放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う日常的な療養の指導等を評価する、主に入院前後の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅰ）」、入院中の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅱ）」、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅲ）」の新設を行う。

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300 点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術を実施する保険医療機関からの文書による依頼（ただし、歯科診療を実施している保険医療機関において手術を実施する場合であって、当該保険医療機関で周術期の口腔機能の管理に係る計画を策定する場合を除く。）を受け、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者に説明し、文書により提供するとともに周術期の口腔機能の管理を行う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（周術期の口腔機能の管理計画の策定と周術期の口腔機能の管理を同一の保険医療機関で実施する場合を除く。）に当該手術に係る一連の治療を通して1回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）

1 手術前 190 点

2 手術後 190点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を手術を実施する保険医療機関に入院中以外の患者（ただし、保険医療機関（歯科診療を実施しているものを除く。）に入院中の患者は含む。）に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

1 手術前 300点

2 手術後 300点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を当該保険医療機関に入院中の手術を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料 (Ⅲ) 190 点

[算定要件]

放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を、放射線治療等を実施している患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定する。

2. 術後専門的口腔衛生処置の見直し

術後のみならず、周術期における歯科衛生士の取り組みを評価する観点から、術後専門的口腔衛生処置を廃止し、入院中の患者を対象とした周術期専門的口腔衛生処置を新設する。

現 行	改定案
【術後専門的口腔衛生処置】 80 点	廃 止
注 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J	

031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該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。

【周術期専門的口腔衛生処置】

80点(新)

注 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した、入院中の患者であって、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。（新）

3. 歯科治療総合医療管理料等の対象疾患の拡大

歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、主治の医師との連携が重要となる骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者に限る。）及び慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）を追加する。

現 行	改定案
<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 	<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 ・ <u>骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。）</u> ・ <u>慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）</u>（改）

4. 基本診療料や指導管理料における医科診療科との連携を評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価する観点から、歯科外来診療環境体制加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科治療総合医療管理料等の施設基準の要件となっている別の医科診療を行う医療機関との連携体制について、医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価するとともに併せて小児入院医療管理についても評価に加える。

現 行	改定案
<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。 	<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。<u>なお、医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科との連携体制が確保されていればこの限りでない。（改）</u>
<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 	<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 ・ <u>小児入院医療管理料(新)</u>

在宅医療の促進について

骨子【重点課題 2 - 1 - (1) (2)】

第 1 基本的な考え方

1. 高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下「在支診・在支病」という。）の機能分化と連携等による機能強化を進める。
2. 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設等入居者に対する訪問診療料について評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 機能を強化した在支診・在支病等への評価を行う。

[機能を強化した在支診・在支病の施設基準]

- ① 従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。
 - イ 所属する常勤医師 3 名以上
 - ロ 過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上
 - ハ 過去 1 年間の看取り実績 2 件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は 10 未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は 200 床未満の病院に限る

- (1) 24 時間対応を充実させる観点から、緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

現 行	改定案
【往診料】	【往診料】 <u>機能を強化した在支診・在支病</u>
	<u>病床を有する場合</u>
	緊急加算 850点(新)
	夜間加算 1,700点(新)
	深夜加算 2,700点(新)
	<u>病床を有しない場合</u>
	緊急加算 750点(新)
	夜間加算 1,500点(新)
	深夜加算 2,500点(新)
在支診・在支病	在支診・在支病
緊急加算 650点	緊急加算 650点
夜間加算 1,300点	夜間加算 1,300点
深夜加算 2,300点	深夜加算 2,300点
在支診・在支病以外	在支診・在支病以外
緊急加算 325点	緊急加算 325点
夜間加算 650点	夜間加算 650点
深夜加算 1,300点	深夜加算 1,300点

(2) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。

現 行	改定案
【在宅時医学総合管理料】	【在宅時医学総合管理料】 <u>機能を強化した在支診・在支病</u>
	<u>病床を有する場合</u>
	<u>イ 処方せんを交付する場合</u>
	5,000点(新)
	<u>ロ 処方せんを交付しない場合</u>
	5,300点(新)
	<u>病床を有しない場合</u>
	<u>イ 処方せんを交付する場合</u>

<p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p>	<p style="text-align: right;">4,600点(新)</p> <p><u>ロ 処方せんを交付しない場合</u> 4,900点(新)</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p>
---	--

(3) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>	<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p><u>機能を強化した</u>在支診・在支病</p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,600点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,900点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,300点(新)</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,600点(新)</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>

(4) 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、緊急時に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げを行う。

現 行		改定案	
【在宅患者緊急入院診療加算】		【在宅患者緊急入院診療加算】	
1	連携医療機関の場合 1,300点	1	<u>機能を強化した在支診・在支病間での受入の場合</u> 2,500点(新)
2	1以外の場合 630点	2	連携医療機関の場合 2,000点(改)
		3	1, 2以外の場合 1,000点(改)

2. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。

現 行		改定案	
【在宅患者訪問診療料】		【在宅患者訪問診療料】	
1	同一建物以外 830点	1	同一建物以外 830点
2	同一建物 200点	2	<u>同一建物(特定施設)</u> 400点(新)
		3	同一建物(2以外) 200点
			[算定要件]
		2	同一建物(特定施設) <u>介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。</u>

在宅緩和ケア等の促進について

骨子【重点課題2－1－(3)】

第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅療養を行えるよう、在宅における緩和ケア等の促進を図る。

第2 具体的な内容

1. 現在、在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することは出来ないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

[算定要件]

緩和ケア病棟等に所属する緩和ケアに関する研修を受けた医師が、在宅医療を提供する医療機関の医師と連携して、同一日に同一患者を診療した場合。

2. がん専門訪問看護の評価

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

(新) 訪問看護療養費

がん専門訪問看護料 12,850 円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料

がん専門訪問看護料 1,285 点

[算定要件]

5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に

係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

現 行	改 定 案
【在宅末期医療総合診療料】	【在宅がん医療総合診療料】
	機能を強化した在支診・在支病
	病床を有する場合
	1 処方せんを交付する場合 1,800点(新)
	2 処方せんを交付しない場合 2,000点(新)
	病床を有しない場合
	1 処方せんを交付する場合 1,650点(新)
	2 処方せんを交付しない場合 1,850点(新)
在支診・在支病	在支診・在支病
1 処方せんを交付する場合 1,495点	1 処方せんを交付する場合 1,495点
2 処方せんを交付しない場合 1,685点	2 処方せんを交付しない場合 1,685点

4. 小児在宅医療の充実について

- (1) 在宅医療と入院医療の連携が重要であることから、在宅への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題1-1-⑤」を参照のこと。

- (2) 小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 200点	【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 400点(改)

5. 在宅療養指導管理料の見直し

- (1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の対象疾患に先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症を加えるとともに評価を引き上げる。

現 行	改定案
【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 500点 [対象者] 表皮水疱症	【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 1,000点(改) [対象者] 表皮水疱症、 <u>水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症</u>

- (2) 在宅で療養中の小児患者について、経管栄養法に関する指導管理を行うことを評価するとともに、注入ポンプ加算及び経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象を見直す。

(新) 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点

[算定要件]

在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

現 行	改定案
【注入ポンプ加算】 1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注	【注入ポンプ加算】 1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、 <u>在宅小児経管栄養法</u> を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫

<p>入ポンプを使用した場合に算定する。</p> <p>【在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>	<p>瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。</p> <p>【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>
--	---

在宅の療養に係る技術・機器等の評価

骨子【重点課題2－1－(3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 実勢価格に基づく評価の引き上げ
2. 医学的な必要性を踏まえた対象の拡大
3. 新たに保険適用された医療機器の在宅指導管理料の新設

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 820 点</p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】</p> <p>1 複雑な場合 1,230 点(新)</p> <p>2 1 以外の場合 820 点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。</u></p>
<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】</p> <p style="text-align: right;">1,500 点</p>	<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】</p> <p>1 <u>プログラム付きポンプ</u></p> <p style="text-align: right;">2,500 点(新)</p> <p>2 1 以外のポンプ 1,500 点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>プログラム付きのポンプとは、自動でボラス投与が行えるようなプログラムを設定できるものをいう。</u></p>

<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p>	<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>当該管理料を算定する保険医療機関は、患者が使用する装置の保守・管理を、委託する場合を含め、十分に行い、必要な保守・管理の内容及び緊急時の対応等について、患者に情報提供を行うこと。</u></p>																		
<p>【人工呼吸器加算】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>陽圧式人工呼吸器</td> <td>7,000 点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>人工呼吸器</td> <td>6,000 点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>陰圧式人工呼吸器</td> <td>7,000 点</td> </tr> </table>	1	陽圧式人工呼吸器	7,000 点	2	人工呼吸器	6,000 点	3	陰圧式人工呼吸器	7,000 点	<p>【人工呼吸器加算】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>陽圧式人工呼吸器</td> <td><u>7,480 点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>人工呼吸器</td> <td><u>6,480 点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>陰圧式人工呼吸器</td> <td><u>7,480 点(改)</u></td> </tr> </table> <p><u>人工呼吸器に必要な回路部品その他附属品（療養上必要な分の外部バッテリーを含む）等に係る費用は所定点数に含まれる。</u></p>	1	陽圧式人工呼吸器	<u>7,480 点(改)</u>	2	人工呼吸器	<u>6,480 点(改)</u>	3	陰圧式人工呼吸器	<u>7,480 点(改)</u>
1	陽圧式人工呼吸器	7,000 点																	
2	人工呼吸器	6,000 点																	
3	陰圧式人工呼吸器	7,000 点																	
1	陽圧式人工呼吸器	<u>7,480 点(改)</u>																	
2	人工呼吸器	<u>6,480 点(改)</u>																	
3	陰圧式人工呼吸器	<u>7,480 点(改)</u>																	
<p>【疼痛管理用送信器加算】</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【送信器加算】</p> <p>注 疼痛除去等のため<u>植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置</u>を植込んだ後に、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器（患者用プログラマを含む）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>																		

(新) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料 810 点

注 植込術を行った日から起算し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。

- (新) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810 点
注 植込術を行った日から起算し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。
- (新) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810 点
注 植込術を行った日から起算し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。
- (改) 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000 点

在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

骨子【重点課題2－1－(3)】

第1 基本的な考え方

在宅において医療機器等を用いた療養を行う場合の診療報酬上の評価は、月に1回の算定となっているが、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう、診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

在宅酸素療法や、在宅持続陽圧呼吸療法については、一般的に月に1回の療養上の指導を行っているが、患者の体調等の医学的な理由により外来受診ができなかった場合には、月をまたいで受診となることがあると指摘されていることから、在宅療養指導管理材料加算について、複数月分の材料加算を1月で算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【酸素ポンベ加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【酸素ポンベ加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>【酸素濃縮装置加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素濃</p>	<p>【酸素濃縮装置加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、</p>

<p>縮装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>	<p>酸素濃縮装置を使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>、第1款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p>
<p>【液化酸素装置加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【液化酸素装置加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加】 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>、第1款の所定点数に加算する。</p>

看取りに至るまでの医療の充実について

骨子【重点課題2-2】

第1 基本的な考え方

在宅医療の推進に伴い、在宅等における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

現 行	改定案
【在宅ターミナルケア加算】	【在宅ターミナルケア加算】
	<u>機能を強化した在支診・在支病</u>
	<u>病床を有する場合</u>
	<u>ターミナルケア加算</u>
	6,000点(新)
	<u>看取り加算</u> 3,000点(新)
	<u>病床を有しない場合</u>
	<u>ターミナルケア加算</u>
	5,000点(新)
	<u>看取り加算</u> 3,000点(新)
在支診・在支病 10,000点	在支診・在支病
	<u>ターミナルケア加算</u>
	4,000点(新)
	<u>看取り加算</u> 3,000点(新)
在支診・在支病以外 2,000点	在支診・在支病以外
	<u>ターミナルケア加算</u>
	3,000点(新)

<p>[算定要件] 在支診・在支病</p> <p>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。）</p> <p>在支診・在支病以外</p> <p>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</p>	<p>看取り加算 3,000点(新)</p> <p>[算定要件] 在支診・在支病（機能強化型を含む）</p> <p><u>ターミナルケア加算</u></p> <p><u>死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合</u></p> <p><u>看取り加算</u></p> <p><u>事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</u></p> <p>在支診・在支病以外</p> <p><u>ターミナルケア加算</u></p> <p><u>死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合</u></p> <p><u>看取り加算</u></p> <p><u>事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</u></p>
--	---

2. 訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前 14 日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
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	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

<p>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。</p>	<p><u>日及び死亡</u>日前14日以内に2日以上訪問看護・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。</p>
--	--

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(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者を含む。)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回以上指定訪問看護を実施し、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は所定額を算定する。</p>	<p>訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(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者を含む。)に対して、その主治医の指示により、<u>死亡日及び死亡</u>日前14日以内に2日以上指定訪問看護を実施し、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は所定額を算定する。</p>

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

4. 介護老人福祉施設(以下「特養」という。)における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

現 行	改定案
-----	-----

<p>【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>[特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者のみ</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>[特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場 合について算定可能とする。</p> <p>① <u>介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、</u></p> <p>② <u>在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、</u></p> <p>③ <u>疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。</u></p>
---	---

効果的な入院診療計画の策定

骨子【重要課題2－3】

第1 基本的な考え方

現在も入院診療計画を策定し、患者に説明を行うことになっているが、厚生労働省で示している入院診療計画の内容以上に詳細な入院診療計画を策定し、患者に対して説明を行っている医療機関が増加してきており、これらの詳細な入院診療計画について評価を行う。

第2 具体的な内容

現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添6の別紙2及び別紙2の2が必要ないことをより明確にする。

[算定要件]

- ① A100～109 入院基本料、300～314 特定入院料に入院する患者であること。
- ② 入院7日以内に詳細な入院診療計画が作成され説明が行われていること。
- ③ 詳細な入院診療計画の内容は、入院中から退院時及び退院後の生活のイメージができるような内容であり、月日、経過、達成目標、日毎の治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、教育・指導（栄養・服薬）・説明、観察記録、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点等である。これらが含まれている場合には、様式の形式は当該様式に限るものではない。

効果的な退院調整の評価

骨子【重要課題2－3】

第1 基本的な考え方

1. 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
2. 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
3. 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

(新)	退院調整加算 1	イ	14日以内	340点
		ロ	30日以内	150点
		ハ	31日以上	50点
(新)	退院調整加算 2	イ	30日以内	800点
		ロ	31日以上90日以内	600点
		ハ	91日以上120日以内	400点
		ニ	121日以上	200点

[算定要件]

退院調整加算 1

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算 2

- 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、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院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
- ②～④ 退院調整加算 1 と同様。

[施設基準]

- ① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
 - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

2. 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

(新) 地域連携計画加算 300点

3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

現 行	改定案
<p>【総合評価加算】（入院中1回） 50点</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料</p>	<p>【総合評価加算】（入院中1回） <u>100点</u>(改)</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、<u>療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</u></p>

医療機関と訪問看護ステーションの連携について

骨子【重要課題 2－3】

第 1 基本的な考え方

1. 円滑な地域移行を進めるために、退院時のカンファレンスの開催及び療養上必要な説明・指導など、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。
2. 国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応が可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第 2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料 2 を算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【退院時共同指導料 2】 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。</p>	<p>【退院時共同指導料 2】 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、<u>若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と</u></p>

	共同して行った場合に算定する。
--	-----------------

2. 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

(新)	<u>退院時共同指導料 1 特別管理指導加算</u>	200 点
(新)	<u>訪問看護療養費 特別管理指導加算</u>	2,000 円

[特別な管理が必要な者]

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

3. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

(訪問看護療養費)

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

(新)	<u>訪問看護基本療養費 (Ⅲ)</u>	8,500 円
-----	----------------------	---------

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- ③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(退院前訪問看護)

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

現 行		改定案	
【退院前訪問指導料】	410点	【退院前訪問指導料】	555点(改)

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

- ① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。
- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

(訪問看護療養費)

現 行		改定案	
【退院支援指導加算】	6000円	【退院支援指導加算】	6000円
指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。		指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者、注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者、および診療により、 <u>退院当日の訪問看護が必要であると認められた者</u> に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。	
			ただし、退院日以降の初回の訪問看

	護が行われる前に患者が死亡した場合に限り、死亡日に算定可能とする。
--	-----------------------------------

(退院前訪問指導料)

現 行	改定案
<p>【退院前訪問指導料】 410点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p>	<p>【退院前訪問指導料】 555点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院を支援するため患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p> <p><u>退院当日の訪問指導についても算定可能とする。</u></p>

4. 退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

現 行	改定案
<p>【特別訪問看護指示加算】 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>	<p>【特別訪問看護指示加算】 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、<u>退院直後</u>等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>

在宅歯科医療の推進

骨子【重点課題2－4－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
2. 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
3. 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の加算の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の対象者の表現の見直し

歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

現 行	改定案
<p>[算定要件]</p> <p>・ 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>・ <u>歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象として</u>いることから、<u>通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。</u>なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。<u>(改)</u></p>

2. 歯科訪問診療料の評価の見直し

歯科訪問診療の評価について、在宅に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療料1の評価を引き上げるとともに、歯科訪問診療を行った際に患者の容体の急変により、やむを得ず20分を満たさなかった場合の取り扱いを明記する。

現 行	改定案
<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において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歯科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</p>	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 <u>850点（改）</u></p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において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歯科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</p>

<p>「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p>	<p>「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。<u>ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない。</u>)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。<u>(改)</u></p> <p>※注2(同一建物居住者についても同様の改正)</p>
---	---

3. 歯科訪問診療補助加算の新設

在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

(新)	<u>歯科訪問診療補助加算 (1日につき)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	110点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	45点

[算定要件]

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、必要があつて歯科訪問診療の補助を行うために歯科訪問診療を行う歯科医師と同行し、実際に歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を、1日につき歯科訪問診療料の所定点数に加算する。

4. 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の見直し

歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

現 行	改定案
<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> <p>イ 1回目 232 点</p> <p>ロ 2回目以降 90 点</p>	<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> <p>イ 同一建物居住者以外 <u>170 点 (改)</u></p> <p>ロ 同一建物居住者 (5人以下) <u>85 点 (改)</u></p> <p>ハ 同一建物居住者 (6人以上) <u>50 点 (改)</u></p>

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題2－4－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
2. 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
3. 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
4. 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点

[算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき 15 点を加算する。

[施設基準]

- (1) あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- (2) 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

※ なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

2. 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

3. 無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現 行	改定案
（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準）	（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準）
(1) 薬局であること。	(1) 薬局であること。
(2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な	(2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な

施設を有していること。 (3)無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	施設又は設備を有していること。 (3)無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
--	--

※ なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。」の要件を削除する。

4. 在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 <div style="text-align: right;">500点</div> 2 同一建物居住者の場合 350点	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 <div style="text-align: right;">500点</div> 2 同一建物居住者の場合 350点 [算定要件] <u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。</u>

医療ニーズの高い患者への対応について

骨子【重点課題2－5－(1)】

第1 基本的な考え方

国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応の可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第2 具体的な内容

1. 退院直後の訪問看護

退院直後の医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題2－3－③」を参照のこと。

2. 外泊日の訪問看護の評価

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題2－3－③」を参照のこと。

3. 退院当日の訪問看護の評価

「重点課題2－3－③」を参照のこと。

4. 週4日以上訪問が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更予定）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）については、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

現行	改定案
<p>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</p> <p>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者</p>	<p>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</p> <p>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、別表第八に定める患者</p>

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

5. 訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和

訪問看護管理療養費の算定は、月 12 日までを限度としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者。ただし、別表第八に掲げる者を追加予定（4 参照）。）の週 4 日以上訪問看護が実施できる患者については、月 13 日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和する。

現行	改定案
訪問看護管理療養費 1 月の初日の訪問の場合 7,300 円	訪問看護管理療養費 1 月の初日の訪問の場合 7,300 円
2 月の 2 日目以降の訪問の場合 2,950 円	2 月の 2 日目以降の訪問の場合 2,950 円
1 月に 12 日までを限度とする	(削除)

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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

三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

介護保険の訪問看護との整合

骨子【重点課題 2－5－(2)】

第 1 基本的な考え方

訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

(新) 訪問看護療養費

早朝・夜間加算	(6時～8時・18時～22時)	2,100円
深夜加算	(22時～6時まで)	4,200円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料

早朝・夜間加算	(6時～8時・18時～22時)	210点
深夜加算	(22時～6時まで)	420点

2. 重症者管理加算の名称変更・要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

- (1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。
- (2) 重症者管理加算および在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>【重症者管理加算】</p> <p style="text-align: center;">2,500円又は5,000円</p> <p>特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、<u>1月に4日以上</u>の指定訪問看護を行った場合には、<u>重症者管理加算として、月に1回を限度として</u>所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用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利用者については、5,000円を加算する。</p>	<p>【特別管理加算】</p> <p style="text-align: center;">2,500円又は5,000円</p> <p>特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、<u>特別管理加算として、月に1回を限度として</u>所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用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利用者については、5,000円を加算する。</p>

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
<p>【在宅移行管理加算】250又は500点 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、<u>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。</u></p>	<p>【在宅移行管理加算】250又は500点 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（※別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、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。</p>

3. 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

(1) たん吸引等の指示書

保険医療機関の医師が、訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

(新) たん吸引に係る指示料 240 点

(2) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で複合型、定期巡回型訪問介護看護サービスを受けている患者に対する訪問看護指示の交付を評価する。

(新) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示料 300 点

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

骨子【重点課題2－5－(3)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズは多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応するためには、効率的かつ質の高い訪問看護を推進する必要がある。
2. 精神科訪問看護については、医療機関が提供するものと訪問看護ステーションが提供するものとは、対象者や実施者等が異なり、煩雑であることから見直しを行う。同時に、精神科訪問看護の特殊性を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同行し、役割分担をした場合について評価する。

（訪問看護療養費）

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算】</p> <p>1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当</p>	<p>【複数名訪問看護加算】</p> <p>1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当</p>

<p>該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、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、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合 3,800円</p>	<p>該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、<u>イ及びロの場合にあっては週1回、ハの場合にあっては週3回（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（*）の利用者に対する場合を除く。）</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>（*）特掲診療料の施設基準別表第七イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円</p> <p><u>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合</u> 3,000円（新）</p>
---	---

（在宅患者訪問看護・指導料）

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算】 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</p>	<p>【複数名訪問看護加算】 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</p>

<p>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。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等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</p>	<p>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、<u>イ及びロの場合にあつては週1回、ハの場合にあつては週3回（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（*）の利用者に対する場合を除く。）</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>（*）特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p><u>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合</u> 300点（新）</p>
--	---

2. 専門性の高い看護師による訪問の評価

(1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

(2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

(新)	訪問看護療養費 (IV)	
	褥瘡専門訪問看護料	12,850 円
(新)	在宅患者訪問看護・指導料	
	褥瘡専門訪問看護・指導料	1,285 点

[算定要件]

5年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を緩和する。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。
「重点課題1-1-⑤」を参照のこと。

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 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
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、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

- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

4. 緊急時訪問看護の評価の見直し

在支診・在支病のみならず、在支診以外の診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

現 行	改定案
患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。	患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた <u>診療所</u> 又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

5. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(1) 訪問看護指示の見直し

訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(新)	<u>精神科訪問看護指示料</u>	300 点
(新)	<u>特別訪問看護指示加算</u>	100 点

[算定要件]

- ① 精神科を標榜する医療機関の医師が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付すること。
- ② 患者一人につき月1回に限り算定する。

(2) 精神科訪問看護基本療養費と 30 分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

(訪問看護療養費)

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 4,250 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 5,550 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 5,100 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 6,550 円

ロ 准看護師による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 3,870 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 5,050 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 4,720 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 6,050 円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ 1,600 円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 3,300 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 4,300 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 4,060 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 5,300 円

ロ 准看護師による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 2,910 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 3,800 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 3,670 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 4,800 円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合

- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が同一建物居住者に対して指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

[施設要件]

- ① 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者
- ② 精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者
- ③ 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者
- ④ 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

[経過措置]

平成25年4月1日施行

(精神科専門療法)

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- (新) イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
- | | | |
|---|---------------------|-------------|
| ① | <u>週3日目まで 30分未満</u> | 440点(1日につき) |
| ② | <u>週3日目まで 30分以上</u> | 575点(1日につき) |
| ③ | <u>週4日目以降 30分未満</u> | 525点(1日につき) |

- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 675 点(1日につき)
- (新) □ 准看護師による場合
- ① 週 3 日目まで 30 分未満 400 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 525 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 485 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 625 点(1日につき)
- (新) 精神科訪問看護・指導料Ⅱ 160 点(1日につき)
- (新) 精神科訪問看護・指導料Ⅲ

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- ① 週 3 日目まで 30 分未満 340 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 445 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 415 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 545 点(1日につき)

ロ 准看護師による場合

- ① 週 3 日目まで 30 分未満 300 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 395 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 375 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 495 点(1日につき)

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者一人につき、週3日を限度として算定する。

(3) 精神保健福祉士の同行訪問の評価の新設

あわせて、30分未満の短時間訪問看護及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

(訪問看護療養費)

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 3,000円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢを算定している患者について、所定額を算定する指定訪問看護を保健師、看護師等が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行った場合、週1回に限り、いずれかを所定額に加算する。

(精神科専門療法)

(新) 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 300点

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰの所定点数を算定する看護又は療養上必要な指導を保健師、看護師等が看護補助者と同時に看護又は療養上必要な指導を行った場合、週1回に限り、所定額に加算する。

維持期リハビリテーションの評価

骨子【重点課題2－6－(1)】

第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、維持期にふさわしい評価とする。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を確認する。

第2 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 <u>ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</u>

<p>【運動器リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。<u>ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</u></p>
---	---

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p>
	<p><u>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。</u></p>
<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 235点</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>221点</u>（改）</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>212点</u>（改）</p>
<p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ ロ以外の場合 200点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 190点</p>	<p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>180点</u>（改）</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>171点</u>（改）</p>
<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>イ ロ以外の場合 100点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 100点</p>	<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>90点</u>（改）</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>90点</u>（改）</p>

<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） 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】（1 単位につき）</p> <p><u>要介護被保険者等であって標準的 算定日数を超えており、状態の改善が 期待できると医学的に判断されない 場合においては、下記の点数を算定す る。</u></p> <p>1 運動器リハビリテーション料 （Ⅰ） 158点(改)</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 149点(改)</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 80点</p>
--	--

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

骨子【重点課題2－6－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1月間から2月間に延長する。
2. また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。

第2 具体的な内容

1. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。

現 行	改定案
【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、1月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。	【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、 <u>2月間に限り</u> 、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

2. また、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

現 行	改定案
<p>【疾患別リハビリテーション】 [算定要件] 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>【疾患別リハビリテーション】 [算定要件] 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 <u>ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、2月目について1月7単位に限り算定できるものとする。</u></p>

医療と介護の円滑な連携について

骨子【重点課題 2－6－(3)～(7)】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅医療における介護施設との連携等、介護保険との円滑な連携を推進するため、必要な見直しを行う。
2. 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。
「重点課題 2－1－①」を参照のこと。
2. 特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。
「重点課題 2－2」を参照のこと。
3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。
「重点課題 2－3－②」を参照のこと。
4. 退院後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の 2 週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題 2－3－③」を参照のこと。

5. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

「重点課題 2-5-①」を参照のこと。

6. 重症者管理加算の名称変更や要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

(1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。

(2) 重症者管理加算および在宅移行加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

「重点課題 2-5-②」を参照のこと。

7. 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能となったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

「重点課題 2-5-②」を参照のこと。

8. 転換老健に対応した項目の期間の延長

介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が6年間延長されたことを踏まえ、緊急時施設治療管理料等の対象を、「平成18年7月1日から平成24年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」から、「平成18年7月1日から平成30年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」に改正する。

現行	改定案
<p data-bbox="295 197 839 232">【緊急時施設治療管理料】 500 点</p> <p data-bbox="295 280 839 840">平成 18 年 7 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1 日に 1 回、1 月に 4 回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="880 197 1425 232">【緊急時施設治療管理料】 500 点</p> <p data-bbox="880 280 1425 840">平成 18 年 7 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1 日に 1 回、1 月に 4 回に限り算定する。</p>

(転換老健において、認められている医療保険からの給付についても同様に延長。)

緩和ケア病棟の評価の見直し

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

現 行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 3,780点	【緩和ケア病棟入院料】（1日につき）
	1 30日以内の場合 4,780点(改)
	2 31日以上60日以内の場合 4,280点(改)
	3 61日以上の場合 3,280点(改)

緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>

<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること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ていること。</p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</p>	<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること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ている病院若しくはそれに準じる病院であること。</p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</p>
--	---

こと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ていること。	こと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ている病院若しくはそれに準じる病院であること。
---------------------------------------	--

2. 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>50点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>100点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>150点</u>

(*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定(重点課題1-4))

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、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、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケアチーム等の評価

(1) 専門的な緩和ケアチームによる外来緩和ケアの評価を新設する。
「重点課題1-4-①」を参照のこと。

(2) 緩和ケアの経験を有する医師が、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がん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

現 行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 200点(新) 2 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 2</u> 100点(改) [算定要件] 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 緩和ケアの経験を有する医師が直接

<p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>	<p>当該指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>
--	--

(3) 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

「I-1-②」を参照のこと。

在宅における緩和ケアの評価

骨子【I-1-(4)】

1. 悪性腫瘍患者について、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両方の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することを可能にする。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

2. 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

「重点課題2-1-②」

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」

医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和

骨子【I-1-(5)】

第1 基本的な考え方

1. 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、一部30日分を処方することが認められている。
2. 在宅での緩和医療を推進するため、医療用麻薬製剤について、医療の実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん診療連携の充実

骨子【I-1-(6)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、要件等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、<u>または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者</u></p>

2. 紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

(新) がん治療連携管理料 500点

[算定要件]

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断さ

れた入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

3. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

現 行	改 定 案
<p>【がん治療連携計画策定料】 750点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に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。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>1 がん治療連携計画策定料 1 750点</p> <p>2 <u>がん治療連携計画策定料 2</u> 300点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>がん治療連携計画策定料 1 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、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。</p> <p>がん治療連携計画策定料 2 <u>がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)、月 1 回に限り算定する。</u></p>

4. リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 219 852 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="331 277 496 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 333 863 651">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、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 data-bbox="906 219 1426 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="906 277 1070 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 333 1430 875">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は術後に<u>地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）</u>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。</p>

5. がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 1305 852 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="331 1366 496 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 1422 863 2016">別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。</p>	<p data-bbox="906 1305 1426 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="906 1366 1070 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 1422 1430 2016">別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。<u>ただし、地域連携診</u></p>

	<p>療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。</p>
--	--

外来放射線照射診療料の創設

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医1人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。

外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

第2 具体的な内容

外来放射線照射実施計画において、1週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 280点

[算定要件]

- ① 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。
- ③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診

療料を算定しない。

- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

[施設基準]

- ① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が勤務していること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。
- ④ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料における評価を改める。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から放射線治療を除く。

現 行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、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、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を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて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も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、<u>放射線治療</u>、病理診断・判断料、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、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を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて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も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院</p>

<p>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も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>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も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
---	--

糖尿病透析予防指導の評価

骨子【I-2-(1)】

第1 基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

第2 具体的な内容

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点

[算定要件]

ヘモグロビン A_{1c} (HbA_{1c}) が 6.1% (JDS 値) 以上、6.5% (国際標準値) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者 (透析療法を行っている者を除く) に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

たばこ対策への評価

骨子【I-2-(2)】

第1 基本的な考え方

受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す。

(対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例)

- 1 総合入院体制加算
- 2 乳幼児加算・幼児加算
- 3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- 4 小児療養環境特別加算
- 5 がん診療連携拠点病院加算
- 6 ハイリスク妊娠管理加算
- 7 ハイリスク分娩管理加算
- 8 呼吸ケアチーム加算
- 9 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 10 小児特定疾患カウンセリング科
- 11 小児科療養指導料
- 12 外来栄養食事指導料
- 13 入院栄養食事指導料
- 14 集団栄養食事指導料
- 15 喘息治療管理料

- 16 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 17 糖尿病合併症管理料
- 18 乳幼児育児栄養指導料
- 19 生活習慣病管理料
- 20 ハイリスク妊産婦共同管理料
- 21 がん治療連携計画策定料
- 22 がん治療連携指導料

[施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

[経過措置]

平成 24 年 6 月 30 日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期入院医療の評価

骨子【I-3-(1)】

第1 基本的な考え方

精神科急性期入院医療について、精神科救急医療機関の身体合併症患者の対応に関する評価を見直すとともに、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携についての評価を新設する。

また、児童思春期の精神科入院医療について、小児病院と精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 身体合併症の対応に関する評価

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。
- (2) 精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点	【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) <u>450点</u> (改)

2. 精神科救急医療機関の後方病床の評価

- (1) 精神科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、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

(新)	<u>精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回）</u>	1,000 点
(新)	<u>精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）</u>	2,000 点

[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、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、入院日から 60 日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 紹介加算は、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ② 受入加算は、精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ③ 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。

(2) 精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

(新)	<u>救急支援精神病棟初期加算（14 日以内、1 日につき）</u>	100 点
-----	------------------------------------	-------

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

3. 児童・思春期精神科入院医療の評価

(1) 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

(新)	<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u>	2,900 点（1 日につき）
-----	-------------------------	-----------------

[算定要件]

20 歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね 8 割以上入院させる病棟又は治療室であること。
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする常勤医師が 2 名以上（うち 1 名は精神保健指定医）
- ③ 看護師配置常時 10 対 1 以上（夜勤看護師 2 名以上）
- ④ 専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ 1 名以上

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止する。

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>重症者加算 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>1 重症者加算1 60点(改)</p> <p>2 重症者加算2 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 <u>重症者加算1</u></p> <p><u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</u></p> <p>2 <u>重症者加算2</u></p> <p><u>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</u></p>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

2. 精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院調整加算（退院時） 500点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

- (1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。
- (2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。
「重点課題2-5-③」を参照のこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（1日につき6時間）と精神科ショート・ケア（1日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

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>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【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>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</u></p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して</u></p>

	精神科デイ・ケアを行った場合は、 所定点数の100分の50に相当する点 数を算定する。ただし、入院中1回 までとする。
--	--

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,000点(改) 疾患別等診療計画加算 40点(新) [算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

3. 通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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等が通院・在宅精神療法を行っ	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 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科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合		いる精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	500点	<u>700点</u> (改)
2 1 以外の場合		2 1 以外の場合		
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点	
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点	
		<p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に<u>25点</u>を加算する。</p>		

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<u>ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内</u>に限り算定する。</p>

4. 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現 行	改定案
<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p>1 <u>認知療法・認知行動療法 1</u></p> <p style="text-align: right;">500点(新)</p> <p>2 <u>認知療法・認知行動療法 2</u></p> <p style="text-align: right;">420点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法 1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法 2</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>

5. 向精神薬の多量・多剤投与の適正化

(1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>③ 他の精神科専門療法と同一日に</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② <u>当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</u></p> <p>③ 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ <u>抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。</u></p> <p>⑤ 他の精神科専門療法と同一日に</p>

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
--	--

6. 治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（1月につき） 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （1月につき）</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調</u></p>

	<p><u>症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>クロザピン</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。</u></p> <p>② <u>副作用に対応できる体制が整備されていること。</u></p>
--	---

7. 精神科リエゾンチーム加算を新設する。
「重点課題1-4-①」を参照のこと。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】 (1日につき) [包括範囲] 診療にかかる費用(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、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】 (1日につき) [包括範囲] 診療にかかる費用(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、精神科専門療法、<u>J-038人工腎臓(入院60日以内に限る)</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

2. 認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

(新) 認知症夜間対応加算(1日につき) 84点

[算定要件]

- ① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- ② 入院日から30日以内であること。

3. 退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>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配置されていること。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 <u>300点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に<u>退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従の従事者1人（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）</u>が配置されていること。</p>

認知症患者の外来診療の評価

骨子【I-4-(2)】

第1 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 認知症専門診断管理料の見直し

現 行	改定案
<p>【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に</p>	<p>【認知症専門診断管理料】(1人につき1回)</p> <p>1 <u>認知症専門診断管理料1</u> 700点(改)</p> <p>2 <u>認知症専門診断管理料2</u> 300点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認</p>

<p>紹介した場合に算定。</p>	<p>知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。</p> <p>③ <u>認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。</u></p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>② <u>他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定。</u></p>
-------------------	---

2. 認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)

[算定要件]

専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【I-4-(3)】

第1 基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 夜間ケア加算 100点（1日につき）

[算定要件]

- ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。
- ② 当該加算を算定した日から起算して1年以内に限る。

[施設基準]

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する

医療連携の評価

骨子【I-4-(4)】

第1 基本的な考え方

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

(新)	<u>地域連携認知症集中治療加算（退院時）</u>	1,500点
(新)	<u>地域連携認知症支援加算（再転院時）</u>	1,500点

[算定要件]

- ① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、BPSD等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。
- ② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、60日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

結核病棟入院基本料における退院基準の評価

骨子【I-5-(1)】

第1 基本的な考え方

結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、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

結核病棟入院基本料において、感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>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、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>	<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、<u>15対1入院基本料</u>、<u>18対1入院基本料</u>又は<u>20対1入院基本料</u>の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>

<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>	<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>
---	---

結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等(院内DOTS)を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

現 行		改定案	
【結核病棟入院基本料】(1日につき)		【結核病棟入院基本料】(1日につき)	
1	7対1入院基本料 1,447点	1	7対1入院基本料 <u>1,555点</u> (改)
2	10対1入院基本料 1,192点	2	10対1入院基本料 <u>1,300点</u> (改)
3	13対1入院基本料 949点	3	13対1入院基本料 <u>1,092点</u> (改)
4	15対1入院基本料 886点	4	15対1入院基本料 <u>934点</u> (改)
5	18対1入院基本料 757点	5	18対1入院基本料 <u>798点</u> (改)
6	20対1入院基本料 713点	6	20対1入院基本料 <u>752点</u> (改)
		[施設基準]	
		<p><u>結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。</u></p> <p><u>施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。</u></p>	

陰圧室、無菌治療室の適正な評価

骨子【I-5-(3)】

第1 基本的な考え方

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室加算）について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

第2 具体的な内容

1. 二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

現 行	改定案
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。<u>ただし、陰圧室加算を算定する日にあつては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。</u></p>

2. 無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。なお、経過措置として平成25年3月31日までは従前の例による。

現 行	改定案
【無菌治療室管理加算】(1日につき)	【無菌治療室管理加算】(1日につき)

3,000点	<p>1 無菌治療室管理加算 1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算 2 2,000点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算 1</p> <p>① <u>個室であること。</u></p> <p>② 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>③ 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス6以上</u> であること。</p> <p>④ <u>室内の空気の流れが一方向であること。</u></p> <p>2 無菌治療室管理加算 2</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス7以上</u> であること。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度がクラス1万以下であること。</p>	

[経過措置]

現在、この加算を算定している医療機関は、平成25年3月31日までは無菌治療室管理加算1を算定できる。

感染防止対策への評価

骨子【I-5-(4)】

第1 基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

(新) 感染防止対策加算 1 400点 (入院初日)

(新) 感染防止対策加算 2 100点 (入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算 1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点（入院初日）

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）
	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,900点(新)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,750点(改)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,600点

2. また、重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

[施設基準]

- ① 常時 13 対 1 以上の看護配置があること。(看護師 7 割以上、夜勤看護職員 2 名以上)
- ② 常時 30 対 1 以上の看護補助者の配置があること。
- ③ 専任のリハビリテーション科の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以

上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置があること。

- ④ 在宅復帰率が7割以上であること。
- ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者（日常生活機能評価で10点以上の患者）であること。
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2

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 1,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>【重症患者回復病棟加算】（1日につき） 50点</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>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 <u>1,750点</u>(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>⑥ <u>重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</u></p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料における包括範囲について見直

しを行う。

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>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、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）、地域連携診療計画退院時指導料（I）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、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）、地域連携診療計画退院時指導料（I）、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

早期リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

第2 具体的な内容

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき) 早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき)</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 (14日以内) <u>イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> 75点(新)</p> <p>ロ その他の場合 30点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算 2 (15日以上30日以内) 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 <u>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。</u></p>

<p>【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】 注2（1単位につき）</p> <p>早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p> <p>【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】 注2（1単位につき）</p> <p>1 早期リハビリテーション加算1 (14日以内)</p> <p>イ <u>リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> 75点(新)</p> <p>ロ その他の場合 30点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 (15日以上30日以内) 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 <u>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内</u>に限り算定する。</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p>
--	--

外来リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(3)】

第1 基本的な考え方

外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 1</u>	<u>69 点 (7日につき)</u>
(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 2</u>	<u>104 点 (14日につき)</u>

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料 1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーション診療料 2

- ① リハビリテーション実施計画において、2週間に2日以上疾患別リハビリ

テーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

- ② 算定日から 14 日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から 14 日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

[施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。

訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作（以下ADLという）が低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

第2 具体的な内容

- 急性増悪等のためにADLが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。<u>ただし、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合、6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定する。</u></p>

- 上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合にも、6月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

リハビリテーションの充実について

骨子【I-6-(5) (6)】

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

「重点課題2-6-①」を参照のこと。

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

「重点課題2-6-①」を参照のこと。

3. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長し、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

「重点課題2-6-②」を参照のこと。

生活の質に配慮した歯科医療

骨子【I-7-(1)】

骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を明示し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算(仮称)」に改める。

また、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

2. 例えば、糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があることを踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

第2 具体的な内容

1. 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算を歯科診療特別対応加算に改め、対象者の明確化を図る。

現 行	改定案
<p>【障害者加算（初診料・再診料の加算）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻りに治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。 	<p>【<u>歯科診療特別対応加算（初診料・再診料の加算）</u>】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>著しく歯科診療が困難な者</u>に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <u>（改）</u> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>著しく歯科診療が困難な者</u>」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻りに治療の中断が必要な状態、<u>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻りに見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態</u>又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算</u>を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。<u>（改）</u>

2. 歯科診療特別対応地域支援加算の新設

(新) 歯科診療特別対応地域支援加算（初診料の加算、初診時1回）

100点

著しく歯科診療が困難な患者について、専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき、歯科医療機関で受け入れ外来で診療を行った場合の評価を新設する。

[算定要件]

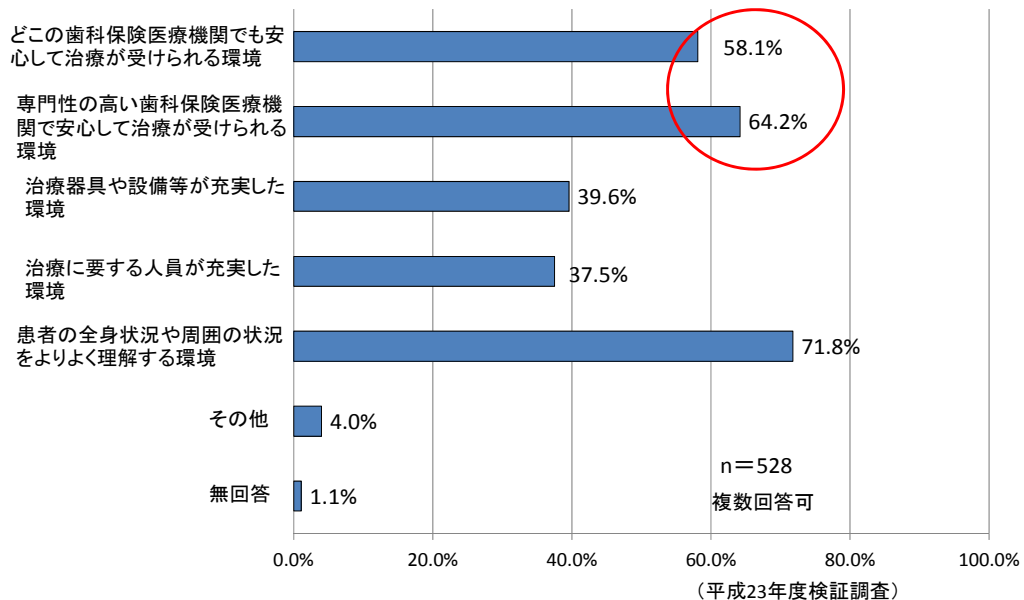
歯科診療を実施している保険医療機関（診療所であって、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関は除く。）において、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、月1回に限り所定点数に加算する。

3. 著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進

著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療を専門的に行う医療機関と地域の歯科診療を担う医療機関との連携促進を図る観点から、これらの医療機関に対して、基本診療料に係る歯科診療特別対応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	
【診療情報提供料 I】	250点	【診療情報提供料 I】	250点
		<p><u>注 歯科診療特別対応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が、歯科診療特別対応加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。(新)</u></p>	

歯科医療を受けるにあたり希望すること (平成23年度検証調査)



4. 歯の保存に資する技術の評価

一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するために行われる継続的な歯周病安定期治療について、歯周病に対するリスクが高い者に関しては治療間隔期間の短縮を図る等、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

(1) 歯周病に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p data-bbox="331 790 860 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="316 958 860 1279">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>	<p data-bbox="904 790 1433 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="888 958 1433 1391">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合においてはこの限りでない。（改）</p> <p data-bbox="904 1473 1066 1507">[算定要件]</p> <p data-bbox="904 1532 1445 2018">・ <u>2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うこと。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる以下の場合については、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。なお、この場合、</u></p>

		<p>実施する理由（イ 歯周外科手術を実施した場合は除く。）<u>、全身状態等を診療録に記載すること。また、口又はハに関しては主治の医師からの文書を添付すること。</u></p> <p><u>イ 歯周外科手術を実施した場合</u></p> <p><u>ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合</u></p> <p><u>ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合</u></p> <p><u>ニ 侵襲性歯周炎の場合</u></p> <p style="text-align: right;">(改)</p>
【歯周基本治療】		【歯周基本治療】
1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点		1 スケーリング (3分の1顎につき) <u>66点(改)</u>
2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)		2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)
イ 前歯 58点		イ 前歯 <u>60点(改)</u>
ロ 小臼歯 62点		ロ 小臼歯 <u>64点(改)</u>
ハ 大臼歯 68点		ハ 大臼歯 <u>72点(改)</u>
3 歯周ポケット搔爬(盲嚢搔爬) (1歯につき)		3 <u>歯周ポケット搔爬</u> (1歯につき)
イ 前歯 58点		イ 前歯 <u>60点(改)</u>
ロ 小臼歯 62点		ロ 小臼歯 <u>64点(改)</u>
ハ 大臼歯 68点		ハ 大臼歯 <u>72点(改)</u>
【歯周外科手術】(1歯につき) (例)		【歯周外科手術】(1歯につき) (例)
4 歯肉剥離搔爬手術 600点		4 歯肉剥離搔爬手術 <u>620点(改)</u>

<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 730 点</p> <p>2 次手術 300 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>・手術時歯根面レーザー応用加算 40点</p>	<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 <u>760 点 (改)</u></p> <p>2 次手術 <u>320 点 (改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>・手術時歯根面レーザー応用加算 <u>60点 (改)</u></p> <p><u>【歯周病部分的再評価検査】15 点 (新)</u> <u>(1 歯につき)</u></p> <p><u>注 歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に 1 回に限り算定する。</u> <u>(新)</u></p>
--	--

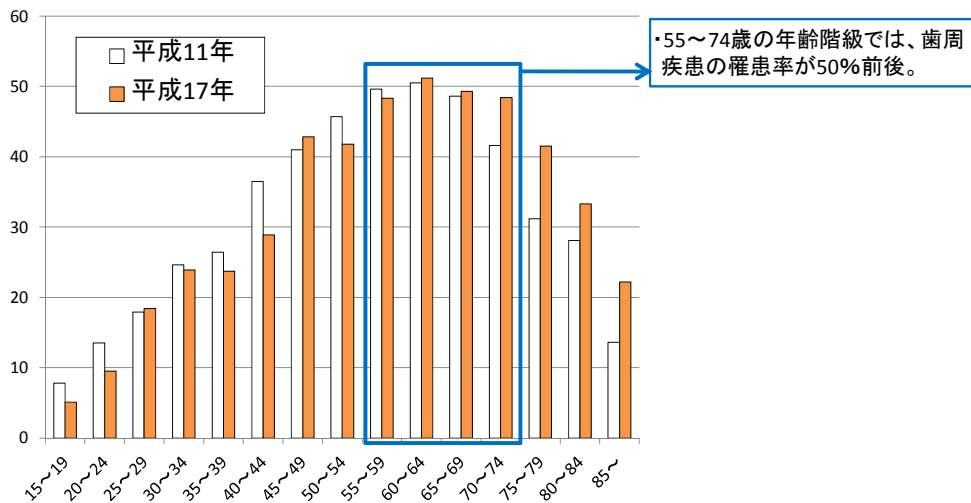
(2) 歯内療法に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 25 点</p>	<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 <u>30 点 (改)</u></p>
<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 220 点</p>	<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>228 点 (改)</u></p>
<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 130 点</p>	<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>144 点 (改)</u></p>
<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>	<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>

<p>(例)</p> <p>1 単根管 20点</p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。</p>	<p>(例)</p> <p>1 単根管 26点(改)</p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。(改)</p>
---	---

年齢階級別の歯周疾患罹患率

(%) (4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合)

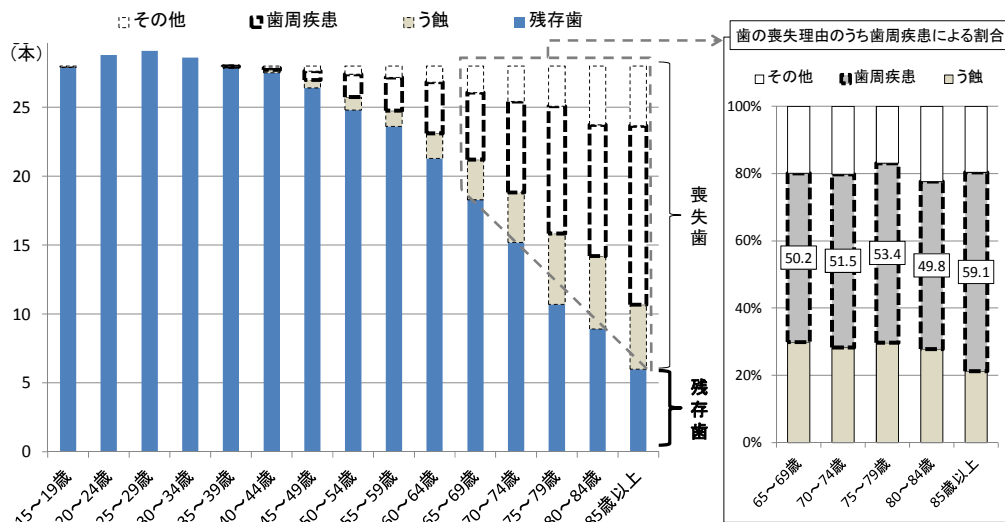


出典: 歯科疾患実態調査

(昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。)

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

- ・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
- ・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)及び歯科疾患実態調査(平成17年)をもとに作成

歯科矯正の適応症の拡大

骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

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が、患者の視点等を踏まえ、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の適応症について拡大を行う。

第2 具体的な内容

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> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂<small>しんがくこうがいれつ</small>に起因した咬合異常 ・顎離断<small>がくりだん</small>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。)ほか31疾患 	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂<small>しんがくこうがいれつ</small>に起因した咬合異常 ・顎離断<small>がくりだん</small>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。)ほか31疾患、 <u>小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン-ティビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の非症候性部分性無歯症 (改)</u>

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-7-(2)】

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

1. 歯周病とともに歯の喪失リスクであるう蝕に罹患した歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術の評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。
2. 臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については学会等からの要望も踏まえて診療報酬上に位置づける。

第2 具体的な内容

1. 歯の修復に資する技術や歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術について評価の見直しを行う。

(1) 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【初期う蝕小窩裂溝填塞処置】 120 点	【 <u>初期う蝕早期充填処置</u> 】 <u>122 点 (改)</u>
【歯冠修復物又は補綴物の除去】 (1 歯につき)	【歯冠修復物又は補綴物の除去】 (1 歯につき)
1 簡単 15 点	1 簡単 <u>16 点 (改)</u>
2 困難 30 点	2 困難 <u>32 点 (改)</u>
3 根管内ポストを有する鑄造体	3 根管内ポストを有する鑄造体

50 点	<u>54 点 (改)</u>
【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)	【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)
1 生活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 300 点	1 生活歯歯冠形成 イ <u>金属冠 306 点 (改)</u>
2 失活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 160 点	2 失活歯歯冠形成 イ <u>金属冠 166 点 (改)</u>
3 窩洞形成 イ 単純なもの 54 点 ロ 複雑なもの 80 点	3 窩洞形成 イ 単純なもの <u>60 点 (改)</u> ロ 複雑なもの <u>86 点 (改)</u>
【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) 120 点	【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) <u>126 点 (改)</u>
【鑄造歯冠修復】 (1 個につき) (例)	【金属歯冠修復】 (1 個につき) (例)
2 全部鑄造冠 445 点	2 <u>全部金属冠 454 点 (改)</u>
【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) 14 点	【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) <u>16 点 (改)</u>

(2) 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【支台築造印象】 (1 個につき) 20 点	【支台築造印象】 (1 個につき) <u>22 点 (改)</u>
【印象採得】	【印象採得】

<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p> □ 連合印象 60点</p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p> □ 連合印象 225点</p> <p> ハ 特殊印象 265点</p> <p> ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p> (1)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 275点</p> <p> (2)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 326点</p> <p> 【ポンティック（ダミー）】</p> <p> （1歯につき） 428点</p> <p> 【有床義歯】</p> <p> (例)</p> <p> 2 総義歯（1顎につき）</p> <p> 2,060点</p> <p> 【鑄造鉤】</p> <p> (例)</p> <p> 1 双歯鉤 224点</p> <p> 【フック、スパー】（1個につき）</p> <p> 96点</p> <p> 【バー】（1個につき）</p>	<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p> □ 連合印象 <u>62点（改）</u></p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p> □ 連合印象 <u>228点（改）</u></p> <p> ハ 特殊印象 <u>270点（改）</u></p> <p> ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p> (1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 <u>280点（改）</u></p> <p> (2)支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 <u>332点（改）</u></p> <p> 【ポンティック】</p> <p> （1歯につき） <u>434点（改）</u></p> <p> 【有床義歯】</p> <p> (例)</p> <p> 2 総義歯（1顎につき）</p> <p> <u>2,100点（改）</u></p> <p> 【鑄造鉤】</p> <p> (例)</p> <p> 1 <u>双子鉤</u> <u>230点（改）</u></p> <p> 【フック、スパー】（1個につき）</p> <p> <u>103点（改）</u></p> <p> <u>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。（新）</u></p> <p> 【バー】（1個につき）</p>
---	--

<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー 430 点</p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) 220 点</p> <p>注3 歯科技工加算 20 点</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 750点</p>	<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー 438 点(改)</p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) 224 点(改)</p> <p>注3 歯科技工加算 22 点(改)</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 770点(改)</p>
--	--

(3) その他の技術の評価の見直し

臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については、学会等からの要望も踏まえて診療報酬点数表上に位置づける。

① 機械的歯面清掃加算の位置づけの見直し

歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算である機械的歯面清掃加算については、その位置付けの見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃加算(歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の加算)】 60 点</p> <p>注 当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を</p>	<p>【<u>機械的歯面清掃処置</u>】 60 点(新)</p> <p>注 <u>歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者であって当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯</u></p>

<p>行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。</p>	<p>科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。（新）</p>
--	---

② 摂食機能の回復を目的とするもの（舌接触補助床）の位置づけの見直し

通知上、床副子の「著しく困難なもの」の1つに位置づけられている舌接触補助床を新たな項目として位置づける。

③ その他の処置項目

歯科治療上必要な処置について、診療報酬の歯科点数表に位置付けるとともに、一部の加算等の診療報酬の項目の見直しを行う。

（新） 上顎洞洗淨 55点

[算定要件]

・ 歯科疾患を原因として発生した上顎洞の炎症等に対して、歯科治療上必要があつて洗淨を行った場合に算定する。

新規医療技術の保険導入等 (歯科)

骨子【I-7-(3)】

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等を行う。

第2 具体的な内容

1. 接着ブリッジの適応範囲の拡大

現 行	改定案
<p>【歯冠形成】 (1歯につき)</p> <p>注 鋳造冠については、前歯の4分の3冠、前歯の前装鋳造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</p> <p>【鋳造歯冠修復】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る鋳造歯冠修復及び保険医療材料料は、「4分の3冠」に準じて算定する。</p>	<p>【歯冠形成】 (1歯につき)</p> <p>注 金属冠については、前歯の4分の3冠、前歯の<u>レジン前装金属冠</u>及び<u>接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</u> (改)</p> <p>【金属歯冠修復】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については4分の3冠に準じて算定し、<u>臼歯部については5分の4冠に準じて算定する。</u> (改)</p>

2. 上顎骨形成手術及び下顎骨形成手術の項目の追加

現 行	改定案
【上顎骨形成術】	【上顎骨形成術】 <u>3 骨移動を伴う場合</u> 72,900点(新)
【下顎骨形成術】	【下顎骨形成術】 <u>4 骨移動を伴う場合</u> 54,210点(新)
	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、先天異常に対して行 われた場合に限り算定する。(新)

3. 歯科ドレーン法の新設

(新) 歯科ドレーン法 50点

[算定要件]

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要な場合に、持続的な吸引を行った場合に1日につき、所定点数により算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

4. 歯冠修復の充填の見直し

歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う充填を評価するとともに充填の評価体系を改める。

現 行	改定案
<p>【充填】</p> <p>充填（1歯につき）</p> <p>1 単純なもの 100点</p> <p>2 複雑なもの 148点</p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【充填】</p> <p><u>充填（1歯につき）</u></p> <p><u>1 充填1</u></p> <p><u>イ 単純なもの 102点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 152点（改）</u></p> <p><u>2 充填2</u></p> <p><u>イ 単純なもの 57点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 105点（改）</u></p> <p><u>注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。（改）</u></p> <p><u>注2 充填1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。（改）</u></p>

先進医療の保険導入 (歯科)

骨子【I-7-(3)】

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、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1 広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

広範囲顎骨支持型装置とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物をいい、広範囲顎骨支持型補綴とは、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為をいう。

(新) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (1顎一連につき)

- 1 1回法による手術 14,500点
 - 2 2回法による手術
 - イ 1次手術 11,500点
 - ロ 2次手術 4,500点
- 注 2/3顎以上の範囲にわたる場合は所定点数に4,000点を加算する。

[算定要件]

(1) 当該手術は、以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯 (顎堤形成後の有床義歯を含む) では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損又は歯槽骨欠損症例 (歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く。) 若しくはこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した1/3顎程度以上の顎骨欠損症例若しく

は上顎洞又は鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した1／3顎程度以上の歯槽骨欠損（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く）又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

□ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した1／3顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。

（2）当該手術の保険医療材料は別に算定する。

[施設基準]

- （1） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- （2） 当該診療科に係る5年以上の経験および当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- （3） 病院であること。
- （4） 当直体制が整備されていること。
- （5） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（新） 広範囲顎骨支持型補綴

- 1 ブリッジ形態のもの・・・18,000点（3分の1顎につき）
- 2 床義歯形態のもの・・・13,000点（1顎につき）

[算定要件]

- （1） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
- （2） 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

その他、広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴物修理についても評価を行う。

画像診断に係る評価の新設

骨子【I-7-(3)】

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、歯科診療における歯科用3次元エックス線断層撮影による評価を新設する。

第2 具体的な内容

歯科用3次元エックス線断層撮影の新設

従来の歯科用エックス線撮影及びパノラマ断層撮影では診断が困難な症例において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いることによって、より精度の高い診断が可能となる画像診断技術の評価を新設する。

※現在は、医科点数表の準用により算定されている。

(新) 歯科用3次元エックス線断層撮影

撮影料 600点

診断料 450点

[算定要件]

(1) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該断層撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを3次元的に確認する場合に限り算定する。

- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
- ロ 顎関節症等、顎関節の形態
- ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
- ニ 腫瘍等、病巣の広がり

ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等確認する特段の必要性が認められる場合

- (2) 歯科用3次元エックス線断層撮影の診断料は、回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。
- (3) 歯科用3次元エックス線断層撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500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は所定点数に含まれるものとする。

医療技術の適切な評価

骨子【I-8-(1)】

第1 基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

第2 具体的な内容

1. 手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

(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8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

(2) 評価対象手術

手術料の見直しについては、外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

2. 内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

①高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

(導入された技術の例)

ア) 時間内歩行試験

イ) 脳波検査判断料

ウ) ヘッドアップティルト試験

「I-8-③」を参照のこと。

②高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

(対応する技術)

ア) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ) 植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ) 心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

- カ) 高度難聴指導管理料の評価の引き上げ
- キ) 在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価の引き上げ
- ク) 小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ
- ケ) 難病外来指導管理料の評価の引き上げ

先進医療の保険導入

骨子【I-8-(2)】

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

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

(1月27日に提示済み)

(導入された技術の例)

- (1) CTガイド下気管支鏡検査
- (2) 腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術
- (3) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- (4) 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- (5) マイクロ波子宮内膜アブレーション
- (6) 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術

医療技術の評価及び再評価

骨子【I-8-(3)】

第1 基本的な考え方

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

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ保険導入を行う。
(1月27日に提示済み)

(評価された技術の例)

- ①コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
- ②時間内歩行試験 (資料1)
- ③ヘッドアップティルト試験 (資料2)
- ④高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査 (資料3)
- ⑤筋肉内コンパートメント内圧測定
- ⑥顔面多発骨折変形治癒矯正術
- ⑦内視鏡下神経剥離術
- ⑧内視鏡下経蝶形骨洞手術
- ⑨低侵襲性経肛門的局所切除術 (MITAS)
- ⑩大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術 (資料4)
- ⑪下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
- ⑫脳波検査判断料

(資料 1) 時間内歩行試験

○ 技術の概要

時間内（6分間）に呼吸器・循環器疾患を持つ患者にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験。特別な器具や設備を必要とせず、比較的重症例にも実施可能であり、日常生活における機能障害の重症度を評価するのに適している。米国胸部学会が標準的な実施方法・評価方法を定めており、標準的な検査として確立している。

【参考 1 時間内歩行試験の特徴】

- 客観的に日常的な機能障害を評価可能
- 在宅酸素療法等の治療方針の決定に有用
- 特別な器具や設備が不要

【参考 2 時間内歩行試験の検査風景】



検査の実施方法

- ① 検査前の血圧・脈拍・動脈血酸素飽和度・主観的な症状の程度等を記録し、歩行の方法等の説明を行う。
- ② マニュアルに定められた声かけを行いながら、患者を6分間歩行させる。
- ③ 6分経過後、歩行を中止する。

(資料2) ヘッドアップティルト試験

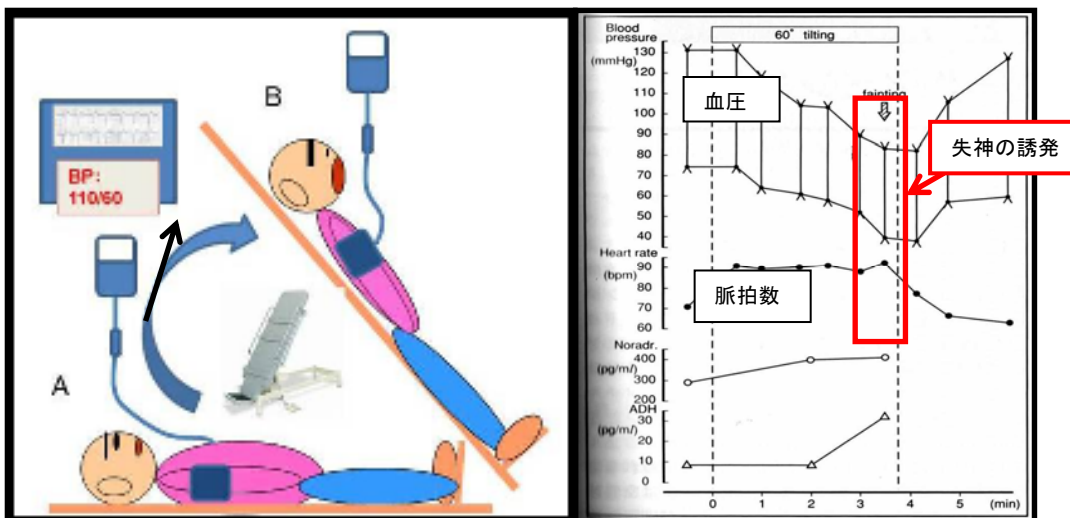
○ 技術の概要

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60~80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察する。神経調節性失神(※)を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能となるもので、特異性の高い検査法である。診断確定だけでなく、その程度の把握に有用な検査である。

※ 神経調節性失神

失神の原因で最も多い。長時間の起立により、静脈血が下半身にうっ滞し、心拍出量が減少するが、自律神経がそれを調節する際に、心拍数が減少し、失神が誘発されることがあり、これを神経調節性失神と言う。心疾患を有しない者の神経調節性失神の予後は良好で、直接死因になることは稀であるが、失神に伴う頭部外傷等には注意が必要となる。

【参考1 ヘッドアップティルト試験の模式図】【参考2 試験中の血圧や脈拍数の推移の例】



検査の実施方法

- ① Aの状態から、Bの状態へ被験者を起こし、25~45分間保持する。
- ② 血圧、脈拍数等を観察し、脈拍数の減少(徐脈)、血圧の低下、意識消失の有無を確認する。

(資料3) 高解像度赤外線 CCD を用いた眼振検査

○ 技術の概要

赤外線 CCD カメラが装着されたゴーグルにより、眼振及び異常眼球運動を TV 画面上に拡大してモニターし、評価を行う。従来の電気眼振図やフレンツェル眼鏡を用いた眼振検査に比べ、小さな眼振も検出することが可能である。

【参考1 実際の検査の様子】



【参考2 眼振の検出により診断される疾患の例】

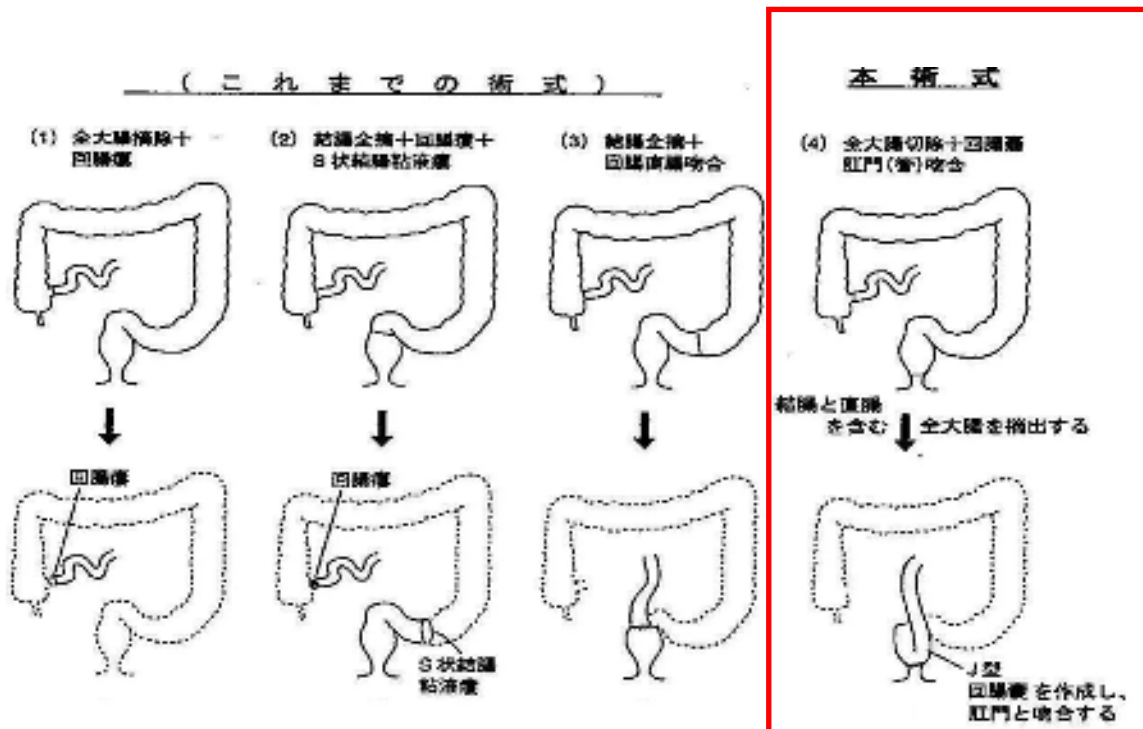
- 1) 良性発作性頭位めまい症
- 2) メニエール病
- 3) 内耳炎
- 4) 前庭神経炎
- 5) めまいを伴う突発性難聴
- 6) 外リンパ瘻
- 7) 遅発性内リンパ水腫
- 8) 聴神経腫瘍

(資料4) 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術

○ 技術の概要

潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症などの病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。これまでの方法は、病変発生母地となりえる直腸を温存するか、ストーマを造設していたが、本術式では直腸を切除可能で、かつ排便機能が温存される。

【参考 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術とこれまでの術式の比較】



新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【I-9-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 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。
2. その他の医療材料等にかかる管理料等についても、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. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている22技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

(技術の例)

①経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術	10,000点
②植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (初日)	58,500点
植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (2日目以降30日まで)	5,000点
植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (31日目以降90日まで)	2,780点
植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (91日目以降)	1,500点

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている12の検査について、新たに検査実施料を新設する。

(検査の例)

①レジオネラ核酸検出	300点
②HE-IgA (定性)	210点

3. 新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

(薬剤の例)

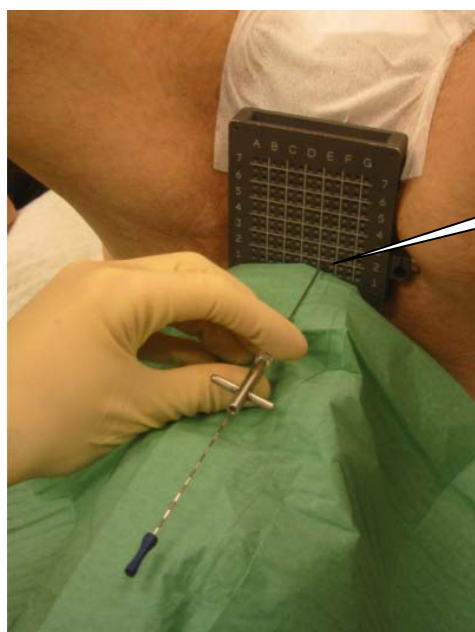
①エベロリムス製剤

②ミコフェノール酸モフェチル製剤

(資料1)

放射線治療用経皮的体内金属マーカ一留置術

放射線治療の際に、画像上で確認することができる識別マーカ一を作成するためのコイルを体内に植込む。これにより放射線治療の精度の向上が期待できる。

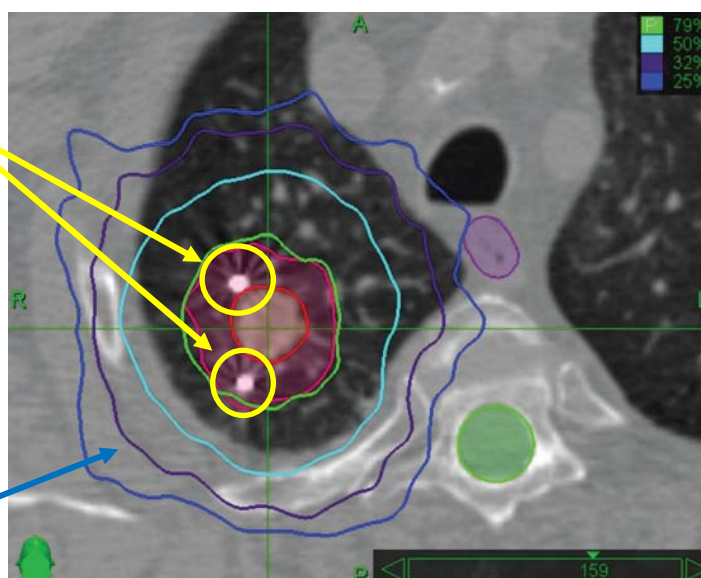


内部に装填されているコイル

当該製品を体内に設置している図

設置されたマーカ一にあわせて、毎回の放射線治療のたびに位置調節を行う。

放射線治療において、放射線が照射される範囲と線量

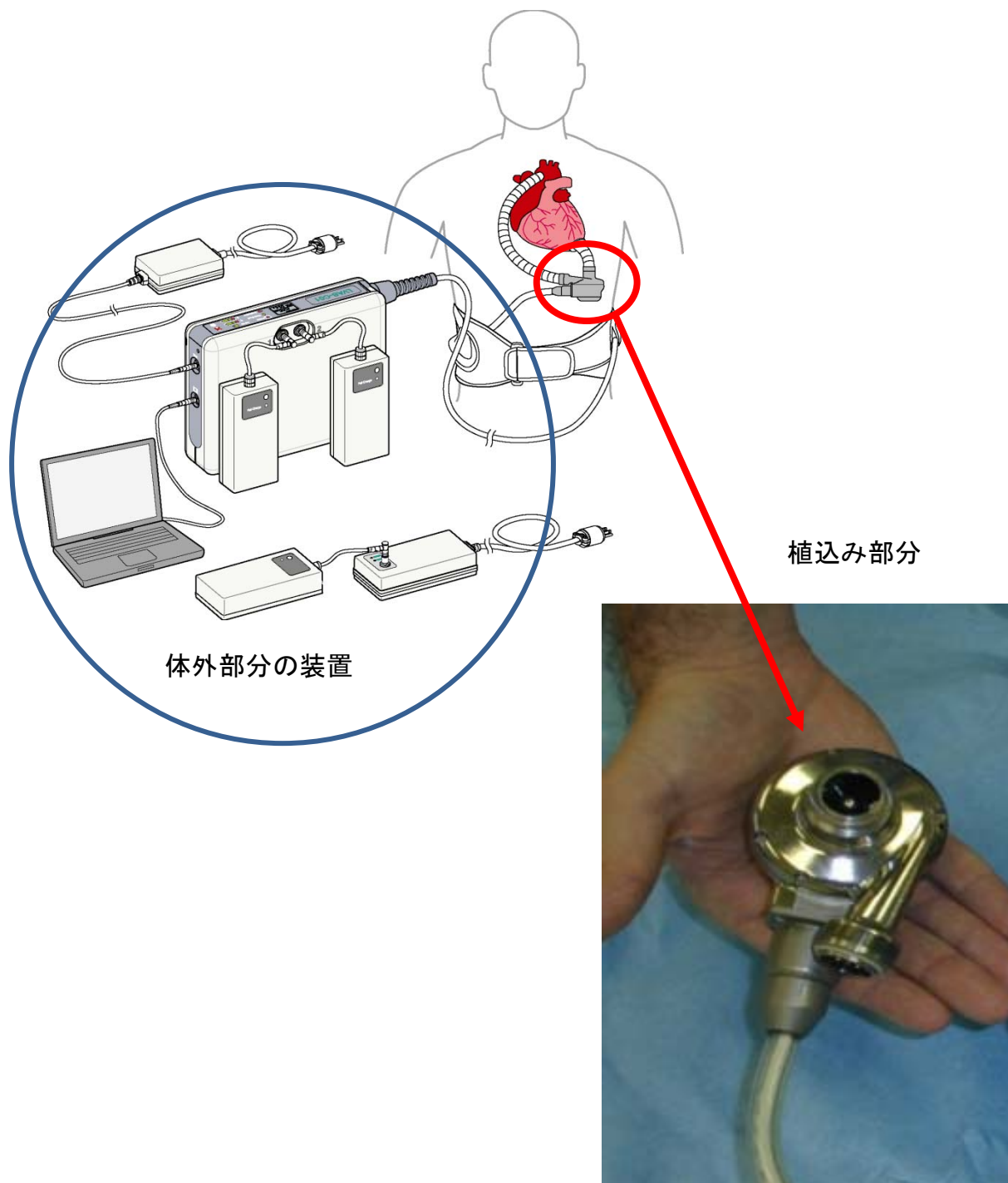


放射線治療の計画を立てる際の画像(例)

(資料2)

植込型補助人工心臓（非拍動流型）

心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法等によっても継続した代償不全に陥っており、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善のために体内に植込んで使用する。



外来化学療法の評価の充実

骨子【I-9-(2)】

第1 基本的な考え方

現在、外来化学療法加算において、通常の点滴よりも手厚い体制や設備のもと、外来における化学療法が行われることを評価している。

がんに対する化学療法については、狭義の抗悪性腫瘍剤のみならず、ホルモン剤などが用いられる様になり、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、いわゆる分子標的治療薬については、がんの化学療法だけでなく、自己免疫性疾患等にも使用されており、その際は、化学療法と同様の管理が必要な場合もある。

これらの実態を踏まえ、外来化学療法加算について、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算】</p> <p>イ 外来化学療法加算 1 550 点</p> <p>(15 歳未満の患者に対して行った場合は 750 点)</p>	<p>【外来化学療法加算】</p> <p>1 外来化学療法加算 1</p> <p> イ 外来化学療法加算 A</p> <p> (1) 15 歳未満 780 点 (新)</p> <p> (2) 15 歳以上 580 点 (新)</p> <p> ロ 外来化学療法加算 B</p> <p> (1) 15 歳未満 630 点 (新)</p> <p> (2) 15 歳以上 430 点 (新)</p>

<p>□ 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 700 点)</p>	<p>2 外来化学療法加算 2</p> <p>イ 外来化学療法加算 A</p> <p>(1) 15 歳未満 700 点 (新)</p> <p>(2) 15 歳以上 450 点 (新)</p> <p>ロ 外来化学療法加算 B</p> <p>(1) 15 歳未満 600 点 (新)</p> <p>(2) 15 歳以上 350 点 (新)</p>
--	---

[算定要件]

- ① 外来化学療法加算 A は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤、又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、G O O O 以外によって投与した場合に算定する。
- ② 外来化学療法加算 B は、外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合に算定する。
- ③ いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得て、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。

[施設基準]

外来化学療法加算 1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施し

ている時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来化学療法加算2

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ③ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ④ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑤ 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－（１）】

第１ 基本的な考え方

1. 医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。
2. また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。
 - (1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。
 - (2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。
「Ⅰ－５－④」を参照のこと。
2. 高い機能を有するCT撮影装置及びMRI撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置、MRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

歯科医療の総合的な環境整備の評価

骨子【Ⅱ－１－（２）】

第１ 基本的な考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。

第２ 具体的な内容

歯科医療の総合的な環境整備を行っている歯科医療機関を評価

再診時歯科外来診療環境体制加算の新設及び歯科外来診療環境体制加算（初診時）を見直す。

現 行	改定案
<p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p style="text-align: center;">30 点</p>	<p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p style="text-align: right;">28 点（改）</p> <p>【再診時歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】</p> <p style="text-align: right;">2 点（新）</p> <p>注 <u>歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に 2 点を加算する。</u> (新)</p>

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－（１）】

第１ 基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２ 具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点（入院初日）

[施設基準]

- ① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

2. 入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－（３）】

第１ 基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２ 具体的な内容

1. 正当な理由については、現在、
 - (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
 - (2) 自動入金機を使用しており、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又は保険薬局であること。としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－3－(1)】

第1 基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は経過措置を設ける。

現 行	改定案
<p>第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。</p>	<p>第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<u>栄養管理体制</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 [栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養</p>

<p>【栄養管理実施加算】（1日につき） 12点</p>	<p>士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</p> <p>③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</p> <p><u>（削除）</u></p>
----------------------------------	---

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年 3 月 31 日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>

<p>対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p>【褥瘡患者管理加算】（入院中1回） 20点</p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>	<p>対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、<u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u></p> <p>④ <u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
--	---

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ11点ずつ引き上げる。

2. 療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1) 療養病棟療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算 3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算 4 30点</p>	<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>1 療養病棟療養環境改善加算 1 80点(新)</p> <p>2 療養病棟療養環境改善加算 2 20点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に療養病棟療養環境加算 3、4 の届出を行っている病棟にあつては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2) 診療所療養病床療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
【診療所療養病床療養環境加算】（1	【診療所療養病床療養環境加算】（1

<p>日につき)</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算 1 100点</p> <p>2 診療所療養病床療養環境加算 2 40点</p>	<p>日につき)</p> <p>診療所療養病床療養環境加算 100点</p> <p><u>【診療所療養病床療養環境改善加算】</u></p> <p><u>診療所療養病床療養環境改善加算</u> 35点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないもの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>
---	--

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に診療所療養病床療養環境加算 2 の届出を行っている病床にあっては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－3－(2)】

第1 基本的な考え方

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平易化等を図る。

第2 具体的な内容

1. 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、学会等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
<small>しが</small> 歯牙 <small>ししゅうそしきけんさ</small> 歯周組織検査 <small>しよき しよくしやう くれつこうてんそくしよち</small> 初期う蝕 小窩裂溝填塞処置 <small>ちゅうぞうかん</small> 鑄造冠 <small>ぜんそうちゅうぞうかん</small> 前装鑄造冠	<small>は</small> 歯（改） <small>ししゅうびょうけんさ</small> 歯周病検査（改） <small>しよき しよくそうきじゆうてんしよち</small> 初期う蝕 早期充填処置（改） <small>きんぞくかん</small> 金属冠（改） <small>ぜんそうきんぞくかん</small> レジン前装金属冠（改）

2. 診療報酬点数表の簡素化等

歯科診療報酬において、代替の医療技術に置き換わった、臨床上行われていない治療等については、学会等からの提案も参考としつつ診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ・ 圧迫麻酔
- ・ デンタルゼロラジオグラフィー
- ・ 臼歯金属歯
- ・ 帯環金属冠修理
- ・ 金合金鉤修理

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

骨子【Ⅲ－1－(1) (4) (5)】

第1 基本的な考え方

患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件の見直し、また、10対1の入院基本料、13対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度（以下、「看護必要度」という。）に係る評価の導入及び患者の状態像に合わせた評価等を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直し

平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基</p>	<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>18日以内</u>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基</p>

<p>準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が28日以内であること。</p> <p>② 当該病棟に入院している患者の看護必要度について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。</p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が30日以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p>	<p>準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>26日</u>以内であること。</p> <p>② <u>看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</u></p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>28日</u>以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること（<u>悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く</u>）。</p>
--	---

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。

2. 一般病棟における10対1入院基本料の算定要件の見直し

(1) 現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料10対1、特定機	【一般病棟入院基本料10対1、特定機

<p>能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>一般病棟看護必要度評価加算 5点</p>	<p>能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。</p> <p>(削除)</p>
---	--

[経過措置]

10 対 1 入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成 24 年 7 月 1 日とする。

(2) 10 対 1 入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

- (新) 看護必要度加算 1 30 点
- (新) 看護必要度加算 2 15 点

[算定要件]

看護必要度加算 1

必要度基準 15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

看護必要度加算 2

必要度基準 10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

3. 入院基本料 13 対 1 の算定要件の見直し

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の 13 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]

一般病棟13対1入院基本料、専門病棟13対1入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定する。

4. 救命救急入院料1及び3における看護配置については、明確な基準を設けていないため、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

「重点項目1-1-①」を参照のこと。

5. 小児特定集中治療室管理料の新設等、小児救急医療に対して以下の見直しを行う。

(1) 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

(2) 特定集中治療室管理料小児加算の引き上げを行う。

(3) 特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

「重点項目1-1-①」を参照のこと。

効率化の余地のある入院についての適正な評価

骨子【Ⅲ－１－（２）】

第１ 基本的な考え方

一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について適正な評価とする。

第２ 具体的な内容

１．金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料の適正化

金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が40%を超える医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]

以下のいずれも満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 入院全体のうち金曜日に入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のいずれも満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもの
- ② 算定された日に手術、1000点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

2. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料の適正化

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、午前中の退院の割合が 90%を超える医療機関について、30 日以上入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を 8%減額する。

[対象医療機関]

以下のすべてを満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 退院全体のうち午前中に退院するものの割合が 90%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のすべてを満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、退院日に算定されたもの
- ② 退院調整加算が算定されていないもの
- ③ 算定された日に手術、1000 点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

亜急性期入院医療管理料の見直し

骨子【Ⅲ－１－（３）】

第１ 基本的な考え方

亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから評価体系の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改める。

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>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 60日を限度として一般病棟の病</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】（１日につき）</p> <p>1 <u>亜急性期入院医療管理料 1</u> 2,050点(改)</p> <p>2 <u>亜急性期入院医療管理料 2</u> 1,900点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 ① <u>60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</u></p> <p>② <u>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 ① <u>60日を限度として一般病棟の病</u></p>

室単位で算定する。

[施設基準]

1 亜急性期入院医療管理料 1

① 届出可能病床は一般病床数の1割以下。ただし、400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。

② 看護職員配置が常時13対1以上。

③ 診療録管理体制加算を算定していること。

④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。

⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料 2

① 200床未満であること。

② 届出可能病床は一般病床数の3割以下。ただし、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

③ 看護職員配置が常時13対1以上。

④ 診療録管理体制加算を算定していること。

室単位で算定する。

② 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。

[施設基準]

1 亜急性期入院医療管理料 1

① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

② 看護職員配置が常時13対1以上。

③ 診療録管理体制加算を算定していること。

④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること

⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料 2

(削除)

① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

② 看護職員配置が常時13対1以上。

③ 診療録管理体制加算を算定していること。

<p>⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑥ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>⑦ 治療開始日より3週間以内に7対1入院基本料、10対1入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が2／3以上であること。</p>	<p>④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p><u>(削除)</u></p>
---	--

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅲ－１－（６）】

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等の見直し等については、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、DPC/PDPSにおいても、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/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。
5. 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関 A の暫定調整係数〕} &= \\ & \left(\text{〔医療機関 A の調整係数 (※)]} - \right. \\ & \left. \text{〔医療機関 A の属する医療機関群の基礎係数]} \right) \times 0.75 \end{aligned}$$

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を機能評価係数 I として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- (2) 現行の評価項目（6指数）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

①データ提出指数

現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応	
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児 2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）

- (3) 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。(詳細別表3)
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。

DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

「Ⅲ-1-⑤」を参照のこと。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成22年10月1日～平成23年9月30日（12ヶ月間）のデータ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① 手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数Ⅰとして整理）。</p> <p>② データの質の評価 A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。（新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定） B 今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号 ・ がんのUICC分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類 ※ なお、DPC 病院Ⅲ群について、外来診療に係るEFファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05点を目安に今後検討）を加算する。（同上）</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>											
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕											
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価</p> <p>（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="913 507 2045 726"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）</p> <p>地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ）</p> <p>〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】</p> <p>DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院Ⅲ群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】</p> <p>DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

<地域医療指数・体制評価指数別表2>地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価（「P」はポイントを表し、1項目1ポイント、但し上限は7ポイント）。

評価項目（各1P）	DPC 病院Ⅰ群及びDPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及びDPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及びDPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P）

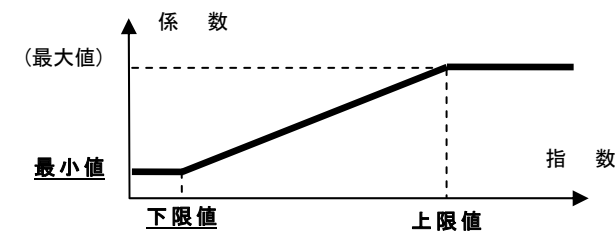
評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） 	<p>「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P）</p> <p>※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院。</p>
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表 3

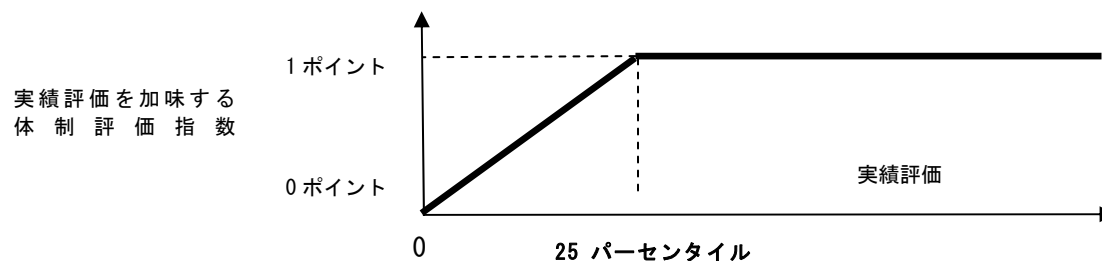
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセントタイル値を上限値1ポイント（つまり、実績を有する施設の上から4分の3は満点（1ポイント））。



D P C フォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－（７）】

第 1 基本的な考え方

急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、D P C 対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。また、D P C 対象病院における外来診療や入院診療の出来高算定患者（包括対象外の患者）に係るデータの提出についても出来高算定病院での取扱いと同様な評価を行う。この際、D P C 対象病院のデータ提出に係る評価（機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む）については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理（統合）する。

第 2 具体的な内容

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

（新） データ提出加算 1

イ	200 床以上の病院	100 点（退院時 1 回）
ロ	200 床未満の病院	150 点（退院時 1 回）

（新） データ提出加算 2

イ	200 床以上の病院	110 点（退院時 1 回）
ロ	200 床未満の病院	160 点（退院時 1 回）

[算定要件]

データ提出加算 1

- ① データ提出することをあらかじめ届出した上で、D P C フォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月 1 日から算定可能。
- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算

を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

データ提出加算 2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

[施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）、専門病院入院基本料（7対1又は10対1）、特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数I（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Iと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。

慢性期入院医療の適切な評価

骨子【Ⅲ－２】

第１ 基本的な考え方

急性期の医療機関との連携推進、慢性期医療の質の向上等の観点から、慢性期入院医療の適切な評価を行う。

第２ 具体的な内容

1. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料 13 対 1、15 対 1 算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1) 90 日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及び ADL 区分を用いた包括評価）とする。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料（13対1、15対1）】 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。	【一般病棟入院基本料（13対1、15対1）】 <u>届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</u>

(2) 90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

2. 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

「I-3-①」を参照のこと。

3. 療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分 2 を継続して算定可能とする。

併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

4. 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に対する経過措置については 2 年間延長し、次回改定における取り扱いについては、現場の実態を踏まえた措置を検討する。

5. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院 5 日以内から 7 日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-③」を参照のこと。

6. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1-1-④」を参照のこと。

7. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、

有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）、専門病院入院基本料（13 対 1）及び療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病床においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とする。

「重点課題 1-4-①」を参照のこと。

10. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

11. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「I-4-④」を参照のこと。

12. 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

「II-3-①」を参照のこと。

医療を提供しているが、

医療資源の少ない地域に配慮した評価

骨子【Ⅲ－３】

第1 基本的な考え方

2次医療圏において自己完結した医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

第2 具体的な内容

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関（ただし、一定規模の医療機関を除く）について、評価体系を見直す。

1. これらの地域では、他の地域と比べ、同一病院で様々な状態の患者を診療していることや、医療従事者の確保等が難しく病棟全体で看護要員の要件を満たすことが困難なこと等を踏まえ、入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする。

現 行	改定案
<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p>	<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p> <p><u>ただし、別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病</u></p>

	<u>院、D P C対象病院、一般病棟 7 対 1 入院基本料及び一般病棟10対 1 入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟においては、それぞれの病棟ごとに届出を行っても差し支えない。</u>
--	--

2. 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域)</u>	<u>1,750 点 (1日につき)</u>
(新)	<u>亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域)</u>	<u>1,650 点 (1日につき)</u>

[算定要件]

60 日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟 7 対 1 入院基本料及び一般病棟 10 対 1 入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料 1 と 2 をあわせて一般病床数の3 割以下。
- ③ 看護職員配置が常時15対 1に限る。
- ④ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
- ⑥ 在宅復帰率が6割以上であること。

3. チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(1) 栄養サポートチーム加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>栄養サポートチーム加算 (指定地域)</u>	<u>100 点 (週 1 回)</u>
-----	---------------------------	----------------------

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関に以下から構成される栄養サポートチームが設置されている。
 - ア 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤薬剤師
 - エ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の管理栄養士
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

(2) 緩和ケア診療加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 緩和ケア診療加算（指定地域） 200点（1日につき）

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関に以下から構成される緩和ケアチームが設置されている。
 - ア 身体症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

4. 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

(新) 特定一般病棟入院料（指定地域）

13対1入院料	1,092点
15対1入院料	934点

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関の病棟が一つであり、一般病床であること。

診療所の機能に着目した評価

骨子【Ⅲ－４－（１）（２）】

第１ 基本的な考え方

1. 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。
2. 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。

第２ 具体的な内容

1. 有床診療所における緩和ケアの推進

有床診療所において質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点（1日につき）

[算定要件]

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師（医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者）が配置されていること。

2. 有床診療所におけるターミナルケアの推進

有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する。

(新) 看取り加算

<u>在宅療養支援診療所の場合</u>	<u>2,000 点</u>
<u>その他の場合</u>	<u>1,000 点</u>

[算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から 30 日以内に看取った場合

[施設基準]

夜間に看護職員を 1 名以上配置していること。

3. 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。

4. 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は 2 室 8 床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

医療機関間の連携に着目した評価

骨子【Ⅲ－５－（４）】

骨子【Ⅲ－５－（11）】

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院５日以内から７日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1－1－③」を参照のこと。

2. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

3. 一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）において、急性期後の患者、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。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

4. 新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の２回算定可能とする。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

5. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13対1、15対1のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

6. 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

7. 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

(1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。

(2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。

(3) 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。

(4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

10. 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における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の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

11. 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

12. 入院 7 日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

13. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

14. 退院時共同指導料の評価の見直し

(1) 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料 2 を算定できるようにする。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

(2) 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

15. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

- ① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。
- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

16. 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき、訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題 2-3-⑤」を参照のこと。

17. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。また、紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

「I-1-⑥」を参照のこと。

18. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

19. リンパ浮腫指導管理料について、手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。また、がん患者カウンセリング料について、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

20. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。
「I-3-①」を参照のこと。
21. 精神科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、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。
「I-3-①」を参照のこと。
22. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「I-4-①」を参照のこと。
23. 認知症専門診断管理料の見直しを行う。また、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。
「I-4-②」を参照のこと。
24. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。
「I-4-④」を参照のこと。
25. 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。
「Ⅲ-2」を参照のこと。
26. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネー

ト系製剤の服用患者)等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。
「重点課題 1-4-②」を参照のこと

27. 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

「I-7-①」を参照のこと。

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅲ－6－(1)】

第1 基本的な考え方

1. お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
2. 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
3. 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料（自家製剤加算及び計量混合加算）の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

第2 具体的な内容

1. 残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導料の包括的評価の充実

薬剤情報提供料を廃止し、お薬手帳を通じた情報提供を算定要件として薬剤服用歴管理指導料の中で包括的に評価する。

また、薬歴を活用した残薬確認も薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を充実する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点 [算定要件]	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 41点(改) [算定要件]

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。

① 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。

② 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導を行うこと。

【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点

[算定要件]

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（処方の内容に変更があった場合は、

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。

① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。

② 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導を行うこと。

③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

④ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。

（廃止）

その変更後月4回)に限り算定する。

2. 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）の算定要件の明確化

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

3. 乳幼児（6歳未満）への服薬指導の薬学的管理指導における評価

乳幼児（6歳未満）の処方せんを受け付けた場合であって、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合、現行では調剤料における「特別の乳幼児用製剤」の加算の中で評価されているが、この調剤料における加算項目を削除するとともに、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

（新） 乳幼児服薬指導加算 5点

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>41点</u> （改） [算定要件] <u>注 乳幼児（6歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に5点を加算する。</u>
（調剤料） 【自家製剤加算】（1調剤につき）	（調剤料） 【自家製剤加算】（1調剤につき）

<p>イ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20 点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90 点</p> <p>(3) 液剤 45 点</p> <p>ロ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120 点</p> <p>(2) 液剤 75 点</p> <p>【計量混合加算】（1 調剤につき）</p>	<p>イ 内服薬及び頓服薬</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20 点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90 点</p> <p>(3) 液剤 45 点</p> <p>(削除)</p> <p>【計量混合加算】（1 調剤につき）</p> <p>(削除)</p>
<p>イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合</p> <p>(1) 液剤の場合 75 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 90 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 液剤の場合 35 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 45 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p>	<p>(削除)</p> <p>(1) 液剤の場合 35 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 45 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p>

調剤報酬における適正化・合理化

骨子【Ⅲ－6－(2)】

第1 基本的な考え方

調剤報酬の中で適正化できる以下の事項について見直しを行う。

1. 基準調剤加算の施設基準については、地域医療を応需する「かかりつけ薬局」のあるべき方向性等を考慮し、備蓄医薬品の品目数の見直しを行うとともに、特定の医療機関の診療時間等に応じた開局時間を設定している薬局については施設基準を満たさないこととするよう見直す。
2. 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う

第2 具体的な内容

1. 基準調剤加算の施設基準の見直し

基準調剤加算の施設基準に、開局時間に係る要件を設けるとともに、備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とする。

現 行		改定案	
【基準調剤加算】		【基準調剤加算】	
1	基準調剤加算 1 10 点	1	基準調剤加算 1 10 点
2	基準調剤加算 2 30 点	2	基準調剤加算 2 30 点
[施設基準]		[施設基準]	
(1) 通則		(1) 通則	
イ、ロ 略		イ、ロ 略	
		ハ <u>地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となつて</u>	

<p>ハ、ニ 略</p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p><u>いること。</u></p> <p><u>ニ、ホ 略</u></p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>
--	---

※ なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算 1 については現行の「500 品目以上」を「700 品目以上」とし、基準調剤加算 2 については現行の「700 品目以上」を「1000 品目以上」とする。

2. 調剤情報提供料、服薬情報提供料等の見直し

調剤情報提供料、服薬情報提供料及びその加算である服薬指導情報提供加算については廃止し、これらを統合した評価として、新たに服薬情報等提供料を新設する。

現 行	改定案
<p>【調剤情報提供料】（処方せんの受付 1 回につき） 15 点 [算定要件]</p> <p>注 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

書により提供した場合に算定する。

【服薬情報提供料】 15点

[算定要件]

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。

(廃止)

【服薬情報等提供料】 15点(新)

[算定要件]

注 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている

	<p><u>保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。</u></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見直し、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等の取組を行ってきた。

後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、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。

このため、「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. なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年4月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年4月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第２ 具体的な内容

1. 薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

(1) 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が22%以上、30%以上及び35%以上の場合に改めることとし、特に30%以上及び35%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>直近3か月間の医薬品の調剤数量（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、以下のとおりであること</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<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>直近3か月間の医薬品の調剤数量（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、以下のとおりであること。</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td><u>22%以上</u></td> <td><u>5点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>30%以上</u></td> <td><u>15点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>35%以上</u></td> <td><u>19点(改)</u></td> </tr> </table>	1	<u>22%以上</u>	<u>5点(改)</u>	2	<u>30%以上</u>	<u>15点(改)</u>	3	<u>35%以上</u>	<u>19点(改)</u>
1	20%以上	6点																	
2	25%以上	13点																	
3	30%以上	17点																	
1	<u>22%以上</u>	<u>5点(改)</u>																	
2	<u>30%以上</u>	<u>15点(改)</u>																	
3	<u>35%以上</u>	<u>19点(改)</u>																	

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、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。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

(2) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料の廃止

調剤料における後発医薬品調剤加算及び薬学管理料における後発医薬品情報提供料を廃止する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤加算】（1調剤につき）</p> <p>[算定要件]</p> <p>後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

<p>【後発医薬品情報提供料】（処方せん受付1回につき） 10点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんの指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。</p>	<p><u>（廃止）</u></p>
--	--------------------

2. 薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発薬に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

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>[算定要件]</p> <p>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>① 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</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>41点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p>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>① 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</p>

<p>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>② 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>な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>という。）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>② 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導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>（廃止）</u></p>
---	--

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評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「30%以上」の評価を加える。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日） 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日）</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算₁ 35点(新)</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算₂ 28点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算₁ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が3割以上であること。</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算₂ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>

4. 一般名処方 of 推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現 行	改定案

<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>（注を追加）</p> <p><u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</u></p>
---	--

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

5. 処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する（別紙）。

6. 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1) 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発

医薬品についての科学的見解を作成する。

(2) ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん															
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号														保険者番号	
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									
患 者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称										
	生年月日		明大昭平	年月日	男・女		電話番号								
	区分		被保険者			被扶養者			都道府県番号		点数表番号	医療機関コード			保険医氏名 (印)
交付年月日		平成 年 月 日			処方せんの使用期間		平成 年 月 日			特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。					
処 方	変更不可 〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕														
	保険医署名 〔 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 〕														
備 考															
	調剤済年月日		平成 年 月 日			公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (印)						公費負担医療の受給者番号									
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。															

様式第二号
(第二十三条関係)

平均在院日数の減少や長期入院の

是正に向けた取組について

骨子【Ⅳ－２－（１）】

1. 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件を見直す。
「Ⅲ－１－①」を参照のこと。
2. 金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関について、土曜日、日曜日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ－１－②」を参照のこと。
3. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、退院日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ－１－②」を参照のこと。
4. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。
「Ⅲ－２」を参照のこと。
5. 精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。
「Ⅰ－３－②」を参照のこと。
6. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【IV－3】

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検査料金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。

また、臨床的な観点から検査の区分や名称の変更を行う。

第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 現在、1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。
3. 検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた標準検査名称・標準検査法名称を参考に見直しを行う。
例) プロテインS→プロテインS活性、プロテインS抗原
単純ヘルペスウイルス特異抗原→単純ヘルペスウイルス抗原定性

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-1-(1)】

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

現 行		改定案	
【量的視野検査（片側）】		【量的視野検査（片側）】	
2 静的量的視野検査	300点	2 静的量的視野検査	<u>290点</u> (改)
【調節検査】		【調節検査】	
	74点		<u>70点</u> (改)
【角膜形状解析検査】		【角膜形状解析検査】	
	110点		<u>105点</u> (改)
【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】		【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】	
1 鼓膜音響インピーダンス検査	300点	1 鼓膜音響インピーダンス検査	<u>290点</u> (改)
2 チンパノメトリー	350点	2 チンパノメトリー	<u>340点</u> (改)
【皮膚科光線療法（1日につき）】		【皮膚科光線療法（1日につき）】	
3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	350点	3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	<u>340点</u> (改)

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

CT撮影及びMRI撮影について、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り、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 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 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 950点(新)</p> <p>ロ 16列以上<u>64列未満</u>のマルチスライス型の機器による場合 900点(改)</p> <p>ハ <u>4列以上</u>16列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点(改)</p> <p>ニ イ、ロ、<u>ハ</u>以外の場合 600点(改)</p> <p>[施設基準]</p>

		<u>イについては、画像診断管理加算 2 が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が 1 名以上。</u>
【磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影)】	【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 1,330 点	1 <u>3 テスラ以上の機器による場合</u> 1,400 点 (改)	
2 1 以外の場合 1,000 点	2 1.5 テスラ以上の機器による場合 1,330 点 (改)	
	3 1、2 以外の場合 950 点 (改)	
	[施設基準]	
	<u>1 については、画像診断管理加算 2 が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が 1 名以上。</u>	

[参考]

画像診断管理加算 2 の施設基準

- ① 放射線科を標榜している病院であること。
- ② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT 撮影及び MRI 撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- ④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

ビタミンB群及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第2 具体的な内容

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

現 行	改定案
<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与された<u>ビタミン剤</u>については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

人工腎臓等の適正な評価

骨子【Ⅳ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析における合併症防止の観点から、近年有効性が明らかとなりつつある新しい血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価等を行う。また、包括薬剤の価格や、より低価格で同様の効果を持つエリスロポエチン製剤使用の実態を踏まえた包括点数の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、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ることから、透析液水質確保加算２を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算２を算定していることとする。

(新) 慢性維持透析濾過（複雑なもの） 2,255点（１日につき）

[算定要件]

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

[施設基準]

透析液水質確保加算２を算定していること。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき） 透析液水質確保加算 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 透析液水質確保加算 1 8点(改)</p> <p>2 透析液水質確保加算 2 20点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 透析液水質確保加算 1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>2 透析液水質確保加算 2</p> <p>① 月1回以上水質検査を実施し、<u>関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。</u></p> <p>② <u>透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</u></p>

2. エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等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
<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>

	2,075点		2,040点(改)
□	4時間以上5時間未満の場合	□	4時間以上5時間未満の場合
	2,235点		<u>2,205点</u> (改)
ハ	5時間以上の場合	ハ	5時間以上の場合
	2,370点		<u>2,340点</u> (改)

コンタクトレンズに係る診療の適正評価

骨子【IV－4－(3)】

第1 基本的な考え方

コンタクトレンズに係る診療報酬については、検査点数を包括化した体系で評価を行っている。

この度、コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、検査に対する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

第2 具体的な内容

コンタクトレンズ検査料2を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。

中医協 総 - 2
24. 2. 10

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書(案)

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118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8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。

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成 24 年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・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。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置（時間外対応加算を含む。）については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む。）
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リ

ハビリテーションの実施状況について調査・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。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・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。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・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に対する経過措置

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講ずること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 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。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化

(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

- 1.5 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。
- 1.6 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。
- 1.7 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

- 1.8 上記に掲げるもののほか、今回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)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
 - (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
 - (4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
 - (5)診療報酬における消費税の取扱い
 - (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～1.8の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて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>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 1 節 初診料</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注3のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注2及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注3に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>

A000 初診料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、200点を算定する。

【注の見直し】

注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6まで

注3 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。た

第2節 再診料

A001 再診料

【注の追加】

【注の見直し】

に規定する加算は算定しない。

だし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

(追加)

注2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。

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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 3点
- ハ 時間外対応加算3 1点

A002 外来診療料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、52点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り34点（注2に規定する場合には、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

【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

注4 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）

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造血器腫瘍細胞抗原検査を除く。）に掲げるもの
ニ～ツ（略）

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

注5 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設(以下この表において「介護老人保健施設」という。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の見直し】

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。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8 注1から注3までの規定にかかわらず、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟においては、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。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939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。

【注の追加】

(追加)

注10 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注11 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注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～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ～ヤ (略)

マ 栄養管理実施加算

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 (略)

コ 褥瘡患者管理加算

エ～ア (略)

注12 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～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ 精神科リエゾンチーム加算

オ～マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算

フ (略)

コ 感染防止対策加算

エ 患者サポート体制充実加算

テ～サ (略)

	<p>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。）</p> <p>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く。）</p> <p>ユ～ヒ （略）</p>		<p>キ 退院調整加算</p> <p>ユ～ヒ （略）</p> <p>モ 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>セ データ提出加算（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。）</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注13 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注12までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</p>
<p>A101 療養病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 療養病棟入院基本料1</p> <p>イ 入院基本料A 1,758点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この</p>	<p>→</p>	<p>1,769点</p>

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)

ロ 入院基本料B	1,705点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,691点)	
ハ 入院基本料C	1,424点
(生活療養を受ける場合にあっては、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っては、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っては、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っては、1,177点)	
ト 入院基本料G	934点
(生活療養を受ける場合にあっては、920点)	
チ 入院基本料H	887点
(生活療養を受ける場合にあっては、873点)	
リ 入院基本料I	785点
(生活療養を受ける場合にあっては、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っては、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っては、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っては、1,347点)	
ニ 入院基本料D	1,306点
(生活療養を受ける場合にあっては、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っては、1,265点)	
ヘ 入院基本料F	1,128点

1,755点
1,716点
1,702点
1,435点
1,421点
1,380点
1,366点
1,353点
1,339点
1,202点
1,188点
945点
931点
898点
884点
796点
782点
1,706点
1,692点
1,653点
1,639点
1,372点
1,358点
1,317点
1,303点
1,290点
1,276点
1,139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)

1,125点
 882点
 868点
 835点
 821点
 733点
 719点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院して
 きた者であつて、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2,000点を所定点数に
 加算する。

【注の見直し】

注5 当該病棟に入院している患者のうち、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

注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性
 期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か
 ら転院した患者、介護老人保健施設、特別養
 護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホ
 ーム等若しくは自宅から入院した患者又は当
 該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療
 機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者
 については、転院、入院又は転棟した日から
 起算して14日を限度として、救急・在宅等支
 援療養病床初期加算として、1日につき150
 点(療養病棟入院基本料1を算定する場合に
 あつては1日につき300点)を所定点数に加

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。

算する。

【注の見直し】

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

イ～ホ (略)

へ～リ (略)

ヌ (略)

ル 栄養管理実施加算

ヲ (略)

ワ 褥瘡患者管理加算

カ 慢性期病棟等退院調整加算

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～ホ (略)

へ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ト～ヌ (略)

ル 療養病棟療養環境改善加算

ヲ (略)

ワ 栄養サポートチーム加算

カ (略)

ヨ 感染防止対策加算

タ 患者サポート体制充実加算

レ 退院調整加算

ソ 救急搬送患者地域連携受入加算

ツ 地域連携認知症支援加算

ネ 総合評価加算

ナ 病棟薬剤業務実施加算

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,447点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,192点		1,311点
3	13対1入院基本料	949点		1,103点
4	15対1入院基本料	886点		945点
5	18対1入院基本料	757点		809点
6	20対1入院基本料	713点		763点

【注の見直し】

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3	注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
----	--	---	----	---

【注の見直し】

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・ロ（略） ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ニ～タ（略） レ 栄養管理実施加算	→	注5	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ（略） ハ 救急医療管理加算 ニ～タ（略）
----	---	---	----	---

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 10対1入院基本料
- 2 13対1入院基本料
- 3 15対1入院基本料
- 4 18対1入院基本料
- 5 20対1入院基本料

1,240点
920点
800点
712点
658点

1,251点
931点
811点
723点
669点

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

ソ (略)

ツ 褥瘡患者管理加算

ネ・ナ (略)

ラ 慢性期病棟等退院調整加算

ム・ウ (略)

レ (略)

ソ 感染防止対策加算

ツ 患者サポート体制充実加算

ネ・ナ (略)

ラ 退院調整加算

ム・ウ (略)

キ 病棟薬剤業務実施加算

【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・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム 児童・思春期精神科入院医療管理加算

ウ～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

ク (略)

ヤ 褥瘡患者管理加算

マ・ケ (略)

フ (略)

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・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム～キ (略)

ノ (略)

オ 感染防止対策加算

ク 患者サポート体制充実加算

ヤ・マ (略)

ケ 救急搬送患者地域連携受入加算

フ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

コ (略)

エ 病棟薬剤業務実施加算

テ データ提出加算

A104 特定機能病院入院基本料
(1日につき)

【点数の見直し】

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料

1,555点

1,566点

ロ	10対1入院基本料	1,300点	1,311点
2 結核病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,447点	1,566点
ロ	10対1入院基本料	1,192点	1,311点
ハ	13対1入院基本料	949点	1,103点
ニ	15対1入院基本料	886点	945点
3 精神病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,311点	1,322点
ロ	10対1入院基本料	1,240点	1,251点
ハ	13対1入院基本料	920点	931点
ニ	15対1入院基本料	839点	850点

【注の見直し】

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2 注1の規定にかかわらず別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

【注の削除】

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。

(削除)

【注の追加】

(追加)

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

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注6の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注8 注1及び注6の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注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

注9 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 (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 児童・思春期精神科入院医療管理加算
(精神病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ 栄養管理実施加算

エ・テ (略)

ア 褥瘡患者管理加算

サ～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～セ (略)

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 (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 精神科リエゾンチーム加算 (一般病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ・エ (略)

テ 感染防止対策加算

ア 患者サポート体制充実加算

サ～ユ (略)

メ 退院調整加算 (精神病棟を除く。)

ミ～モ (略)

セ 病棟薬剤業務実施加算

ス データ提出加算 (結核病棟を除く。)

につき)

【点数の見直し】

- 1 7対1入院基本料
- 2 10対1入院基本料
- 3 13対1入院基本料

1,555点
1,300点
1,092点

1,566点
1,311点
1,103点

【注の追加】

(追加)

注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算1 30点
- ロ 看護必要度加算2 15点

【注の追加】

(追加)

注6 注1及び注5の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注5の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当

【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 (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

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 (略)

マ 褥瘡患者管理加算

ケ・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～ユ (略)

する点数により算定する。

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

イ (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム 精神科リエゾンチーム加算

ウ～オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算

ヤ (略)

マ 感染防止対策加算

ケ 患者サポート体制充実加算

フ・コ (略)

エ 退院調整加算

テ～ユ (略)

メ 病棟薬剤業務実施加算

ミ データ提出加算（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。）

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,555点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,300点		1,311点
3	13対1入院基本料	1,092点		1,103点
4	15対1入院基本料	954点		965点

【注の見直し】

注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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2,000点を所定点数に加算する。
---	---	---

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) ソ 栄養管理実施加算 ツ (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～レ (略) ソ (略) ツ 感染防止対策加算
--	---	--

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1 有床診療所入院基本料 1		
イ 14日以内の期間	760点	771点
ロ 15日以上30日以内の期間	590点	601点
ハ 31日以上	500点	511点
2 有床診療所入院基本料 2		
イ 14日以内の期間	680点	691点
ロ 15日以上30日以内の期間	510点	521点
ハ 31日以上	460点	471点
3 有床診療所入院基本料 3		
イ 14日以内の期間	500点	511点
ロ 15日以上30日以内の期間	370点	381点
ハ 31日以上	340点	351点

【注の追加】

(追加)

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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

ネ 褥瘡患者管理加算
ナ (略)
ラ 慢性期病棟等退院調整加算
ム・ウ (略)

ネ 患者サポート体制充実加算
ナ (略)
ラ 退院調整加算
ム・ウ (略)

【注の追加】

(追加)

して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
ロ～レ (略)

ソ 栄養管理実施加算
ツ (略)

ネ 褥瘡患者管理加算
ナ (略)

ラ 急性期病棟等退院調整加算
ム・ウ (略)

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

イ 救急医療管理加算

ロ～レ (略)

ソ 有床診療所緩和ケア診療加算

ツ (略)

ネ 感染防止対策加算

ナ 患者サポート体制充実加算

ラ (略)

ム 退院調整加算

ウ・キ (略)

【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診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	入院基本料A (生活療養を受ける場合にあつては、961点)	975点	986点
2	入院基本料B (生活療養を受ける場合にあつては、857点)	871点	972点
3	入院基本料C (生活療養を受ける場合にあつては、750点)	764点	882点
4	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、588点)	602点	868点
5	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、506点)	520点	775点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、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

【注の追加】

(追加)

ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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～ハ (略)

ニ～ト (略)

チ (略)

リ 栄養管理実施加算

ヌ (略)

ル 褥瘡患者管理加算

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

イ～ハ (略)

ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ホ～チ (略)

リ 診療所療養病床療養環境改善加算

ヌ (略)

ル 有床診療所緩和ケア診療加算

ヲ (略)

ワ 感染防止対策加算

カ 患者サポート体制充実加算

<p>【注の追加】</p>	<p>フ 慢性期病棟等退院調整加算</p>	<p>(追加)</p>	<p>コ 退院調整加算 タ 地域連携認知症支援加算 レ 総合評価加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。</p>
<p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A200 総合入院体制加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）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。</p>	<p>→</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p>

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児
救急医療管理加算（1日につ
き）

【名称の見直し】

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
（1日につき）

救急医療管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 救急医療管理加算 800点
- 2 乳幼児救急医療管理加算 200点

800点

【注の見直し】

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

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つて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

【注の見直し】	注2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。	注2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。										
【注の追加】	(追加)	注3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。										
A206 在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日)												
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 884 1021 912">1 連携医療機関である場合</td> <td data-bbox="1173 884 1272 912">1,300点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 922 887 951">2 1以外の場合</td> <td data-bbox="1196 922 1272 951">650点</td> </tr> </table>	1 連携医療機関である場合	1,300点	2 1以外の場合	650点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 884 2063 1086">1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合</td> <td data-bbox="1962 1054 2063 1083">2,500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1096 2063 1171">2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）</td> <td data-bbox="1962 1139 2063 1168">2,000点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1181 1760 1209">3 1及び2以外の場合</td> <td data-bbox="1962 1181 2063 1209">1,000点</td> </tr> </table>	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点	2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点	3 1及び2以外の場合	1,000点
1 連携医療機関である場合	1,300点											
2 1以外の場合	650点											
1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点											
2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点											
3 1及び2以外の場合	1,000点											
【注の見直し】	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設										

入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

【注の見直し】

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【項目の追加】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 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 |

- | | | |
|---|--------------|------|
| 4 | 30対1 補助体制加算 | 410点 |
| 5 | 40対1 補助体制加算 | 330点 |
| 6 | 50対1 補助体制加算 | 255点 |
| 7 | 75対1 補助体制加算 | 180点 |
| 8 | 100対1 補助体制加算 | 138点 |

A207-3 急性期看護補助体制加
算（1日につき）

【項目の追加】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 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 |

- | | | |
|---|---------------------------------|------|
| 1 | 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割以上) | 160点 |
| 2 | 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割未満) | 140点 |
| 3 | 50対1 急性期看護補助体制加算 | 120点 |
| 4 | 75対1 急性期看護補助体制加算 | 80点 |

【注の追加】

(追加)

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

イ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算

		<p style="text-align: right;">10点</p> <p>ロ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算</p> <p style="text-align: right;">5点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 1及び2については、夜間における看護職員の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病棟に入院している患者について、看護職員夜間配置加算として、1日につき50点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
	<p>注2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本</p>	<p>注2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3</p>

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】

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定で

歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特

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）

【注の見直し】

注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定

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。

別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定

	<p>点数に加算する。</p> <p>注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、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>している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A213 看護配置加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	→	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数</p>

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

【注の見直し】

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している

A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）

【注の見直し】

注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

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）

【注の見直し】

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

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを

A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算
(1日につき)

【注の見直し】

限る。)について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

現に算定している患者に限る。)について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算
(1日につき)

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別

注 治療上の必要があつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節

加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。) について、所定点数に加算する。

の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。) について、所定点数に加算する。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算 (1日につき)

【項目の見直し】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 1 | 療養病棟療養環境加算 1 | 132点 |
| 2 | 療養病棟療養環境加算 2 | 115点 |
| 3 | 療養病棟療養環境加算 3 | 90点 |
| 4 | 療養病棟療養環境加算 4 | 30点 |

- | | | |
|---|--------------|------|
| 1 | 療養病棟療養環境加算 1 | 132点 |
| 2 | 療養病棟療養環境加算 2 | 115点 |

【新設】

(新設)

- A 2 2 2 - 2 療養病棟療養環境改善加算 (1日につき)
- | | | |
|---|----------------|-----|
| 1 | 療養病棟療養環境改善加算 1 | 80点 |
| 2 | 療養病棟療養環境改善加算 2 | 20点 |

注 療養病棟であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当

該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 診療所療養病床療養環境加算 1
- 2 診療所療養病床療養環境加算 2

100点
40点

100点

【新設】

(新設)

A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算
（1日につき） 35点

注 診療所の療養病床であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

3,000点

- 1 無菌治療室管理加算 1 3,000点
- 2 無菌治療室管理加算 2 2,000点

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、90日を限度として所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算
（1日につき）

【注の見直し】

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【注の見直し】	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>
【新設】	(新設)	<p>A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき） 150点</p>

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理
加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

350点 → 450点

(新設) → A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチーム加算（週1
回） 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

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）

【削除】

800点

（削除）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（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、児童・思春期精神科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、所定点数に加算する。

A 2 3 3 栄養管理実施加算（1日につき）

【削除】

12点

（削除）

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、栄養管理実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）

【注の見直し】

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B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

【注の追加】

（追加）

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して30日以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して31日以上180日以内の期間にあっては月1回に限る。）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【注の削除】

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。

基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100 点を所定点数に加算することができる。

(削除)

【新設】

(新設)

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）		
1	感染防止対策加算 1	400点
2	感染防止対策加算 2	100点

注 1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節の特定入院料又は第 4 節の短期滞手術基本料の

【新設】

A 2 3 5 褥瘡患者管理加算（入院中
1回）

（新設）

20点

うち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

2 感染防止対策加算 1 を算定する保険医療機関であつて、感染防止対策に関する医療機関の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A 2 3 4 - 3 患者サポート体制充実加算（入院
初日） 70点

注 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（削除）

【削除】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡患者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、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数に加算する。

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（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に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 3 5に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。

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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加

算（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点

1,200点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 7 ハイリスク^{べん}分娩管理加算
（1日につき）

【点数の見直し】

3,000点

3,200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が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、ハイリスク^{べん}分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、^{べん}分娩を伴う入院中にハイリスク^{べん}分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク^{べん}分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、^{べん}分娩を伴う入院中にハイリスク^{べん}分娩管理を行った場合に

度として所定点数に加算する。

、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 8 慢性期病棟等退院調整加算

【名称の見直し】

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整加算（退院時1回）

【項目の見直し】

1 慢性期病棟等退院調整加算 1

1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合

イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 10
0点

イ 14日以内の期間 340点

ロ 退院加算（退院時1回）

ロ 15日以上30日以内の期間 150点

(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

ハ 31日以上の期間 50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 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合

2 慢性期病棟等退院調整加算 2

イ 30日以内の期間 800点

イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 10
0点

ロ 31日以上90日以内の期間 600点

ロ 退院加算（退院時1回）

ハ 91日以上120日以内の期間 400点

(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

ニ 121日以上の期間 200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、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1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

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。

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

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整
加算（退院時 1 回）

【削除】

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年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び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。

（削除）

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）

【項目の見直し】

300点

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

ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点

【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、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（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。

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

【注の追加】

(追加)

注2 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第1節の入院基本料（特別入院

【注の追加】

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携
紹介加算（退院時 1 回）

【点数の見直し】

【注の見直し】

(追加)

500点

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、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

注3 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算は、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、退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

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

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して7日以内に、当該患者に係る診療情報

を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。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。

を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料(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）

【点数の見直し】

【新設】

1,000点

(新設)

2,000点

A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介
加算（退院時1回） 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 7 精神科救急搬送患者地域連携受入
加算 (入院初日) 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。) 又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 8 地域連携認知症支援加算 1,500
点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関の病棟 (区分番号A 3 1 4に掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟 (以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。) に限る。) に転院させた場合であって、当該転院の日から60日以内に、当該認知症治療

【新設】

A 2 4 0 総合評価加算（入院中1回）

（新設）

病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 9 地域連携認知症集中治療加算（退院時1回） 1,500点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A 1 0 1に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（区分番号A 1 0 9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第3節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時に所定点数に加算する。

【点数の見直し】

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週 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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号 B 0 1 1 - 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。

50点 → 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号 B 0 1 1 - 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。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

【項目の見直し】

30点 →

1	後発医薬品使用体制加算 1	35点
2	後発医薬品使用体制加算 2	28点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回） 10
0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について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

【新設】

(新設)

A 2 4 5 データ提出加算 (入院中 1 回)

1 データ提出加算 1

イ 200床以上の病院の場合 100点

ロ 200床未満の病院の場合 150点

2 データ提出加算 2

イ 200床以上の病院の場合 110点

ロ 200床未満の病院の場合 160点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

A 3 0 0 救命救急入院料 (1日につき)

【点数の見直し】

1 救命救急入院料 1

イ	3日以内の期間	9,700点	9,711点
ロ	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
ハ	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501点
2 救命救急入院料 2			
イ	3日以内の期間	11,200点	11,211点
ロ	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
ハ	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901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	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上14日以内の期間	7,490点	7,501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	9,711点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点	8,786点
(3)	8日以上60日以内の期間	7,890点	7,901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	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901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	11,211点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点	10,151点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点	8,901点
(4)	15日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも

注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するも

【注の見直し】

の又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

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）

の又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

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

ハ～チ（略）

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1 特定集中治療室管理料 1		
イ 7日以内の期間	9,200点	9,211点
ロ 8日以上14日以内の期間	7,700点	7,711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	9,211点
(2) 8日以上14日以内の期間	7,700点	7,711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	9,211点
(2) 8日以上60日以内の期間	7,890点	7,901点

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。		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	イ 7日以内の期間 2,000点
ロ 8日以上14日以内の期間	1,000点	ロ 8日以上14日以内の期間 1,500点

【注の見直し】

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室		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
---	--	---

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】

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）

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

管理料に含まれるものとする。

イ（略）

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

ハ～チ（略）

4,511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、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)

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

ハ～チ (略)

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

5,700点

5,711点

【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、

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

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対

【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、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)

(新設)

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

ハ～チ (略)

- A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）
- | | | |
|---|--------------|---------|
| 1 | 7日以内の期間 | 15,500点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 13,500点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

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

イ 入院基本料

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

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

【点数の見直し】

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

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作

算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

ハ 第 2 章第 3 部の各区分の検査（同部第 1 節第 2 款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第 13 部第 1 節の病理標本作製料

10,011点

6,011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、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室
管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	母体・胎児集中治療室管理料	7,000点	→	7,011点
2	新生児集中治療室管理料	10,000点		10,011点

【注の見直し】

注2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ（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	→	注2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算
----	--	---	----	--

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。）
ハ～チ（略）

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

A303-2 新生児治療回復室入院
医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

、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～リ （略）

5,400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、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、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受入加算を除く。）

ハ～チ （略）

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

ハ～リ （略）

5,411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、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

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

ハ～チ （略）

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

- | | | | | |
|---|--------------|--------|---|--------|
| 1 | 7日以内の期間 | 8,890点 | → | 8,901点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,690点 | | 7,701点 |

【注の見直し】

<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、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、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患者地域連携紹介加算を除く。）</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、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）</p>
--	---	--

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患者地域連携紹介加算を除く。）

ハ～チ（略）

イ（略）

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

ハ～チ（略）

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】	1,943点	→	1,954点
【注の見直し】	<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2,000点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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並びに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>	→	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに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>
A307 小児入院医療管理料（1日につき）	1 小児入院医療管理料 1	4,500点	4,511点
【点数の見直し】		→	

【注の見直し】

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

4,011点
3,611点
3,011点
2,111点

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、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4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第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

注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定す

【注の見直し】

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、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^{じよくそう}患者管理加算、褥瘡^{じよくそう}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、

る臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

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

A308 回復期リハビリテーション
病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

- 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)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
1,911点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,897点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
1,761点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,747点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
1,611点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,597点)

【注の削除】

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注5 診療に係る費用（注2、注3及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部

小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

びデータ提出加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

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(I)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。

在宅医療及び第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算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(I)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

1	亜急性期入院医療管理料1	2,050点	→	2,061点
2	亜急性期入院医療管理料2	2,050点		1,911点

【注の見直し】

<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療</p>	→	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料1については、当該届出に係る病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料2を算定する患者を除く。）に対して、亜急性期入院医療管理料2について</p>
---	---	---

管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

は、当該届出に係る病室に入院している患者であって、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、亜急性期入院医療管理料1又は亜急性期入院医療管理料2について、所定点数に代えて、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ1,761点又は1,661点を算定することができる。

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た病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。

た病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料2を算定する患者に限る。）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、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

注4 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、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、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1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3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテ

ション、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料2に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 特殊疾患病棟入院料1	1,943点	→	1,954点
2 特殊疾患病棟入院料2	1,570点		1,581点

【注の見直し】

<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2,000点を所定点数に加算する。</p>
---	---	---

【注の見直し】

<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、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</p>	→	<p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算</p>
---	---	---

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

【注の見直し】

加算並びに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。

3,780点

並びに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。

1	30日以内の期間	4,791点
2	31日以上60日以内の期間	4,291点
3	61日以上	3,291点

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。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算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、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1		
イ 30日以内の期間	3,451点	3,462点
ロ 31日以上	3,031点	3,042点
2 精神科救急入院料 2		
イ 30日以内の期間	3,251点	3,262点
ロ 31日以上	2,831点	2,842点

【注の見直し】

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

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	1,920点	→	1,931点
ロ 31日以上期間	1,600点		1,611点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2			
イ 30日以内の期間	1,820点		1,831点
ロ 31日以上期間	1,500点		1,511点

【注の見直し】

<p>注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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。</p>	→	<p>注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>
---	---	---

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	30日以内の期間	3,451点	→	3,462点
2	31日以上の期間	3,031点		3,042点

【注の見直し】

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

【新設】

(新設)

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,911点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患

1,050点

1,061点

算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院料に含まれるものとする。

	<p>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、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p>		<p>者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p>				
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、1日につき40点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 重症者加算1</td> <td>60点</td> </tr> <tr> <td>ロ 重症者加算2</td> <td>30点</td> </tr> </table>	イ 重症者加算1	60点	ロ 重症者加算2	30点
イ 重症者加算1	60点						
ロ 重症者加算2	30点						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に500点を加算する。</p>				

日につき)

【項目の見直し】

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日以上期間 970点

1 認知症治療病棟入院料 1

イ 30日以内の期間 1,761点
ロ 31日以上60日以内の期間 1,461点
ハ 61日以上期間 1,171点

2 認知症治療病棟入院料 2

イ 30日以内の期間 1,281点
ロ 31日以上60日以内の期間 1,081点
ハ 61日以上期間 961点

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院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2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に300点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する

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。

加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院した日から起算して60日以内の期間に限る。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

【新設】

(新設)



A 3 1 7 特定一般病棟入院料 (1日につき)	
1	特定一般病棟入院料1 1,103点
2	特定一般病棟入院料2 945点

注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関(1病棟のものに限る。)が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数

に加算する。

イ 14日以内の期間 450点

ロ 15日以上30日以内の期間 192点

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2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

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。

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

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

7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者（注9に規定する患者を除く。）に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して

60日を限度として、1,761点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、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、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、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、当該所定点数に含まれるものとする。

9 当該病棟の病室のうち、注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する患者であって区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,661点を算定する。ただし、当該病室に入

院した患者が算定要件に該当しない場合は区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

10 注9本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（注11に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(1)、第2章第2部在宅医療及び第7部リハビリテーションの費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

11 注9本文の規定により所定点数を算定する場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。

12 注1から注6までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【点数の見直し】

- 2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合）
4,800点
（生活療養を受ける場合にあつては、4,772点）
- 3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）
5,670点
（生活療養を受ける場合にあつては、5,600点）

する。

- 4,822点
- 4,794点
- 5,703点
- 5,633点

【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（略）
 - ロ 血液形態・機能検査
末梢血液像及び末梢血液一般検査
 - ハ 出血・凝固検査
出血時間、プロトロンビン時間、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

- 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（略）
 - ロ 血液形態・機能検査
末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査
 - ハ 出血・凝固検査
出血時間、プロトロンビン時間（PT）、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）
 - ニ 血液化学検査
総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素

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 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 (定性、半定量) 及びHCV抗体価 (定性、定量)

窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質^{こう}反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸^{せん}ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (尿・

【注の見直し】

ト～ヲ (略)

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及び栄養管理実施加算を除く。）

ハ (略)

髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性へ 肝炎ウイルス関連検査
HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量
ト～ヲ (略)

注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く。）

ハ (略)

【注の見直し】

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号A218に掲げる地域加算、区分番

号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A233に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号A234に掲げる医療安全対策加算を除く。)

ハ～ル (略)

号A218-2に掲げる離島加算、区分番号A234に掲げる医療安全対策加算、区分番号A234-2に掲げる感染防止対策加算、区分番号A234-3に掲げる患者サポート体制充実加算及び区分番号A245に掲げるデータ提出加算を除く。)

ハ～ル (略)

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 【注の見直し】 【注の見直し】	注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 注2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

【注の見直し】

注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料

【注の見直し】

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

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

7 難病外来指導管理料

【点数の見直し】

250点 → 270点

9 外来栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

11 集団栄養食事指導料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【点数の見直し】

イ 遠隔モニタリングによる場合
ロ イ以外の場合

460点
320点

550点
360点

14 高度難聴指導管理料

【点数の見直し】

イ 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合
ロ イ以外の場合

480点
400点

500点
420点

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 (略)

ロ 尿沈渣顕微鏡検査

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、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

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 (略)

ロ 尿沈渣(鏡検法)

ハ 糞便検査

糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)

ホ 出血・凝固検査

出血時間、全血凝固時間

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、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニ

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, 5 AG)、1, 25ジヒドロキシビタミンD₃ (1, 25 (OH)₂D₃)、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 (T₃)、サイロキシン (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 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH₅₀)、免疫グロブリン、補体蛋白 (C₃)、補体蛋白 (C₄)、トランスフェリン、β₂-マイクログロブリン (β₂-m)

ル〜ワ (略)

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, 5 AG)、1, 25-ジヒドロキシビタミンD₃、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 (Al)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T₃)、サイロキシン (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、心房性Na利尿ペプチド (ANP)、脳性Na利尿ペプチド (BNP)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS)

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量

ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH₅₀)、免疫グロブリン、C₃、C₄、トランスフェリン (Tf)、β₂-マイクログロブリン

ル〜ワ (略)

16 喘息治療管理料

【注の見直し】

注1 入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

【点数の見直し】

500点 → 550点

【注の見直し】

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

19 埋込型補助人工心臓指導管理料

	<p>【削除】</p> <p>6,000点</p> <p>注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる埋込型補助人工心臓に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>→ (削除)</p>
<p>22 がん性疼痛緩和指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>100点</p> <p>(追加)</p>	<p>→</p> <p>1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点</p> <p>2 1以外の場合 100点</p> <p>→</p> <p>注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>23 がん患者カウンセリング料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た</p>	<p>→</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保</p>

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。

険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

【新設】

(新設)

24 外来緩和ケア管理料 300点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

【新設】

(新設)

3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

25 移植後患者指導管理料
1 臓器移植後の場合 300点
2 造血幹細胞移植後の場合 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

【新設】

(新設)

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

【新設】

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1
日につき）

（新設）

2 植込術を行った日から起算して3月以内の
期間に行った場合には、導入期加算として、
所定点数に140点を加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出
た保険医療機関において、糖尿病の患者（別
に厚生労働大臣が定める者に限る。）であっ
て、医師が透析予防に関する指導の必要性が
あると認めた入院中の患者以外の患者に対し
て、当該保険医療機関の医師、看護師又は保
健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導
を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食
事指導料及び区分番号B 0 0 1の11に掲げる
集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれる
ものとする。

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管
理料を算定している患者については算定しな
い。

【注の見直し】

注3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

注3 区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5及び注6に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注4及び注5に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注6及び注7に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

B001-2-2 地域連携小児夜間
・休日診療料

【点数の見直し】

1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点

450点

	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点		600点
【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。	→	(削除)
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。	→	注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。
【注の見直し】	B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	→	100点
【点数の見直し】	100点	→	200点
【新設】	(新設)	→	B001-2-5 院内トリアージ実施料

100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【新設】

(新設)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料
200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

【新設】

(新設)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- 1 外来リハビリテーション診療料1 69点
- 2 外来リハビリテーション診療料2 104点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係

【新設】

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

(新設)

B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料

280点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。
- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料は、算定しない。

る区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

【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（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

【注の見直し】

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

注2 生活習慣病管理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B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

B001-4 手術前医学管理料

【注の見直し】

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

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 (略)

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、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・アンフル法・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

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 (略)

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法) 及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間 (PT)、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンフル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラ

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

【注の見直し】

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
へ 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～ヌ （略）

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・ロ （略）

ギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム
ホ 感染症免疫学的検査
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性
へ 肝炎ウイルス関連検査
HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量
ト～ヌ （略）

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・ロ （略）

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）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の見直し】

注2 注1に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、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。

注2 注1に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号B005-6の注1に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。

B004 退院時共同指導料1

【注の追加】

(追加)

注2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

B005 退院時共同指導料2

【注の見直し】

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

【注の追加】

(追加)

得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A238に掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

【注の見直し】

注4 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A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注4 区分番号A238に掲げる退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)

【注の見直し】

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。

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

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)

【点数の見直し】

500点 → 800点

B005-5 ハイリスク妊産婦共同
管理料(Ⅱ)

【点数の見直し】

350点 → 500点

B005-6 がん治療連携計画策定
料

【項目の見直し】

750点 →

1	がん治療連携計画策定料 1	750点
2	がん治療連携計画策定料 2	300点

【注の見直し】

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。

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（が

			<p>んと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注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。</p>	<p>→</p>	<p>注3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>B005-6-2 がん治療連携指導料</p>			
<p>【注の見直し】</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(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</p>	<p>→</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(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</p>

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。

携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B005-6-3 がん治療連携管理料 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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B005-7 認知症専門診断管理料

【項目の見直し】

500点

1 認知症専門診断管理料1 700点
2 認知症専門診断管理料2 300点

【注の見直し】

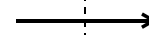
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

注1 認知症専門診断管理料1については、別に

してい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。

【注の追加】

(追加)



厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

B005-7-2 認知症療養指導料 350点

注1 当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月に限り、月1回を限度として算定する。

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。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 7 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

410点 → 555点

【注の見直し】

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

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。

(削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。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（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急に行う往診 850点</p>

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 1 | 同一建物居住者以外の場合 | 830点 |
| 2 | 同一建物居住者の場合 | 200点 |

- | | | |
|---|------------------|------|
| 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 | |
| | イ 特定施設等に入居する者の場合 | 400点 |
| | ロ イ以外の場合 | 200点 |

② 夜間（深夜を除く。）の往診
1,700点

③ 深夜の往診
2,700点

(2) 病床を有しない場合

① 緊急に行う往診
750点

② 夜間（深夜を除く。）の往診
1,500点

③ 深夜の往診
2,500点

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

(1) 緊急に行う往診
650点

(2) 夜間（深夜を除く。）の往診
1,300点

(3) 深夜の往診
2,300点

ニ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

(1) 緊急に行う往診
325点

(2) 夜間（深夜を除く。）の往診
650点

(3) 深夜の往診
1,300点

【注の見直し】

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問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。

【注の追加】

（追加）

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

注2 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を

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

【注の見直し】

注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4 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に400点を加算する。

【注の見直し】

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

注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

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。

- イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの
 - (1) 病床を有する場合 6,000点
 - (2) 病床を有しない場合 5,000点
- ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,000点
- ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,000点

【注の追加】

(追加)

注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注5のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。

注8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。

【注の見直し】

注8 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療（在宅療養支援診療所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行ったものを除く。）の費用は算定しない。

注10 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

1回)

【項目の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 2 1以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 4,900点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

C002-2 特定施設入居時等医学
総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

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

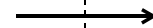
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
- ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
- 2 1以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点

- イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 3,900点
- ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 3,600点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点

C003 在宅末期医療総合診療料
(1日につき)

【名称の見直し】

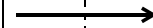
在宅末期医療総合診療料（1日につき）



在宅がん医療総合診療料（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
- 2 1以外の場合 1,685点



- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,800点

C004 救急搬送診療料

【注の追加】

(追加)

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

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

【項目の追加】

(追加)

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
1,285点

【注の見直し】

注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている

注1 1及び2については、保険医療機関が、在

- (2) 処方せんを交付しない場合 2,000点
- ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,650点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 1,850点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院
(1に規定するものを除く。)の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,685点

患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。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C005-1-2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っては、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)

宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える

【注の見直し】

注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

【注の見直し】

注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

注4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265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長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

【注の見直し】

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6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

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 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点

注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等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

同時に訪問看護・指導を行う場合 430点
ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点
ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点

【注の見直し】

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、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

【注の見直し】

注8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの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

注9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの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

薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

ある歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

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10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

【注の見直し】

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25

注11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要

0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。

【注の追加】

(追加)

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。

注12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注13 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【項目の追加】

(追加)

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
1,285点

【注の見直し】

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（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1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であつ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（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1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2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療

【注の見直し】

注2 注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

【注の見直し】

注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

注4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265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長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回に限り、所定点数に520点を加算する。

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、所定点数に520点を加算する。

【注の見直し】

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6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

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。
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師

注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。

と同時に訪問看護・指導を行った場合

430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等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

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合

300点

【注の見直し】

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 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

【注の見直し】

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

注9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当

保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

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2,000点を加算する。

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

【注の見直し】

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

注11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

【注の追加】

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。

(追加)

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。

【注の追加】

(追加)

注12 1及び2については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

注13 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

【注の追加】

(追加)

注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、1と2を合わせて1日4単位に限り、算定する。

C007 訪問看護指示料

【注の見直し】

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は複合型サービス事業を行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも

【注の見直し】

注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。

訪問看護を行うものに限る。)の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合には、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

【新設】

(新設)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料
240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に

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

【通則の見直し】

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

規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等略称吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

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。

C107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及び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。

C101 在宅自己注射指導管理料

【項目の見直し】

820点

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1 | 複雑な場合 | 1,230点 |
| 2 | 1以外の場合 | 820点 |

【新設】

(新設)

- | | | |
|--------|----------------|------|
| C101-3 | 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 | 150点 |
|--------|----------------|------|

注 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

【点数の見直し】

【新設】

【新設】

3,800点

(新設)

(新設)

患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

4,000点

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
1,050点

注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法

【新設】

(新設)

に関する指導管理を行った場合に算定する。

C 1 1 0 - 2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点

注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

【新設】

(新設)

C 1 1 0 - 3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点

注1 てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指

導管理料

【点数の見直し】

【新設】

500点 → 1,000点

(新設)

C 1 1 5 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）
指導管理料 6,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号
K 6 0 4に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流
型）に係る施設基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て、体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使
用している患者であって入院中の患者以外の患
者に対して、療養上必要な指導を行った場合
に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）
指導管理料 45,000点

注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号
K 6 0 4 - 2に掲げる植込型補助人工心臓（非
拍動流型）に係る施設基準に適合しているもの
として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関
において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流
型）を使用している患者であって入院中の患者
以外の患者に対して、療養上必要な指導を行っ

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

【注の見直し】

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

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

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

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

た場合に、月1回に限り算定する。

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

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

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

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ニ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

【注の見直し】

注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

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

注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

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

	<p>る。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>		<p>る。)</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ハ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。)</p>						
<p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1,500点</p>	<p>→</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>プログラム付きシリンジポンプ</td> <td>2,500点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外のシリンジポンプ</td> <td>1,500点</td> </tr> </table>	1	プログラム付きシリンジポンプ	2,500点	2	1以外のシリンジポンプ	1,500点
1	プログラム付きシリンジポンプ	2,500点							
2	1以外のシリンジポンプ	1,500点							
<p>C157 酸素ボンベ加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>						
<p>C158 酸素濃縮装置加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合</p>						

	<p>に、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。</p>		<p>に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。</p>
<p>C159 液化酸素装置加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C161 注入ポンプ加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法若しくは在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくはは</p>	<p>→</p>	<p>注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性</p>

	化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。															
C162 在宅成分栄養経管栄養法用 栄養管セット加算																		
【名称の見直し】	在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算	→	在宅経管栄養法用栄養管セット加算															
【注の見直し】	注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	→	注 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。															
C164 人工呼吸器加算																		
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>陽圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> <td>→</td> <td>7,480点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>人工呼吸器</td> <td>6,000点</td> <td></td> <td>6,480点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>陰圧式人工呼吸器</td> <td>7,000点</td> <td></td> <td>7,480点</td> </tr> </table>	1	陽圧式人工呼吸器	7,000点	→	7,480点	2	人工呼吸器	6,000点		6,480点	3	陰圧式人工呼吸器	7,000点		7,480点		
1	陽圧式人工呼吸器	7,000点	→	7,480点														
2	人工呼吸器	6,000点		6,480点														
3	陰圧式人工呼吸器	7,000点		7,480点														
C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用 治療器加算																		
【注の見直し】	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の	→	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の															

	<p>患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C 1 6 7 疼痛管理用送信器加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>疼痛管理用送信器加算</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>疼痛等管理用送信器加算</p> <p>注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラムを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>
<p>C 1 7 0 排痰補助装置加算</p> <p>【注の見直し】</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>	<p>注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 D006 出血・凝固時間 【注の見直し】 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。 イ 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 750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	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26までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 744点 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の11から29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

<p>D009 腫瘍マーカー</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ハ 8項目以上 900点</p> <p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から14までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>	<p>ハ 8項目以上 900点</p> <p>注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点 ロ 3項目 290点 ハ 4項目以上 420点</p>
<p>D012 感染症免疫学的検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>11</p> <p>注 同一検体についてウイルス抗体価（半定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。</p>	<p>11</p> <p>注 同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。</p>
<p>D013 肝炎ウイルス関連検査</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3から11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 290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3から12までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目 290点</p>

D014 自己抗体検査	ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 494点		ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 484点
【注の見直し】	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。	→	注 本区分の9から11までに掲げる検査を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。
D015 血漿蛋白免疫学的検査	11 注 特異的IgE検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	→	11 注 特異的IgE半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
D023 微生物核酸同定・定量検査	6 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	→	6 注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が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。

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～ロ (略)

ハ 尿沈渣顕微鏡検査

ニ～ト (略)

チ 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）

リ～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

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～ロ (略)

ハ 尿沈渣（鏡検法）

ニ～ト (略)

チ 造血器腫瘍遺伝子検査

リ～ヌ (略)

ル 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒血清反応（STS）、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量、梅毒トレポネーマ抗体定性及びHIV-1抗体

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原定性・半定量、HBs抗体定性、HBs抗体半定量、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

	<p>ワ 自己抗体検査 寒冷凝集反応及びリウマトイド因子</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p>	<p>ワ 自己抗体検査 寒冷凝集反応、リウマトイド因子（R F）半定量及びリウマトイド因子（R F）定量</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p>
<p>第2款 検体検査判断料</p> <p>D 0 2 6 検体検査判断料</p> <p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注5 区分番号D 0 0 5の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、所定点数に240点を加算する。</p>
<p>第3節 生体検査料</p> <p>D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>注4 厚生労働大臣の定める施設基準を満たす保</p>	<p>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400点を加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>

険医療機関において血管内視鏡検査を実施した場合は所定点数に300点を加算する。

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

【新設】

(新設)

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験 560点

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

2 区分番号D 0 0 7の30に掲げる血液ガス分析、D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査及びD 2 2 0からD 2 2 3 - 2に掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

D 2 2 1 - 2 筋肉コンパートメント内圧測定 620点

注 筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、

【新設】

D 2 3 9 筋電図検査

【注の見直し】

D 2 5 6 眼底カメラ撮影

【注の追加】

(新設)

感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず1回のみ算定する。

D 2 2 5 - 4 ヘッドアップティルト試験
980点

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

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。

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1,050点を超えないものとする。

(追加)

注2 広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、所定点数に100点を加算する。

【新設】

D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験

【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。

第4節 診断穿刺・検体採取料

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検

【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。

(新設)

D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料 250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1月に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、2月に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については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

D 4 1 5 経気管肺生検法

【注の新設】

(新設)



- 注1 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、所定点数に500点を加算する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に1,000点を加算する。

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	
D001 2	VMA定性(尿)	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	
D001 3	ポルフィリン定性	10	→ —	— —	(削除)
D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)	10	→ —	— —	(削除)
D001 4	ビリルビン	12	→ —	— —	(削除)
D001 5	ウロビリノゲン(尿)	16	→ 16	D001 3	(名称の変更)
D001 5	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→ 16	D001 3	(名称の変更)
D001 5	尿浸透圧	16	→ 16	D001 3	
D001 6	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→ 17	D001 4	(名称の変更)
D001 7	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→ 41	D001 5	(名称の変更)
D001 8	アルブミン定性(尿)	49	→ 49	D001 6	(名称の変更)
D001 9	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→ 72	D001 7	(名称の変更)
D001 9	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→ 72	D001 7	(名称の変更)
D001 10	アルブミン定量(尿)	115	→ 113	D001 8	(名称の変更)
D001 10	トランスフェリン(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	ウロポルフィリン(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	115	→ 115	D001 9	(名称の変更)
D001 10	ポリアミン(尿)	115	→ 115	D001 9	(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	ミオイントール(尿)	120	→ 120	D001 10	(名称の変更)
D001 12	コプロポルフィリン(尿)	150	→ 149	D001 11	(名称の変更)
D001 13	ポルフォビリノゲン(尿)	200	→ 200	D001 12	(名称の変更)
— —	総ヨウ素(尿)	—	→ 200	D001 12	(新設)
D001 14	IV型コラーゲン(尿)	210	→ 210	D001 13	(名称の変更)
— —	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	—	→ 210	D001 13	(新設)
D002	尿沈渣(鏡検法)	25	→ 27	D002	(名称の変更)
D002 注	尿沈渣染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	30	→ 24	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→ —	— —	(削除)
D003 2	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	ウロビリリン(糞便)	15	→ 15	D003 1	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→ —	— —	(削除)
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 2	
D003 4	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 7	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	→ 41	D003 7	
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	57	→ 56	D003 8	(名称の変更)
D003 10	キモトリプシン(糞便)	80	→ 80	D003 9	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ 15	D004 1	(名称の変更)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 4	髄液一般検査	62	→ 62	D004 4	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	

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	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 6	(名称の変更)
D004 7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
D004 8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)	135	→ 133	D004 8	(名称の変更)
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170	→ 170	D004 9	(名称の変更)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ 300	D004 11	(名称の変更)
D004 12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)	380	→ 380	D004 12	(名称の変更)
D004 13	IgGインデックス	460	→ 459	D004 13	
D004 14	オリゴクローナルバンド	560	→ 560	D004 14	(名称の変更)
D004 15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	620	→ 620	D004 15	(名称の変更)
— —	リン酸化タウ蛋白(髄液)	—	→ 680	D004 16	(新設)
— —	タウ蛋白(髄液)	—	→ 680	D004 16	(新設)
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	→ —	D004-2	
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ロ K-ras遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ハ EWS-Fli1遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ニ TLS-CHOP遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ホ SYT-SSX遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	へ c-kit遺伝子検査	2,000	→ 2,500	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	ト マイクロサテライト不安定性検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D004-2 1	(項目の分割)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,000	→ 2,500	D004-2 2	(名称の変更)
(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→ 9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12	→ 12	D005 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		
D005 3	血液浸透圧	15	→ 15	D005 3	
D005 3	好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→ 15	D005 3	(名称の変更)
D005 5	末梢血液像(自動機械法)	18	→ 15	D005 3	(項目の分割)
D005 4	好酸球数	17	→ 17	D005 4	
D005 6	末梢血液一般検査	21	→ 21	D005 5	
D005 5	末梢血液像(鏡検法)	18	→ 25	D005 6	(項目の分割)
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 7	
D005 7	血中微生物検査	40	→ 40	D005 8	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→ 45	D005 9	
D005 9	ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})	50	→ 49	D005 10	
D005 9	自己溶血試験	50	→ 50	D005 11	
D005 9	血液粘稠度	50	→ 50	D005 11	
D005 10	ヘモグロビンF(HbF)	60	→ 60	D005 12	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130	→ —	— —	(削除)
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	240	→ 240	D005 13	
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 14	
D005 14	骨髓像	880	→ 880	D005 15	
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 15	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	1,000	→ 1,000	D005 16	(名称の変更)
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→ 15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間(PT)	18	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	全血凝固時間	18	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	トロンボテスト	18	→ 18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→ 23	D006 4	(項目の分割)
D006 4	フィブリノゲン定量	23	→ 23	D006 4	(項目の分割)

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 4	クリオフィブリノゲン	23	→ 23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25	→ 25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28	→ 28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→ 28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	→ 28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29	→ 29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→ 29	D006 7	
D006 8	血小板凝集能	50	→ 50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	→ 64	D006 9	
D006 10	アンチトロンビン活性	70	→ 70	D006 10	(項目の分割)
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	→ 70	D006 10	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量	80	→ 80	D006 11	(項目の分割)
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	→ —	— —	(削除)
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	→ —	— —	(削除)
D006 11	プラスミン活性	80	→ 80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	α_1 -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	95	→ 93	D006 12	
D006 13	プラスミノゲン活性	100	→ 100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	→ 100	D006 13	(項目の分割)
D006 13	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100	→ 100	D006 13	
D006 14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)	120	→ 120	D006 14	(名称の変更)
D006 15	Dダイマー定性	140	→ 137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	Dダイマー半定量	140	→ 137	D006 15	(項目の分割)
D006 15	α_2 -マクログロブリン	140	→ 140	D006 16	
D006 15	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	140	→ 140	D006 16	(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		
D006 15	von Willebrand因子(VWF)活性	140	→ 140	D006 16	(名称の変更)
D006 16	PIVKA-II	150	→ 147	D006 17	(名称の変更)
D006 16	Dダイマー	150	→ 147	D006 17	(名称の変更)
D006 17	凝固因子インヒビター	160	→ 160	D006 18	
D006 17	von Willebrand因子(VWF)抗原	160	→ 160	D006 18	(名称の変更)
D006 18	プロテインS活性	170	→ 170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プロテインS抗原	170	→ 170	D006 19	(項目の分割)
D006 18	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	170	→ 170	D006 19	(名称の変更)
D006 19	血小板第4因子(PF ₄)	180	→ 180	D006 20	
D006 19	β-トロンボグロブリン(β-TG)	180	→ 180	D006 20	(名称の変更)
D006 20	プロトロンビンフラグメントF1+2	200	→ 196	D006 21	
D006 20	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	200	→ 200	D006 22	(名称の変更)
D006 21	トロンボモジュリン	215	→ 215	D006 23	
D006 22	フィブリンモノマー複合体	240	→ 240	D006 24	
D006 22	凝固因子(第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	240	→ 240	D006 24	(名称の変更)
D006 23	プロテインC活性	260	→ 260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	プロテインC抗原	260	→ 260	D006 25	(項目の分割)
D006 23	tPA・PAI-1複合体	260	→ 260	D006 25	
D006 24	フィブリノペプチド	300	→ 300	D006 26	(名称の変更)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	750	→ 744	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,000	→ 2,100	D006-2	(名称の変更)
D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA	1,200	→ 1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	4,000	→ 4,000	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,600	→ 2,730	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	→ 2,520	D006-6	
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,000	→ 2,100	D006-7	

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		
D006-7	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,000	→ 2,400	D006-8	(名称の変更)
D006-7	WT1 mRNA	2,000	→ 2,520	D006-9	(名称の変更)
(生化学的検査(I))					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)	11	→ 11	D007 1	(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	
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11	→ -	- -	(削除)
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	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 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		
D007 1	アルドラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	鉄(Fe)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
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	
D007 4	無機リン及びリン酸	17	→ 17	D007 4	(名称の変更)
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	
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→ 17	D007 4	
D007 5	LDL-コレステロール	18	→ 18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	→ 18	D007 5	
D007 6	銅(Cu)	23	→ 23	D007 6	(名称の変更)
D007 7	リパーゼ	24	→ 24	D007 7	
D007 8	イオン化カルシウム	26	→ 26	D007 8	
D007 9	マンガン(Mn)	27	→ 27	D007 9	(名称の変更)
D007 10	ムコ蛋白	29	→ 29	D007 10	
D007 11	ケトン体	31	→ 30	D007 11	
D007 11	不飽和鉄結合能(UIBC)	31	→ 31	D007 12	
D007 11	総鉄結合能(TIBC)	31	→ 31	D007 12	
D007 12	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→ 32	D007 13	(名称の変更)
D007 13	グアナーゼ	35	→ 35	D007 14	
D007 14	リポプロテイン	45	→ -	- -	(削除)
D007 15	有機モノカルボン酸	48	→ 47	D007 15	
D007 15	胆汁酸	48	→ 47	D007 15	
D007 15	ALPアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(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 15	アミラーゼアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	γ-GTアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	LDアイソザイム	48	→ 48	D007 16	(名称の変更)
D007 15	重炭酸塩	48	→ 48	D007 16	
D007 16	ASTアイソザイム	49	→ 49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	リポ蛋白分画	50	→ 49	D007 17	(名称の変更)
D007 17	アンモニア	50	→ 50	D007 18	
D007 18	CKアイソザイム	55	→ 55	D007 19	(名称の変更)
D007 18	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 19	
D007 19	コレステロール分画	57	→ 57	D007 20	
D007 20	ケトン体分画	60	→ 59	D007 21	
D007 20	カタラーゼ	60	→ 60	D007 22	
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 23	
D007 22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)	80	→ 80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 24	(名称の変更)
D007 22	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)	80	→ 80	D007 24	
D007 22	グリココール酸	80	→ 80	D007 24	
D007 23	CK-MB	90	→ 90	D007 25	
D007 24	アポリポ蛋白	95	→ 94	D007 26	
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→ 95	D007 27	
D007 24	LDアイソザイム1型	95	→ 95	D007 27	(名称の変更)
— —	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	—	→ 96	D007 28	(新設)
D007 25	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100	→ 100	D007 29	
D007 26	ヘパリン	110	→ 110	D007 30	
D007 26	リポ蛋白(a)	110	→ 110	D007 30	
D007 27	心筋トロポニンI	120	→ 120	D007 31	
D007 27	KL-6	120	→ 120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	フェリチン半定量	120	→ 120	D007 31	(項目の分割)

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 27	フェリチン定量	120	→ 120	D007 31	(項目の分割)
D007 27	エタノール	120	→ 120	D007 31	(名称の変更)
D007 27	ペントシジン	120	→ 120	D007 31	
D007 27	イヌリン	120	→ 120	D007 31	
D007 28	アルミニウム(Al)	130	→ 127	D007 32	(名称の変更)
D007 28	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→ 130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	130	→ 130	D007 33	(名称の変更)
D007 28	ガラクトース	130	→ 130	D007 33	
D007 28	シスタチンC	130	→ 130	D007 33	
D007 29	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→ 140	D007 34	(名称の変更)
D007 30	血液ガス分析	150	→ 150	D007 35	
D007 30	亜鉛(Zn)	150	→ 150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	ミオグロビン定性	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	ミオグロビン定量	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	150	→ 150	D007 35	(項目の分割)
D007 30	プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド(P-Ⅲ-P)	150	→ 150	D007 35	(名称の変更)
D007 30	Ⅳ型コラーゲン	150	→ 150	D007 35	
D007 30	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→ 150	D007 35	
D007 30	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→ 150	D007 35	
D007 31	アンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE)	160	→ 160	D007 36	
D007 31	Ⅳ型コラーゲン・7S	160	→ 160	D007 36	
D007 31	ビタミンB ₁₂	160	→ 160	D007 36	
D007 32	葉酸	170	→ 170	D007 37	
D007 33	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	→ 180	D007 38	(名称の変更)
D007 34	アセトアミノフェン	190	→ 190	D007 39	
D007 34	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性	190	→ 190	D007 39	(名称の変更)
D007 34	ヒアルロン酸	190	→ 190	D007 39	

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 34	心室筋ミオシン軽鎖 I	190	→ 190	D007 39	
D007 35	レムナント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	200	→ 200	D007 40	(名称の変更)
D007 35	トリプシン	200	→ 200	D007 40	
D007 35	マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)	200	→ 200	D007 40	(名称の変更)
D007 36	赤血球コプロポルフィリン	210	→ 210	D007 41	
D007 36	ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	210	→ 210	D007 41	(名称の変更)
D007 37	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	230	→ 230	D007 42	(名称の変更)
D007 37	肝細胞増殖因子 (HGF)	230	→ 230	D007 42	
D007 37	CKアイソフォーム	230	→ 230	D007 42	
D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ (PH)	230	→ 230	D007 42	
D007 38	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→ 250	D007 43	
D007 38	α-フェトプロテイン (AFP) 定性 (膺分泌液)	250	→ 250	D007 43	(名称の変更)
D007 39	ビタミンB ₁	270	→ 270	D007 44	
D007 40	ビタミンB ₂	280	→ 276	D007 45	
D007 40	赤血球プロトポルフィリン	280	→ 280	D007 46	
D007 41	プロカルシトニン (PCT) 半定量	320	→ 320	D007 47	(項目の分割)
D007 41	プロカルシトニン (PCT) 定量	320	→ 320	D007 47	(項目の分割)
D007 42	ビタミンC	330	→ 330	D007 48	
D007 43	1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	400	→ 400	D007 49	(名称の変更)
D007 注	包括項目: 5項目以上7項目以下	95	→ 93	D007 注	
D007 注	包括項目: 8項目又は9項目	104	→ 102	D007 注	
D007 注	包括項目: 10項目以上	123	→ 121	D007 注	
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55	→ 55	D008 1	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60	→ 60	D008 2	
D008 2	17-ヒドロキシコルチコステロイド (17-OHCS)	60	→ -	- -	(削除)
D008 3	17-ケトステロイド (17-KS)	70	→ -	- -	(削除)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 3	ホモバニリン酸(HVA)	70	→ 69	D008 3	(名称の変更)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→ 90	D008 4	
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→ 95	D008 5	
D008 6	プロラクチン(PRL)	100	→ 98	D008 6	
D008 7	レニン活性	110	→ 108	D008 7	
D008 8	トリヨードサイロニン(T ₃)	115	→ 113	D008 8	
D008 8	レニン定量	115	→ 113	D008 8	
D008 8	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115	→ 115	D008 9	
D008 8	ガストリン	115	→ 115	D008 9	
D008 9	サイロキシシン(T ₄)	120	→ 118	D008 10	
D008 9	インスリン(IRI)	120	→ 118	D008 10	
D008 10	成長ホルモン(GH)	125	→ 123	D008 11	
D008 10	卵胞刺激ホルモン(FSH)	125	→ 123	D008 11	
D008 10	C-ペプチド(CPR)	125	→ 123	D008 11	(名称の変更)
D008 10	黄体形成ホルモン(LH)	125	→ 123	D008 11	
D008 11	アルドステロン	140	→ 137	D008 12	
D008 11	テストステロン	140	→ 137	D008 12	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	サイロキシシン結合能(TBC)	140	→ 140	D008 13	
D008 11	遊離サイロキシシン(FT ₄)	140	→ 140	D008 13	
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)	140	→ 140	D008 13	
D008 11	コルチゾール	140	→ 140	D008 13	
D008 11	サイロキシシン結合グロブリン(TBG)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 11	サイログロブリン	140	→ 140	D008 13	
D008 11	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→ 140	D008 13	(名称の変更)
D008 12	カルシトニン	150	→ 147	D008 14	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)	150	→ 150	D008 15	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	150	→ 150	D008 15	(項目の分割)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	150	→ 150	D008 15	(項目の分割)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	150	→ 150	D008 15	(名称の変更)
D008 12	グルカゴン	150	→ 150	D008 15	
D008 13	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)	160	→ 160	D008 16	
D008 13	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→ 160	D008 16	
D008 14	プロゲステロン	170	→ 167	D008 17	(名称の変更)
D008 14	オステオカルシン(OC)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170	→ 170	D008 18	
- -	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact PINP)	-	→ 170	D008 18	(新設)
D008 14	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	セクレチン	170	→ 170	D008 18	
D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	遊離テストステロン	170	→ 170	D008 18	
D008 14	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	170	→ 170	D008 18	(名称の変更)
D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	170	→ 170	D008 18	
D008 15	サイクリックAMP(cAMP)	180	→ 180	D008 19	(名称の変更)
D008 15	エストリオール(E ₃)	180	→ 180	D008 19	
D008 15	エストロゲン半定量	180	→ 180	D008 19	(項目の分割)
D008 15	エストロゲン定量	180	→ 180	D008 19	(項目の分割)
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	180	→ 180	D008 19	
D008 16	副甲状腺ホルモン(PTH)	190	→ 186	D008 20	
D008 16	カテコールアミン分画	190	→ 186	D008 20	
D008 16	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	190	→ 190	D008 21	(名称の変更)
D008 17	エストラジオール(E ₂)	200	→ 196	D008 22	
D008 17	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	200	→ 200	D008 23	(名称の変更)
D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200	→ 200	D008 23	
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 23	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 18	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	220	→ 216	D008 24	
D008 18	カテコールアミン	220	→ 216	D008 24	
D008 18	17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 25	
D008 18	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	220	→ 220	D008 25	
D008 18	エリスロポエチン	220	→ 220	D008 25	
D008 18	17 α -ヒドロキシprogesteron(17 α -OHP)	220	→ 220	D008 25	(名称の変更)
D008 18	抗IA-2抗体	220	→ 220	D008 25	
D008 18	プレグナンジオール	220	→ 220	D008 25	
D008 19	ソマトメジンC	240	→ 235	D008 26	
D008 19	抗利尿ホルモン(ADH)	240	→ 235	D008 26	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン	240	→ 240	D008 27	
D008 19	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	240	→ 240	D008 27	(名称の変更)
D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→ 240	D008 27	
D008 20	プレグナントリオール	250	→ 250	D008 28	
D008 20	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 28	
D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 29	
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定性	80	→ 80	D009 1	(名称の変更)
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115	→ 113	D009 2	
D009 2	α -フェトプロテイン(AFP)	115	→ 115	D009 3	
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)	115	→ 115	D009 3	
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC)	115	→ 115	D009 3	(名称の変更)
D009 3	DUPAN-2	130	→ 130	D009 4	
D009 3	NCC-ST-439	130	→ 130	D009 4	
D009 3	CA15-3	130	→ 130	D009 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		
D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	130	→ 130	D009 4	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135	→ 135	D009 5	
D009 5	前立腺特異抗原(PSA)	140	→ 140	D009 6	(名称の変更)
D009 5	CA19-9	140	→ 140	D009 6	
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 7	
D009 6	CA72-4	150	→ 150	D009 7	
D009 6	CA50	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	SPan-1	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	シアルルTn抗原(STN)	150	→ 150	D009 7	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)	150	→ 150	D009 7	
D009 6	PIVKA-II半定量	150	→ 150	D009 7	(項目の分割)
D009 6	PIVKA-II定量	150	→ 150	D009 7	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	160	→ 160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	160	→ 160	D009 8	(項目の分割)
D009 7	シアルルLe ^x -i抗原(SLX)	160	→ 160	D009 8	(名称の変更)
D009 7	CA125	160	→ 160	D009 8	
D009 7	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 8	(名称の変更)
D009 8	シアルルLe ^x 抗原(CSLEX)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	遊離型PSA比(PSA F/T比)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170	→ 170	D009 9	
D009 8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(PICP)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	I型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 8	SP1	170	→ 170	D009 9	
D009 8	抗p53抗体	170	→ 170	D009 9	(名称の変更)
D009 9	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)	180	→ 180	D009 10	(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 10	
D009 10	遊離型フコース(尿)	190	→ 190	D009 11	(名称の変更)
D009 10	CA602	190	→ 190	D009 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		
D009 10	α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190	→ 190	D009 11	(名称の変更)
D009 10	CA54/61	190	→ 190	D009 11	
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190	→ 190	D009 11	
D009 11	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)	200	→ 200	D009 12	(名称の変更)
D009 11	CA130	200	→ 200	D009 12	
D009 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン β 分画コアフラグメント(HCG β -CF)(尿)	200	→ 200	D009 12	(名称の変更)
D009 12	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→ 220	D009 13	
D009 13	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(項目の分割)
D009 13	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(項目の分割)
D009 13	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→ 320	D009 14	(名称の変更)
D009 13	HER2蛋白	320	→ 320	D009 14	(名称の変更)
D009 14	可溶性インターロイキン-2レセプター(Si1-2R)	460	→ 460	D009 15	(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	糖分析(尿)	38	→ 38	D010 1	(名称の変更)
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)	300	→ 300	D010 4	(名称の変更)
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	320	→ 320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	→ 1,274	D010 5	
D010 6	アミノ酸定性	350	→ 350	D010 6	(名称の変更)
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	

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 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	Coombs試験			D011 2	(名称の変更)
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	不規則抗体	170	→ 167	D011 4	(名称の変更)
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→ 200	D011 5	(名称の変更)
D011 6	血小板関連IgG(PA-IgG)	210	→ 210	D011 6	(名称の変更)
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体	270	→ 270	D011 8	(名称の変更)
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応(STS)定性	15	→ 15	D012 1	(名称の変更)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定性	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)半定量	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 1	抗streptリジンO(ASO)定量	15	→ 15	D012 1	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	27	→ 26	D012 2	(項目の分割)
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	27	→ 26	D012 2	(項目の分割)
D012 3	抗streptキナーゼ(ASK)定性	29	→ 29	D012 3	(項目の分割)
D012 3	抗streptキナーゼ(ASK)半定量	29	→ 29	D012 3	(項目の分割)
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	(名称の変更)
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→ 32	D012 4	(項目の分割)
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→ 32	D012 4	(項目の分割)
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	→ 34	D012 5	(名称の変更)
D012 5	梅毒血清反応(STS)	34	→ 34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→ 53	D012 6	(項目の分割)
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→ 53	D012 6	(項目の分割)
D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	60	→ 60	D012 7	(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 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60	→ 60	D012 7	(名称の変更)
D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便)	65	→ 65	D012 8	(項目の分割)
D012 8	ロタウイルス抗原定量(糞便)	65	→ 65	D012 8	(項目の分割)
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	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→ 70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→ 75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	80	→ 79	D012 11	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→ 80	D012 12	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→ 80	D012 12	
D012 11	百日咳菌抗体定性	80	→ 80	D012 12	(項目の分割)
D012 11	百日咳菌抗体半定量	80	→ 80	D012 12	(項目の分割)
D012 12	HTLV-I抗体定性	85	→ 85	D012 13	(項目の分割)
D012 12	HTLV-I抗体半定量	85	→ 85	D012 13	(項目の分割)
D012 13	トキソプラズマ抗体	95	→ 93	D012 14	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体	95	→ 95	D012 15	(名称の変更)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)	100	→ 100	D012 16	(名称の変更)
D012 14	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	→ 100	D012 16	(名称の変更)
D012 15	抗酸菌抗体定性	120	→ 120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	抗酸菌抗体定量	120	→ 120	D012 17	(項目の分割)
D012 15	HIV-1抗体	120	→ 120	D012 17	(名称の変更)
D012 16	HIV-1, 2抗体定性	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗体半定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗体定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 16	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	130	→ 127	D012 18	(項目の分割)
D012 17	A群β溶連菌迅速試験定性	140	→ 140	D012 19	(名称の変更)
D012 17	ノイラミニダーゼ	140	→ 140	D012 19	
D012 18	カンジダ抗原定性	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)

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 18	カンジダ抗原半定量	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	カンジダ抗原定量	150	→ 148	D012 20	(項目の分割)
D012 18	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	インフルエンザウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	RSウイルス抗原定性	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
D012 18	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)	150	→ 150	D012 21	(名称の変更)
— —	ノロウイルス抗原定性	—	→ 150	D012 21	(新設)
D012 19	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 22	
D012 19	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→ 160	D012 22	(名称の変更)
D012 20	大腸菌O157抗原定性	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	クラミジア・トラコマチス抗原定性	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170	→ 170	D012 23	
D012 20	マイコプラズマ抗原	170	→ 170	D012 23	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌O157抗体定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 21	大腸菌血清型別	180	→ 180	D012 24	(名称の変更)
D012 22	HTLV-I抗体	190	→ 186	D012 25	(名称の変更)
D012 22	クリプトコックス抗原定性	190	→ 190	D012 26	(項目の分割)
D012 22	クリプトコックス抗原半定量	190	→ 190	D012 26	(項目の分割)
D012 23	ブルセラ抗体	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
D012 23	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
— —	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	—	→ 210	D012 27	(新設)
D012 23	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿)	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
— —	肺炎球菌細胞壁抗原定性	—	→ 210	D012 27	(新設)
D012 23	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→ 210	D012 27	(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 23	レプトスピラ抗体	210	→ 210	D012 27	(名称の変更)
D012 24	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	220	→ 216	D012 28	(名称の変更)
D012 24	ツツガムシ抗体定性	220	→ 220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	ツツガムシ抗体半定量	220	→ 220	D012 29	(項目の分割)
D012 24	(1→3) - β - D-グルカン	220	→ 220	D012 29	
D012 24	サイトメガロウイルス抗体	220	→ 220	D012 29	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体半定量	230	→ 230	D012 30	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	230	→ 230	D012 30	
D012 26	レジオネラ抗原定性(尿)	240	→ 240	D012 31	(名称の変更)
D012 26	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→ 240	D012 31	(名称の変更)
D012 27	エンドトキシン	270	→ 270	D012 32	(名称の変更)
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→ 270	D012 32	(名称の変更)
D012 28	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 33	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体	300	→ 294	D012 34	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原定性	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異IgG抗体	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 29	Weil-Felix反応	300	→ 300	D012 35	(名称の変更)
D012 30	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 36	(名称の変更)
D012 31	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	410	→ 410	D012 37	(名称の変更)
D012 32	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)	450	→ 441	D012 38	(名称の変更)
D012 33	HIV抗原	600	→ 600	D012 39	
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)
D013 2	HBs抗体定性	32	→ 32	D013 2	(項目の分割)
D013 2	HBs抗体半定量	32	→ 32	D013 2	(項目の分割)
D013 3	HBs抗原	90	→ 88	D013 3	
D013 3	HBs抗体	90	→ 88	D013 3	(名称の変更)
D013 4	HBe抗原	110	→ 110	D013 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		
D013 4	HBe抗体	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	HCV抗体定性・定量	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	HCVコア蛋白	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	HBc抗体半定量・定量	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA-IgM抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HBc-IgM抗体	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HCVコア抗体	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定性	160	→ 160	D013 7	(項目の分割)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→ 160	D013 7	(項目の分割)
— —	HE-IgA抗体定性	—	→ 210	D013 8	(新設)
D013 8	HCV血清群別判定	240	→ 240	D013 9	(名称の変更)
D013 9	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	290	→ 290	D013 10	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→ 330	D013 11	(名称の変更)
D013 11	HCV特異抗体価	340	→ 340	D013 12	
— —	HBVジェノタイプ判定	—	→ 340	D013 12	(新設)
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	494	→ 484	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→ 11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量	30	→ 30	D014 2	(項目の分割)
D014 2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→ 30	D014 2	(項目の分割)
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→ 37	D014 3	(名称の変更)
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→ 37	D014 3	(名称の変更)
D014 4	Donath-Landsteiner試験	55	→ 55	D014 4	(名称の変更)
D014 5	LEテスト定性	68	→ 68	D014 5	(名称の変更)
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	(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		
D014 6	抗インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	115	→ 113	D014 7	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→ 120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→ 120	D014 8	(項目の分割)
D014 8	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	120	→ 120	D014 8	
D014 9	抗Jo-1抗体定性	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo-1抗体半定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗Jo-1抗体定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗サイログロブリン抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗RNP抗体定性	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体半定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 9	抗RNP抗体定量	150	→ 150	D014 9	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Sm抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-B/La抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体定性	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体半定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗Scl-70抗体定量	170	→ 167	D014 10	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体定性	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体半定量	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体定量	170	→ 170	D014 11	(項目の分割)
- -	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	-	→ 170	D014 11	(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		
D014 10	C ₁ q結合免疫複合体	170	→ 170	D014 11	
D014 11	抗DNA抗体定性	180	→ 178	D014 12	(項目の分割)
D014 11	抗DNA抗体定量	180	→ 178	D014 12	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定性	190	→ 190	D014 13	(項目の分割)
D014 12	抗セントロメア抗体定量	190	→ 190	D014 13	(項目の分割)
D014 13	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	→ 200	D014 14	
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定性	210	→ 206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体定量	210	→ 206	D014 15	(項目の分割)
D014 14	C ₃ d結合免疫複合体	210	→ 210	D014 16	
D014 14	IgG型リウマトイド因子	210	→ 210	D014 16	(名称の変更)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→ 210	D014 16	(項目の分割)
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→ 210	D014 16	(項目の分割)
D014 15	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体	230	→ 230	D014 17	(名称の変更)
D014 15	抗LKM-1抗体	230	→ 230	D014 17	
D014 16	抗カルジオリピン抗体	250	→ 250	D014 18	
D014 16	抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	250	→ 250	D014 18	(名称の変更)
D014 17	抗デスマogleイン3抗体	270	→ 270	D014 19	(名称の変更)
D014 17	抗BP180-NC16a抗体	270	→ 270	D014 19	(名称の変更)
D014 18	ループスアンチコアグラント定性	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	ループスアンチコアグラント定量	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	290	→ 290	D014 20	(項目の分割)
D014 18	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 20	
D014 18	抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	290	→ 290	D014 20	(名称の変更)
D014 19	抗デスマogleイン1抗体	300	→ 300	D014 21	(名称の変更)
D014 20	甲状腺刺激抗体 (TSAb)	350	→ 350	D014 22	(名称の変更)
D014 21	IgG ₄	400	→ 400	D014 23	
D014 22	抗GM1IgG抗体	460	→ 460	D014 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		
D014 22	抗GQ1bIgG抗体	460	→ 460	D014 24	
D014 23	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	900	→ 900	D014 25	(名称の変更)
D014 24	抗グルタミン酸レセプター抗体	1,000	→ 1,000	D014 26	(名称の変更)
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	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16	→ 16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)	16	→ 16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D015 2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)	30	→ 30	D015 2	(名称の変更)
D015 3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性	34	→ 34	D015 3	(名称の変更)
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D015 3	
D015 4	血清補体価(CH ₅₀)	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→ 42	D015 5	(項目の分割)
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→ 42	D015 5	(項目の分割)
D015 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	48	→ 47	D015 6	(名称の変更)
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→ 60	D015 7	(名称の変更)
D015 8	C ₃	70	→ 70	D015 8	(名称の変更)
D015 8	C ₄	70	→ 70	D015 8	(名称の変更)
D015 9	セルロプラスミン	90	→ 90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE半定量	100	→ 100	D015 10	(項目の分割)
D015 10	非特異的IgE定量	100	→ 100	D015 10	(項目の分割)
D015 11	特異的IgE半定量・定量	110	→ 110	D015 11	(名称の変更)
D015 12	β ₂ -ミクログロブリン	115	→ 115	D015 12	(名称の変更)
D015 12	トランスサイレチン(プレアルブミン)	115	→ 115	D015 12	(名称の変更)
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 13	
D015 14	α ₁ -ミクログロブリン	150	→ 150	D015 14	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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	→ 168	D015 16	
D015 17	ヘモペキシシ	180	→ 180	D015 17	
D015 18	APRスコア定性	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 18	アトピー鑑別試験定性	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 18	TARC	200	→ 200	D015 18	(名称の変更)
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)	210	→ 210	D015 19	(名称の変更)
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	220	→ 220	D015 20	(名称の変更)
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κ/λ比	340	→ 340	D015 23	
— —	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	—	→ 400	D015 24	(新設)
D015 24	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	600	→ 630	D015 25	(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	170	→ 170	D016 1	(名称の変更)
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	210	→ 210	D016 3	(名称の変更)
D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)	210	→ 210	D016 3	(名称の変更)
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 4	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 5	(名称の変更)
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	350	→ 350	D016 6	(名称の変更)
(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	42	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	40	→ 50	D017 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		
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	140	→ 160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	140	→ 160	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	150	→ 190	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	130	→ 150	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	120	→ 140	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	(名称の変更)
D018 注	嫌気性培養加算	80	→ 120	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	140	→ 170	D019 1	
D019 2	2菌種	180	→ 220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	230	→ 280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	130	→ 150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	200	→ 230	D020 1	(名称の変更)
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	180	→ 210	D020 2	(名称の変更)
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	290	→ 370	D021	(名称の変更)
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	300	→ 380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→ 130	D023 1	(名称の変更)
D023 2	淋菌核酸検出	210	→ 210	D023 2	(名称の変更)
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	210	→ 210	D023 2	(名称の変更)
D023 3	HBV核酸定量	290	→ 290	D023 3	(名称の変更)
D023 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	300	→ 300	D023 4	(名称の変更)
— —	レジオネラ核酸検出	—	→ 300	D023 4	(新設)
— —	マイコプラズマ核酸検出	—	→ 300	D023 4	(新設)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	→ —	— —	(削除)
D023 6	HCV核酸検出	360	→ 360	D023 5	(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		
D023 6	HPV核酸検出	360	→ 360	D023 5	(名称の変更)
— —	インフルエンザ核酸検出	—	→ 410	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌核酸同定	410	→ 410	D023 6	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸検出	410	→ 410	D023 6	(名称の変更)
D023 8	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー(MAC)核酸検出	430	→ 421	D023 7	(名称の変更)
D023 9	HCV核酸定量	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 9	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→ 450	D023 8	(名称の変更)
D023 10	HIV-1核酸定量	520	→ 520	D023 9	(名称の変更)
D023 10	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 9	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	550	→ 850	D023 10	(名称の変更)
— —	HPVジェノタイプ判定	—	→ 2,000	D023 11	(新設)
D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→ 6,000	D023 12	(名称の変更)
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')定性	55	→ 55	D023-2 1	(名称の変更)
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70	→ 70	D023-2 2	(名称の変更)
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)	150	→ 150	D023-2 3	(名称の変更)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	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	
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	D026 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		
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→ 144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(II)判断料	144	→ 144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(I)	40	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(II)	100	→ 100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(III)	300	→ 300	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(IV)	500	→ 500	D026 注	
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	スパイログラフイー等検査			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	→ 90	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	→ 100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→ 140	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	→ -	D201 1	
- -	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	-	→ 150	D201 1	(新設)
- -	ロ その他の場合	-	→ 60	D201 1	(新設)
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	→ 150	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 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		
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
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	→ —	— —	(削除)
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	
— —	血管内皮機能検査(一連につき)	—	→ 200	D207 4	(新設)
D207 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→ 1,350	D207 5	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	バリスタカルジオグラフ	90	→ 90	D208 4	
— —	加算平均心電図による心室遅延電位測定	—	→ 200	D208 5	(新設)
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 6	
D209	負荷心電図検査			D209	

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		
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 320	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→ 90	D210-3	(名称の変更)
— —	T波オルタナンス検査	—	→ 1,100	D210-4	(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	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
—	時間内歩行試験	—	→ 560	D211-3	(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	
— —	1検査	—	→ 60	D214 1	(新設)
D214 1	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 2	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 3	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 4	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
— —	血管伸展性検査	—	→ 100	D214 6	(新設)
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	

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 3	心臓超音波検査			D215 3	(新設)	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3		
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3		
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3		
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 1,000	D215 3		
— —	ホ 負荷心エコー法	—	→ 1,680	D215 3		
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4		
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4		
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4		
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4		
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5		
D215 注	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		
— —	肝硬度測定	—	→ 200	D215-2		(新設)
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216		
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注		
D216-2	残尿測定検査	—	→ —	D216-2		
D216-2 1	超音波検査によるもの	55	→ 55	D216-2 1		
D216-2 2	導尿によるもの	45	→ 45	D216-2 2		
D217	骨塩定量検査			D217		
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1		
D217 注	大腿骨同時撮影加算	90	→ 90	D217 注		
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		

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		
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	→ 700	D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200	→ 200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50	→ 50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150	→ 150	D220 2	
D220 2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130	→ 130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50	→ 50	D220 2	
D221	削除			D221	
—	筋肉コンパートメント内圧測定	—	→ 620	D221-2	(新設)
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	
—	ヘッドアップティルト試験	—	→ 980	D225-4	(新設)
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	→ 125	D227 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		
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	400	→ 500	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→ 150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 450	D230 2	
D231	人工臓臓(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	→ 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。)	600	→ 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	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	700	→ 900	D235-3	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 670	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 800	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー	670	→ 670	D236-2	
D236-3	脳磁図	5,000	→ 5,100	D236-3	(名称の変更)
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	
— —	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	—	250	D237 2	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D237 2	1及び2以外の場合	3,300	→ 3,300	D237 3	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	140	→ 180	D238	
(神経・筋検査)					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては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)	150	→ 150	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	300	→ 400	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	
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	→ 180	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	350	→ 350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	350	→ 350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	350	→ 350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	

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		
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→ 110	D244 3	
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→ 40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	→ 150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→ 1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	→ 700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	300	→ 290	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350	→ 340	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	150	→ -	D250 3	
- -	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	-	→ 300	D250 3	(新設)
- -	ロ その他の場合	-	→ 140	D250 3	(新設)
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 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		
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プ	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45	→ 45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→ 300	D254	
(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	
— —	自発蛍光撮影法の場合	—	→ 510	D256 3	(新設)
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→ 500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	

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		
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	→ 290	D260 2	
D261	屈折検査	69	→ 69	D261	
D262	調節検査	74	→ 70	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	69	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→ 69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	82	→ 82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	60	→ 70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	38	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除				
—	ロービジョン検査判断料	—	→ 250	D270-2	(新設)
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	38	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	38	→ 48	D272	
D273	細隙燈頭微鏡検査(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	

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		
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 1	
— —	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	—	→ 60	D282-2 2	(新設)
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)					
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	
— —	操作と処理が極めて複雑なもの	—	→ 450	D283 3	(新設)
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	

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		
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	
— —	イヌリンクリアランス測定	—	→ 1,280	D286-2	(新設)
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ ギナドトロピン(LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鈣質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膺機能テスト(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	

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		
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	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→ 1,000	D291-3	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→ 575	D293 2	

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		
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)	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコープ	600	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査(片側)	1,000	→ 1,000	D300-2	
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	2,500	→ 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	
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	
D306 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注	
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	

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		
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	
D308 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注	
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	(名称の変更)
D310 1	バルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 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	
D313 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	950	→ 950	D317	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→ 890	D317-2	
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→ 1,000	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコープ(片側)	1,500	→ 1,500	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコープ	150	→ 150	D321	

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		
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	13	→ 16	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	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	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	

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		
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	
D409-2	センチネルリンパ節生検			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	200	→ -	D410	
1	生検針によるもの	-	→ 650	D410 1	(新設)
2	その他	-	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	4,000	→ 4,000	D414-2 1	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,000	D415	
- -	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	-	→ 5,500	D415-2	(新設)
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
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	
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	

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 6	口腔	400	→ 400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 8	
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 9	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→ 400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	→ 620	D417 12	
D417 13	心筋	5,000	→ 5,000	D417 13	
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	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	
D419 4	前房水採取	350	→ 350	D419 4	

別表2

第3部 検査 (名称を変更する項目)

	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001 2	VMA定性	D001 2	VMA定性(尿)
D001 2	B-J蛋白定性	D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)
D001 5	尿中ウロビリノゲン	D001 3	ウロビリノゲン(尿)
D001 5	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)
D001 6	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)
D001 7	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)
D001 8	尿中アルブミン定性	D001 6	アルブミン定性(尿)
D001 9	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性	D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)
D001 9	尿中フィブリン分解産物(FDP)	D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)
D001 10	尿中マイクロトランスフェリン	D001 9	トランスフェリン(尿)
D001 10	尿中ウロポルフィリン	D001 9	ウロポルフィリン(尿)
D001 10	尿中マイクロアルブミン	D001 8	アルブミン定量(尿)
D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸	D001 9	δ アミノレブリン酸(δ -ALA)(尿)
D001 10	尿中ポリアミン	D001 9	ポリアミン(尿)
D001 11	尿中ミオイノシトール	D001 10	ミオイノシトール(尿)
D001 12	尿中コプロポルフィリン	D001 11	コプロポルフィリン(尿)
D001 13	尿中ポルフォビリノゲン	D001 12	ポルフォビリノゲン(尿)
D001 14	尿中IV型コラーゲン	D001 13	IV型コラーゲン(尿)
D002	尿沈渣顕微鏡検査	D002	尿沈渣(鏡検法)
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定	D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)
D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)	D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)
D003 2	糞便中ウロビリノ	D003 1	ウロビリノ(糞便)
D003 4	糞便中虫体検出	D003 3	虫体検出(糞便)
D003 7	糞便中虫卵培養検査	D003 6	虫卵培養(糞便)

D003	9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003	8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量
D003	10	糞便中キモトリプシン	D003	9	キモトリプシン(糞便)
D004	1	胃酸度測定	D004	1	酸度測定(胃液)
D004	6	頸管粘液検査	D004	6	頸管粘液一般検査
D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	D004	7	顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)
D004	7	涙液中総IgE定性	D004	7	IgE定性(涙液)
D004	8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004	8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)
D004	9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量	D004	9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(膣分泌液)
D004	11	関節液中コンドロカルシン	D004	11	Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)
D004	12	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	D004	12	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)(羊水)
D004	14	髄液オリゴクローナルバンド	D004	14	オリゴクローナルバンド
D004	15	髄液MBP	D004	15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)
D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD-DST法)	D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査
D005	1	赤血球沈降速度	D005	1	赤血球沈降速度(ESR)
D005	3	鼻汁喀痰中好酸球検査	D005	3	好酸球(鼻汁・喀痰)
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)	D005	16	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)
D006	2	凝固時間	D006	2	全血凝固時間
D006	2	プロトロンビン時間	D006	2	プロトロンビン時間(PT)
D006	4	クリオフィブリノゲン検査	D006	4	クリオフィブリノゲン
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間	D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
D006	11	プラスミン活性値	D006	11	プラスミン活性
D006	14	フィブリノゲン分解産物	D006	14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)
D006	15	アンチプラスミン	D006	16	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)
D006	15	フォン・ウィルブランド因子活性	D006	16	von Willebrand因子(VWF)活性
D006	16	PIVKAⅡ	D006	17	PIVKA-Ⅱ
D006	16	D-Dダイマー	D006	17	Dダイマー

D006 17	フォン・ウィルブランド因子抗原	D006 18	von Willebrand因子(VWF)抗原
D006 18	α 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	D006 19	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)
D006 19	β -トロンボグロブリン	D006 20	β -トロンボグロブリン(β -TG)
D006 20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)	D006 22	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)
D006 22	凝固因子(Ⅱ, V, Ⅶ, Ⅷ, Ⅸ, X, XI, XII, XIII)	D006 24	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)
D006 24	フィブリノペプチド	D006 26	フィブリノペプチド
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)	D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査	D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA
D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査	D006-9	WT1 mRNA
D006-7	サイトケラチン(CK)19mRNA	D006-8	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出
D007 1	直接ビリルビン	D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン
D007 1	尿素窒素(BUN)	D007 1	尿素窒素
D007 1	アルカリホスファターゼ	D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)
D007 1	γ -グルタミールトランスペプチダーゼ(γ -GT)	D007 1	γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)
D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)	D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)
D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)	D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)
D007 1	鉄	D007 1	鉄(Fe)
D007 1	試験紙法・アンフル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンフル法・固定化酵素電極によるもの)
D007 4	P及びHPO4	D007 4	無機リン及びリン酸
D007 6	銅	D007 6	銅(Cu)
D007 9	マンガン	D007 9	マンガン(Mn)
D007 12	アデノシンデアミナーゼ	D007 13	アデノシンデアミナーゼ(ADA)
D007 15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	D007 16	ALPアイソザイム
D007 15	アミラーゼ・アイソザイム	D007 16	アミラーゼアイソザイム
D007 15	γ -GT・アイソザイム	D007 16	γ -GTアイソザイム
D007 15	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	D007 16	LDアイソザイム

D007 16	AST・アインザイム	D007 17	ASTアインザイム
D007 17	リポ蛋白分画(アガロース法)	D007 17	リポ蛋白分画
D007 18	CK・アインザイム	D007 19	CKアインザイム
D007 22	G-6-PDH	D007 24	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)
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 24	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)
D007 24	乳酸脱水素酵素・アインザイム1型	D007 27	LDアインザイム1型
D007 27	シアル化糖鎖抗原KL-6	D007 31	KL-6
D007 27	アルコール	D007 31	エタノール
D007 28	サーファクタントプロテインA(SP-A)	D007 33	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)
D007 28	心筋トロポニンT(定性、定量)	D007 33	心筋トロポニンT(TnT) 定性・定量
D007 28	アルミニウム	D007 32	アルミニウム(Al)
D007 29	サーファクタントプロテインD(SP-D)	D007 34	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)
D007 30	亜鉛	D007 35	亜鉛(Zn)
D007 30	P-III-P	D007 35	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)
D007 33	アルカリホスファターゼ・アインザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	D007 38	ALPアインザイム(PAG電気泳動法)
D007 34	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)	D007 39	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1) 定性
D007 35	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	D007 40	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)
D007 35	MDA-LDL	D007 40	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)
D007 36	膵ホスホリパーゼA2(膵PLA2)	D007 41	ホスホリパーゼA ₂ (PLA ₂)
D007 37	リポ蛋白リパーゼ	D007 42	リポ蛋白リパーゼ(LPL)
D007 38	臍分泌液中α-フェト蛋白	D007 43	α-フェト蛋白(AFP) 定性(臍分泌液)
D007 43	1, 25ジヒドロキシビタミンD3(1, 25(OH)2D3)	D007 49	1, 25-ジヒドロキシビタミンD3
D008 3	ホモバニール酸(HVA)	D008 3	ホモバニリン酸(HVA)
D008 10	C-ペプチド(CPR)	D008 11	C-ペプチド(CPR)
D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)	D008 13	脳性Na利尿ペプチド(BNP)
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価	D008 13	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)
D008 11	サイロキシン結合蛋白(TBG)	D008 13	サイロキシン結合グロブリン(TBG)

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 13	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画	D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβサブユニット(HCGβ)
D008 14	オステオカルシン	D008 18	オステオカルシン(OC)
D008 14	尿中βクロスラプス	D008 18	I型コラーゲン架橋C-テロペプチドβ異性体(β-CTX)(尿)
D008 14	プロジェステロン	D008 17	プロゲステロン
D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	D008 18	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量
D008 14	βクロスラプス(尿を除く。)	D008 18	I型コラーゲン架橋C-テロペプチドβ異性体(β-CTX)
D008 15	サイクリックAMP(C-AMP)	D008 19	サイクリックAMP(cAMP)
D008 16	DHEA-S	D008 21	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)
D008 17	尿中デオキシピリジノリン	D008 23	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)
D008 18	17α-ヒドロキシプロジェステロン	D008 25	17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)
D008 19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)	D008 27	心房性Na利尿ペプチド(ANP)
D008 19	アルギニンバゾプレッシン	D008 26	抗利尿ホルモン(ADH)
D009 1	尿中BTA	D009 1	尿中BTA定性
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC)
D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原	D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)
D009 5	PSA	D009 6	前立腺特異抗原(PSA)
D009 6	CA-50	D009 7	CA50
D009 6	SPan-1抗原	D009 7	SPan-1
D009 6	シアルルTn抗原	D009 7	シアルルTn抗原(STN)
D009 7	シアルルLeX-i(SLX)抗原	D009 8	シアルルLex-i抗原(SLX)
D009 7	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	D009 8	サイトケラチン8・18(尿)
D009 8	シアルルLeX(CSLEX)抗原	D009 9	シアルルLex抗原(CSLEX)
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比	D009 9	遊離型PSA比(PSA F/T比)
D009 8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド	D009 9	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド(P I CP)
D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド	D009 9	I型コラーゲン-C-テロペプチド(I CTP)
D009 8	血清中抗p53抗体	D009 9	抗p53抗体

D009 9	サイトケラチン19フラグメント	D009 10	サイトケラチン19フラグメント(シフラ)
D009 10	尿中遊離型フコース	D009 11	遊離型フコース(尿)
D009 10	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L3%)	D009 11	α -フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)
D009 11	γ -セミノプロテイン	D009 12	γ -セミノプロテイン(γ -Sm)
D009 11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン β 分画コア(HCG β -CF)	D009 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン β 分画コアフラグメント(HCG β -CF)(尿)
D009 13	乳頭分泌液中HER2タンパク	D009 14	HER2蛋白(乳頭分泌液)
D009 13	血清中HER2タンパク	D009 14	HER2蛋白
D009 14	インターロイキン2受容体(IL-2R)	D009 15	可溶性インターロイキン-2レセプター(Sil-2R)
D010 1	尿中糖分析	D010 1	糖分析(尿)
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR)
D010 6	アミノ酸分析(定性)	D010 6	アミノ酸定性
D011	クームス試験	D011	Coombs試験
D011 4	赤血球不規則抗体検査	D011 4	不規則抗体
D011 5	α -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 α -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性
D011 6	PAIgG(血小板関連IgG)	D011 6	血小板関連IgG(PA-IgG)
D011 8	抗血小板抗体検査	D011 8	抗血小板抗体
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	D012 1	梅毒血清反応(STS)定性
D012 4	TPHA試験(定性)	D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査	D012 5	梅毒血清反応(STS)
D013 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)
D012 7	アデノウイルス抗原(定性)	D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)
D012 7	迅速ウレアーゼ試験	D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)	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	D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価	D012 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性

D012 11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)	D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)
D012 13	トキソプラズマ抗体価	D012 14	トキソプラズマ抗体
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価	D012 15	トキソプラズマIgM抗体
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)
D013 14	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	D012 16	溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)
D012 15	HIV-1抗体価	D012 17	HIV-1抗体
D012 17	A群β溶連菌迅速試験	D012 19	A群β溶連菌迅速試験定性
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	D012 21	肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)
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	D012 21	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)
D012 18	インフルエンザウイルス抗原	D012 21	インフルエンザウイルス抗原定性
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	D012 21	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性
D012 18	RSウイルス抗原	D012 21	RSウイルス抗原定性
D012 18	FTA-ABS試験	D012 21	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価	D012 22	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体
D012 20	大腸菌O157LPS抗原	D012 23	大腸菌O157抗原定性
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原	D012 23	クラミジア・トラコマチス抗原定性
D012 20	マイコプラズマ抗原(咽頭内)	D012 23	マイコプラズマ抗原
D012 21	淋菌抗原同定検査	D012 24	淋菌抗原定性
D012 21	大腸菌O157LPS抗体	D012 24	大腸菌O157抗体定性
D012 21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	D012 24	単純ヘルペスウイルス抗原定性
D012 21	大腸菌抗原同定検査	D012 24	大腸菌血清型別
D012 22	HTLV-I抗体価	D012 25	HTLV-I抗体
D012 23	ブルセラ凝集反応	D012 27	ブルセラ抗体
D012 23	アデノウイルス抗原	D012 27	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)
D012 23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	D012 27	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿)
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価	D012 27	アニサキスIgG・IgA抗体
D012 23	レプトスピラ抗体価	D012 27	レプトスピラ抗体

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	D012 28	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体
D012 24	サイトメガロウイルス抗体価	D012 29	サイトメガロウイルス抗体
D012 25	赤痢アメーバ抗体価	D012 30	赤痢アメーバ抗体半定量
D012 26	尿中レジオネラ抗原	D012 31	レジオネラ抗原定性(尿)
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	D012 31	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)
D012 27	エンドトキシン検査	D012 32	エンドトキシン
D012 27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	D012 32	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体
D012 28	HIV-1抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 33	HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)
D012 29	百日咳菌抗体価	D012 34	百日咳菌抗体
D012 29	結核菌群抗原	D012 35	結核菌群抗原定性
D012 29	ダニ特異IgG抗体価	D012 35	ダニ特異IgG抗体
D012 29	ワイルフェリックス反応	D012 35	Weil-Felix反応
D012 30	HIV-2抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 36	HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)
D012 31	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	D012 37	サイトメガロウイルスpp65抗原定性
D012 32	HTLV-I抗体価(ウエスタンブロット法)	D012 38	HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法)
D013 1	HBs抗原(定性、半定量)	D013 1	HBs抗原定性・半定量
D013 3	HBs抗体価	D013 3	HBs抗体
D013 4	HBe抗体価	D013 4	HBe抗体
D013 5	HCV抗体価(定性、定量)	D013 5	HCV抗体定性・定量
D013 5	HCVコア蛋白質	D013 5	HCVコア蛋白
D013 6	HBc抗体価	D013 6	HBc抗体半定量・定量
D013 6	IgM-HA抗体価	D013 6	HA-IgM抗体
D013 6	HA抗体価	D013 6	HA抗体
D013 6	IgM-HBc抗体価	D013 6	HBc-IgM抗体
D013 6	HCVコア抗体価	D013 6	HCVコア抗体
D013 8	HCV特異抗体価測定による群別判定	D013 9	HCV血清群別判定
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)	D013 10	HBVコア関連抗原(HBcrAg)

D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	D013	11	デルタ肝炎ウイルス抗体
D014	3	サイロイドテスト	D014	3	抗サイログロブリン抗体半定量
D014	3	マイクロゾームテスト	D014	3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量
D014	4	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	D014	4	Donath-Landsteiner試験
D014	5	LEテスト	D014	5	LEテスト定性
D014	6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	D014	6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)
D014	6	インスリン抗体	D014	6	抗インスリン抗体
D014	14	IgG型リウマチ因子	D014	16	IgG型リウマトイド因子
D014	15	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I (抗CL β_2 GP I)複合体抗体	D014	17	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体
D014	16	TSHレセプター抗体	D014	18	抗TSHレセプター抗体(TRAAb)
D014	17	血清中抗デスモグレイン3抗体	D014	19	抗デスモグレイン3抗体
D014	17	血清中抗BP180NC16a抗体	D014	19	抗BP180-NC16a抗体
D014	18	抗糸球体基底膜抗体	D014	20	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)
D014	19	血清中抗デスモグレイン1抗体	D014	21	抗デスモグレイン1抗体
D014	20	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)	D014	22	甲状腺刺激抗体(TSAb)
D014	23	抗アセチルコリンレセプター抗体価	D014	25	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)
D014	24	グルタミン受容体自己抗体	D014	26	抗グルタミン酸レセプター抗体
D015	2	G-6-Pase	D015	2	グルコース-6-ホスファターゼ(G-6-Pase)
D015	3	G-6-PDH定性	D015	3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性
D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白	D015	6	血清アミロイドA蛋白(SAA)
D015	7	トランスフェリン	D015	7	トランスフェリン(Tf)
D015	8	補体蛋白(C ₃)	D015	8	C ₃
D015	8	補体蛋白(C ₄)	D015	8	C ₄
D015	11	特異的IgE	D015	11	特異的IgE半定量・定量
D015	12	β_2 -マイクログロブリン(β_2 -m)	D015	12	β_2 -マイクログロブリン
D015	12	プレアルブミン	D015	12	トランスサイレチン(プレアルブミン)
D015	18	血中APRスコア	D015	18	APRスコア定性

D015 18	アトピー鑑別試験	D015 18	アトピー鑑別試験定性
D015 18	ヒトTARC	D015 18	TARC
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性(頸管腔分泌液)
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- γ	D015 25	結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能
D016 1	表面免疫グロブリン(一連につき)	D016 1	B細胞表面免疫グロブリン
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	D016 3	T細胞・B細胞百分率
D016 3	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)	D016 3	T細胞サブセット検査(一連につき)
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	D016 5	赤血球表面抗原検査
D016 6	リンパ球幼若化検査(一連につき)	D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)
D018 6	簡易培養検査	D018 6	簡易培養
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査(1菌種当たり)	D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)
D023 2	淋菌核酸同定検査	D023 2	淋菌核酸検出
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出
D023 3	HBV核酸定量検査	D023 3	HBV核酸定量
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 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出
D023 6	HCV核酸同定検査	D023 5	HCV核酸検出
D023 6	HPV核酸同定検査	D023 5	HPV核酸検出
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	D023 6	抗酸菌核酸同定
D023 7	結核菌群核酸同定検査	D023 6	結核菌群核酸検出
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 7	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出
D023 9	HCV核酸定量検査	D023 8	HCV核酸定量
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	D023 8	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	D023 8	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出

D023 9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	D023 8	SARSコロナウイルス核酸検出
D023 10	HIV－I 核酸定量検査	D023 9	HIV－1核酸定量
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	D023 10	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出
D023 12	HIV－ジェノタイプ薬剤耐性検査	D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')	D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性
D023-2 2	尿素呼気試験	D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH) 検査	D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査	D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性
D210-3	埋込型心電図検査	D210-3	植込型心電図検査
D236-3	神経磁気診断	D236-3	脳磁図
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	D310 1	バルーン内視鏡によるもの

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
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査	D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査
		D004-2 1	ロ K-ras遺伝子検査
		D004-2 1	ハ EWS-Fli1遺伝子検査
		D004-2 1	ニ TLS-CHOP遺伝子検査
		D004-2 1	ホ SYT-SSX遺伝子検査
		D004-2 1	ヘ c-kit遺伝子検査
		D004-2 1	ト マイクロサテライト不安定性検査
		D004-2 1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査
D005 5	末梢血液像	D005 3	末梢血液像(自動機械法)
		D005 6	末梢血液像(鏡検法)
D006 4	フィブリノゲン	D006 4	フィブリノゲン半定量
		D006 4	フィブリノゲン定量
D006 10	アンチトロンビンⅢ	D006 10	アンチトロンビン活性
		D006 10	アンチトロンビン抗原
D006 11	フィブリン分解産物(FDP)	D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性
		D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量
		D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量
D006 13	プラスミノゲン	D006 13	プラスミノゲン活性
		D006 13	プラスミノゲン抗原
D006 15	D-Dダイマー定性	D006 15	Dダイマー定性
		D006 15	Dダイマー半定量
D006 18	プロテインS	D006 19	プロテインS活性
		D006 19	プロテインS抗原
D006 23	プロテインC	D006 25	プロテインC活性
		D006 25	プロテインC抗原
D007 27	フェリチン	D007 31	フェリチン半定量
		D007 31	フェリチン定量

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D007 30	ミオグロビン	D007 35 D007 35	ミオグロビン定性 ミオグロビン定量
D007 30	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)	D007 35 D007 35	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性 心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量
D007 41	プロカルシトニン(PCT)	D007 47 D007 47	プロカルシトニン(PCT)半定量 プロカルシトニン(PCT)定量
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	D008 15 D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量 ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量
D008 15	エストロジェン	D008 19 D008 19	エストロゲン半定量 エストロゲン定量
D009 6	PIVKA II	D009 7 D009 7	PIVKA-II半定量 PIVKA-II定量
D009 7	尿中NMP22	D009 8 D009 8	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿) 核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)
D009 13	乳頭分泌液中CEA	D009 14 D009 14	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液) 癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)
D012 1	抗streptリジンO価(ASO価)	D012 1 D012 1 D012 1	抗streptリジンO(ASO)定性 抗streptリジンO(ASO)半定量 抗streptリジンO(ASO)定量
D012 2	トキソプラズマ抗体価(半定量)	D012 2 D012 2	トキソプラズマ抗体定性 トキソプラズマ抗体半定量
D012 3	抗streptキナーゼ価(ASK価)	D012 3 D012 3	抗streptキナーゼ(ASK)定性 抗streptキナーゼ(ASK)半定量
D012 4	マイコプラズマ抗体価	D012 4 D012 4	マイコプラズマ抗体定性 マイコプラズマ抗体半定量
D012 6	TPHA試験	D012 6 D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量 梅毒トレポネーマ抗体定量
D012 8	ロタウイルス抗原	D012 8 D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便) ロタウイルス抗原定量(糞便)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 11	百日咳菌抗体価(半定量)	D012 12 D012 12	百日咳菌抗体定性 百日咳菌抗体半定量
D012 12	HTLV-I抗体価(半定量)	D012 13 D012 13	HTLV-I抗体定性 HTLV-I抗体半定量
D012 15	抗抗酸菌抗体価	D012 17 D012 17	抗酸菌抗体定性 抗酸菌抗体定量
D012 16	HIV-1, 2抗体価	D012 18 D012 18 D012 18 D012 18 D012 18	HIV-1, 2抗体定性 HIV-1, 2抗体半定量 HIV-1, 2抗体定量 HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性 HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量
D012 18	カンジダ抗原	D012 20 D012 20 D012 20	カンジダ抗原定性 カンジダ抗原半定量 カンジダ抗原定量
D012 22	クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原	D012 26 D012 26	クリプトコックス抗原定性 クリプトコックス抗原半定量
D012 24	ツツガムシ抗体価	D012 29 D012 29	ツツガムシ抗体定性 ツツガムシ抗体半定量
D013 2	HBs抗体価(半定量)	D013 2 D013 2	HBs抗体定性 HBs抗体半定量
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	D013 7 D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量
D014 2	リウマトイド因子	D014 2 D014 2	リウマトイド因子(RF)半定量 リウマトイド因子(RF)定量
D014 7	抗核抗体価(蛍光抗体法)	D014 7 D014 7 D014 7	抗核抗体(蛍光抗体法)定性 抗核抗体(蛍光抗体法)半定量 抗核抗体(蛍光抗体法)定量
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	D014 8 D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D014 9	抗Jo-1抗体	D014 9 D014 9 D014 9	抗Jo-1抗体定性 抗Jo-1抗体半定量 抗Jo-1抗体定量
D014 9	抗RNP抗体	D014 9 D014 9 D014 9	抗RNP抗体定性 抗RNP抗体半定量 抗RNP抗体定量
D014 10	抗Sm抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗Sm抗体定性 抗Sm抗体半定量 抗Sm抗体定量
D014 10	抗SS-A/Ro抗体	D014 11 D014 11 D014 11	抗SS-A/Ro抗体定性 抗SS-A/Ro抗体半定量 抗SS-A/Ro抗体定量
D014 10	抗SS-B/La抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗SS-B/La抗体定性 抗SS-B/La抗体半定量 抗SS-B/La抗体定量
D014 10	抗Scl-70抗体	D014 10 D014 10 D014 10	抗Scl-70抗体定性 抗Scl-70抗体半定量 抗Scl-70抗体定量
D014 11	抗DNA抗体価	D014 12 D014 12	抗DNA抗体定性 抗DNA抗体定量
D014 12	抗セントロメア抗体	D014 13 D014 13	抗セントロメア抗体定性 抗セントロメア抗体定量
D014 14	抗シトルリン化ペプチド抗体	D014 16 D014 16	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量
D014 14	抗ミトコンドリア抗体	D014 15 D014 15	抗ミトコンドリア抗体定性 抗ミトコンドリア抗体定量
D014 18	ループスアンチコアグラント	D014 20 D014 20	ループスアンチコアグラント定性 ループスアンチコアグラント定量
D014 18	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	D014 20 D014 20	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D015 5	クリオグロブリン	D015 5	クリオグロブリン定性
		D015 5	クリオグロブリン定量
D015 10	非特異的IgE	D015 10	非特異的IgE半定量
		D015 10	非特異的IgE定量

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 E003 造影剤注入手技 【項目の見直し】	3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点 ロ イ以外の場合 1,180点	3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。 ロ イ以外の場合 1,180点 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。
第2節 核医学診断料 E101-2 ポジトロン断層撮影 【項目の追加】	(追加)	3 ¹³ N標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき) 7,500点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}F DGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>→</p>	<p>注1 ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}F DGの合成及び注入並びに^{13}N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p>
<p>E102 核医学診断</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>375点</p>	<p>→</p>	<p>1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影及びE101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合 450点 2 1以外の場合 370点</p>
<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p>			
<p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 CT撮影</p> <p>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</p>	<p>→</p>	<p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 950点 ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点</p>

	ハ イ又はロ以外の場合	600点		ニ イ、ロ又はハ以外の場合	600点
【注の見直し】	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1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
【注の追加】		(追加)	→	注7 CT撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600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、所定点数に含まれるものとする。	
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)					
【項目の見直し】	1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点	→	1 3テスラ以上の機器による場合 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,400点 1,330点

	2	1 以外の場合	1,000点		3	1 又は 2 以外の場合	950点
【注の見直し】	注 1	1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		→	注 1	1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
【注の見直し】	注 2	1 及び 2 を同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。		→	注 2	1、2 及び 3 を同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。	

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第5節 処方せん料</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

F 4 0 0 処方せん料

【注の追加】

(追加)

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第6部 注射 通則 【通則の見直し】 第1節 注射料 第1款 注射実施料	6 (略) 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) 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、700点)	6 (略) 1 外来化学療法加算1 イ 外来化学療法加算A (1) 15歳未満 780点 (2) 15歳以上 580点 ロ 外来化学療法加算B (1) 15歳未満 630点 (2) 15歳以上 430点 2 外来化学療法加算2 イ 外来化学療法加算A (1) 15歳未満 700点 (2) 15歳以上 450点 ロ 外来化学療法加算B (1) 15歳未満 600点 (2) 15歳以上 350点

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射
(1回につき)

【注の見直し】

注2 区分番号C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G001 静脈内注射 (1回につき)

【注の見直し】

注3 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

G004 点滴注射 (1日につき)

【注の見直し】

注4 区分番号C101、C104又は108に

注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指

掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

【注の見直し】

注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料又はを算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

- 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
 - ロ イ以外の場合 50点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

- 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合
 - (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点
 - (2) (1)以外の場合 100点
 - ロ イ以外の場合 50点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

第2節 薬剤料

G100 薬剤

【注の見直し】

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

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>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ション料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して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。</p> <p>(追加)</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p>

H001 脳血管疾患等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、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。

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しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリ

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリ

テーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

テーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
(1単位)

(1) (2)以外の場合 221点

(2) 廃用症候群の場合 212点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)
(1単位)

(1) (2)以外の場合 180点

(2) 廃用症候群の場合 171点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)
(1単位)

(1) (2)以外の場合 90点

(2) 廃用症候群の場合 90点

H002 運動器リハビリテーション料

【注の見直し】

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、

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、

【注の追加】

1 単位につき45点を所定点数に加算する。

(追加)

1 単位につき30点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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14日の間に限り、初期加算として、1 単位につき45点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月13単位に限り算定できるものとする。

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 運動器リハビリテーション料(I)
(1 単位) 158点
- ロ 運動器リハビリテーション料(II)
(1 単位) 149点
- ハ 運動器リハビリテーション料(III)

(1単位)

80点

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45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30点を所定点数に加算する。

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療法料</p> <p>I001 入院精神療法（1回につき）</p> <p>【注の削除】</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>注3 区分番号A231に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神療法を行った場合は、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。</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等が通院・在宅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</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>	<p>(削除)</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、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点</p> <p>2 1以外の場合</p>

			イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点
【注の見直し】	注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。	→	注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内（区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。
【注の追加】	(追加)	→	注4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。
I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）			
【注の追加】	(追加)	→	注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。ただし、区分番号1002に掲げる通院・在宅精神療法の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。

I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

【項目の見直し】

420点

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

【注の見直し】

注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、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア
(1日につき)

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

(追加)

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

【注の追加】

(追加)

注5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア (1日につき)

【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
【注の追加】	(追加)	注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）		
【点数の見直し】	1,040点	1,000点
【注の追加】	(追加)	注4 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計

画加算として、所定点数に40点を加算する。

I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問
指導料

【注の見直し】

注1 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【項目の見直し】

- 1 精神科訪問看護・指導料(I) 575点
- 2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点

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

【注の見直し】

注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

2	精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点
3	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
	イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
(1)	週3日目まで 30分以上の場合	445点
(2)	週3日目まで 30分未満の場合	340点
(3)	週4日目以降 30分以上の場合	545点
(4)	週4日目以降 30分未満の場合	415点
	ロ 准看護師による場合	
(1)	週3日目まで 30分以上の場合	395点
(2)	週3日目まで 30分未満の場合	300点
(3)	週4日目以降 30分以上の場合	495点
(4)	週4日目以降 30分未満の場合	375点

注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の

【注の見直し】

注3 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のもので、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。

期間において行われる場合にあつては、週5回)に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

注2 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であつて、精神障害者施設に入所している複数のもので、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等(同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。)に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料(3を除く。)及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料(3を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間に

【注の見直し】

注2 注1ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間（注1ただし書に規定する期間を除く。）については、1日につき1回に限り算定することができる。

において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

注4 注1ただし書及び注3ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間（注1ただし書及び注3ただし書に規定する期間を除く。）については、1日につき1回に限り算定することができる。

【注の見直し】

注4 注1に規定する場合であつて、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。

注5 注1及び注3に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であつて、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1回を限度とする。

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

450点

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指

導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時
に精神科訪問看護・指導を行う場合

380点

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

300点

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注3に規定する場合であって、別
に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要す
る者に対し、保険医療機関の保健師、看護師
等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導
を実施した場合には、長時間精神科訪問看護
・指導加算として週1回（15歳未満の超重症
児又は準超重症児については週3回）に限り
、所定点数に520点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 注1及び注3に規定する場合であって、
夜間（午後6時から午後10時までの時間をい
う。）又は早朝（午前6時から午前8時まで
の時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を
行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算とし
て所定点数に210点を加算し、深夜に精神科
訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看
護加算として所定点数に420点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注9 注1及び注3に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

【新設】

(新規)

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行

う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

3 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

【名称の見直し】

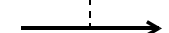
持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料



抗精神病特定薬剤治療指導管理料

【項目の見直し】

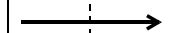
250点



- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点
- 2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

【注の見直し】

注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。



注1 1については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

注3 厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、所定点数に100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9部 処置</p> <p>第1節 処置料</p> <p>J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>J009 人工気胸（排気を含む。）</p> <p>【削除】</p> <p>J019-2 胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）</p>	<p>1 被覆材を貼付した場合</p> <p>イ 100平方センチメートル未満 1,600点</p> <p>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</p> <p>ハ 200平方センチメートル以上 1,900点</p> <p>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。</p> <p>2 その他の場合 900点</p> <p>250点</p> <p>550点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算す</p>	<p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,100点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

<p>【削除】</p> <p>J 0 2 2 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸</p>	<p>る。</p>	
<p>【点数の見直し】</p>	<p>45点</p>	<p>65点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>J 0 2 2 - 5 持続的難治性下痢便ドレナージ (開始日) 50点</p>
<p>J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 慢性維持透析を行った場合</p> <p>イ 4時間未満の場合 2,075点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,370点</p> <p>2 その他の場合 1,580点</p>	<p>1 慢性維持透析を行った場合</p> <p>イ 4時間未満の場合 2,040点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,340点</p> <p>2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,255点</p> <p>3 その他の場合 1,580点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 1の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注6 1及び2の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出</p>

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。

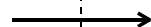
た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 透析液水質確保加算 1 8点
- ロ 透析液水質確保加算 2 20点

J 0 4 3 - 4 胃瘻カテーテル交換法

【名称の見直し】

胃瘻カテーテル交換法



経管栄養カテーテル交換法

J 0 5 4 皮膚科光線療法（1日につき）

【点数の見直し】

3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの） 350点

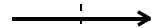


340点

J 0 5 4 - 2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）

【項目の見直し】

2 Qスイッチ付レーザー照射療法 2,800点



- 2 Qスイッチ付レーザー照射療法
 - イ 4平方センチメートル未満 2,000点
 - ロ 4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満 2,370点
 - ハ 16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満 2,900点
 - ニ 64平方センチメートル以上 3,950点

<p>【新設】</p> <p>J 1 2 0 鼻腔栄養（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(新設) →</p> <p>注 区分番号C 1 0 5又はC 1 0 9に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。</p>	<p>J 0 5 7 - 4 稗粒腫摘除</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>10箇所未満</td> <td>74点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10箇所以上</td> <td>148点</td> </tr> </table> <p>注 区分番号C 1 0 5に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 5-2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。</p>	1	10箇所未満	74点	2	10箇所以上	148点
1	10箇所未満	74点						
2	10箇所以上	148点						

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、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>	<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。）、K136-2、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254の1、K280-2、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からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K800-3、K803-2、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3及びK910-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け</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、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

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。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、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

、K843、K850、K857、K859
(1を除く。)、K889並びにK890-2
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。

、K850、K857、K859(1を除く。
)、K863-3、K889並びにK890-
2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに
胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術(通則4に掲げ
る手術を除く。)については、別に厚生労働大
臣が定める施設基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て行われる場合に限り算定する。

【通則の見直し】

7 区分番号K132、K138、K145、K
147、K149、K150、K151-2、
K154からK155まで、K163からK1
64-2まで、K166、K169、K172
からK174まで、K178、K180、K1
91、K192、K239、K241、K24
3、K245、K259、K261、K268
、K269、K275からK282まで、K3
46、K386、K393の1、K397、K
398の2、K425からK426-2まで、
K511の3、K519、K528、K535
、K554からK558まで、K562からK
572まで、K573の2からK587まで、
K589からK591まで、K601、K61
0の1、K616-3、K633の4、K63
6、K639、K644、K664、K666
、K674、K684、K716の1、K72
6、K729、K734、K751の1及び2
、K751-2、K775、K805、K81
2-2並びにK913に掲げる手術を手術時体

7 区分番号K138、K142の6、K145
、K147、K149、K150、K151-
2、K154からK155まで、K163から
K164-2まで、K166、K169、K1
72からK174まで、K178、K180、
K191、K192、K239、K241、K
243、K245、K259、K261、K2
68、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、K5
35、K554からK558まで、K562か
らK572まで、K573の2、K574か
らK587まで、K589からK591まで、K
601、K610の1、K616-3、K63
3の4及び5、K634、K636、K639
、K644、K664、K666、K666-
2、K674、K684、K697-5、K7
16の1、K716-2、K717、K726
、K729からK729-3まで、K734か

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

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

【通則の見直し】

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914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。

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の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、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。また、別

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若

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。

しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

【注の見直し】

注 開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

注 骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

K131-2 内視鏡下椎弓切除術

【注の見直し】

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。

K134 椎間板摘出術

<p>【注の見直し】</p>	<p>注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に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。</p>	<p>→</p>	<p>注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>K 1 4 1 - 3 脊椎制動術 16,810点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>
<p>K 1 4 2 脊椎固定術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>注 椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。</p>
<p>K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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100分の50を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。</p>

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。

【新設】

(新設)

K 1 4 2 - 4 経皮的椎体形成術 19,960点

注1 複数椎体に行った場合は、1椎体を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は4椎体を超えないものとする。
2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

第4款 眼

K 2 5 9 角膜移植術

【注の新設】

(新設)

注 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。

第6款 顔面・口腔・頸部

K 4 2 8 下顎骨折非観血的整復術

【注の見直し】

注 三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。

注 三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の見直し】

注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。

注2 放射線同位元素又は色素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。

第8款 心・脈管

K 5 5 5 弁置換術

【注の新設】

(新設)

注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数の100分の50を加算する。

【新設】

(新設)

K 5 9 9 - 5 経静脈電極抜去術 (レーザーシースを用いるもの) 28,600点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定し

<p>【新設】</p>		<p>ない。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>
<p>第9款 腹部</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 14,360点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 6 8 2 - 3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術 (ENBD) 10,800点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p>
<p>第10款 尿路系・副腎</p>	<p>(新設) →</p>	<p>K 8 2 3 - 3 膀胱尿管逆流症手術 (治療用注入材によるもの) 23,320点</p>

第2節 輸血料

K 9 2 0 輸血

【注の追加】

K 9 2 0 - 2 輸血管管理料

【注の追加】

K 9 2 2 造血幹細胞移植

【注の追加】

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

(追加)

注12 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、所定点数に580点を加算する。

(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、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、1においては120点、2においては60点を加算する。

(追加)

注7 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、所定点数に4,000点を加算する。

【新設】

(新設)

K 9 2 4 自己生体組織接着剤作成術 1,400点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

第3節 手術医療機器等加算

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、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。

注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 6-2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6又はK 1 2 5に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

【新設】

(新設)

K 9 3 4-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器
加算 1,000点

注 区分番号K 3 4 9からK 3 6 5までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

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

注 区分番号K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3

514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K711-2、K716、K719、K719-2、K719-3、K732の2、K735、K735-3、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K654-3からK655-2まで、K655-4、K657、K657-2、K702からK703まで、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

K939 画像等手術支援加算

【項目の見直し】

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
注 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

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

【新設】

(新設)

K939-2 術中血管等描出撮影加算 500点

注 手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用い血管撮影を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 450点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

【新設】

(新設)

K939-4 内視鏡手術用支援機器加算 54,200点

注 区分番号K843に掲げる手術に当たって、

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、内視鏡手術用支援機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	→ 2,860	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	→ 450	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	→ 500	6	
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	→ 950	7	
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	→ 1,450	8	
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	→ 2,990	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	4,810	→ 6,250	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	9,180	→ 9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	14,170	→ 17,810	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	7,290	→ 9,480	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	
K006-3		鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
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	【新設】
	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	21,700	→ 28,210	1	
K008	2	単純切除	11,000	→ 11,000	2	
		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	—	→ 10,000	K007-2	
		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	4,370	→ 4,370	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,970	→ 9,060	3	
K010	4	200平方センチメートル以上	10,490	→ 13,640	4	
		瘢痕拘縮形成手術			K010	
	1	顔面	9,740	→ 12,660	1	
K011	2	その他	8,060	→ 8,060	2	
		顔面神経麻痺形成手術			K011	
	1	静的なもの	14,700	→ 19,110	1	
K012	2	動的なもの	39,000	→ 58,500	2	
		削除			K012	
	K013		分層植皮術			K013
		1	25平方センチメートル未満	3,330	→ 3,520	1
2		25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,590	→ 6,270	2	
3		100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,660	→ 9,000	3	
	4	200平方センチメートル以上	20,150	→ 25,820	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		
K013-2	全層植皮術			K013-2	
	1 25平方センチメートル未満	10,000	→ 10,000	1	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→ 12,500	2	
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	21,700	→ 28,210	3	
	4 200平方センチメートル以上	31,350	→ 40,290	4	
K014	皮膚移植術(生体・培養)	4,700	→ 6,110	K014	
K014-2	皮膚移植術(死体)			K014-2	
	1 200平方センチメートル未満	5,190	→ 6,750	1	
	2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	6,920	→ 9,000	2	
	3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	10,380	→ 13,490	3	
	4 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	→ 32,920	4	
	5 3,000平方センチメートル以上	28,930	→ 37,610	5	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			K015	
	1 25平方センチメートル未満	3,760	→ 3,760	1	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	8,800	→ 11,440	2	
	3 100平方センチメートル以上	15,600	→ 20,280	3	
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	32,850	→ 41,120	K016	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	64,500	→ 74,240	K017	
K018	削除			K018	
K019	複合組織移植術	11,700	→ 15,210	K019	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	73,800	→ 110,700	K020	
K021	粘膜移植術			K021	
	1 4平方センチメートル未満	5,010	→ 6,510	1	
	2 4平方センチメートル以上	5,500	→ 7,080	2	
K021-2	粘膜弁手術			K021-2	
	1 4平方センチメートル未満	8,920	→ 11,600	1	
	2 4平方センチメートル以上	9,430	→ 12,260	2	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	13,520	→ 17,580	K022	

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		
K022-2	象皮病根治手術			K022-2	
1	大腿	21,060	→ 27,380	1	
2	下腿	14,690	→ 19,100	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	→ 3,080	K024	
K025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 4,410	K025	
K026	股関節筋群解離術	9,340	→ 12,140	K026	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	→ 16,700	K026-2	
K027	筋炎手術			K027	
1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→ 2,060	1	
2	その他の筋	1,210	→ 1,210	2	
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	→ 2,050	K028	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	K029	
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	→ 7,390	1	
2	手、足	3,750	→ 3,750	2	
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	15,860	→ 20,620	1	
2	手、足	10,200	→ 12,870	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
1	指(手、足)	6,070	→ 7,890	1	
2	その他のもの	8,180	→ 10,310	2	
K034	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	→ 4,290	K034	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	8,790	→ 11,430	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 8,790	K035-2	

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		
K036	削除			K036	
K037	腱縫合術	8,710	→ 11,320	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	8,980	→ 10,750	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
1	指(手、足)	10,470	→ 13,610	1	
2	その他のもの	13,910	→ 18,080	2	
K040	腱移行術			K040	
1	指(手、足)	10,470	→ 13,610	1	
2	その他のもの	13,910	→ 18,080	2	
K040-2	指伸筋腱脱臼観血的整復術	10,470	→ 13,610	K040-2	
K041	削除			K041	
(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	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	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	
1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 11,150	1	
2	前腕、下腿	5,150	→ 6,700	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K044	骨折非観血的整復術			K044	
1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	1	

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	2	前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 骨折経皮的鋼線刺入固定術	1,440	→ 1,440	3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,430	→ 7,060	1	
K046	2	前腕、下腿	3,600	→ 4,100	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 骨折観血的手術	1,660	→ 1,660	3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	14,470	→ 18,810	1	
K047	2	前腕、下腿、手舟状骨	11,390	→ 14,810	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)	7,290	→ 9,480	3	
		肩甲骨、上腕、大腿	—	→ 21,710	1	
K047-2		前腕、下腿	—	→ 17,090	2	
K047-3		手、足、指(手、足)	—	→ 10,940	3	
K048		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047	
		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047-2	
		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K047-3	
		骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K048	
		頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	—	→ 12,100	1	【新設】
	1	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	6,050	→ 7,870	2	
	2	前腕、下腿	4,180	→ 5,200	3	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	→ 3,620	4	
K049		骨部分切除術			K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900	→ 5,900	1	
	2	前腕、下腿	4,410	→ 4,410	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	→ 3,280	3	
K050		腐骨摘出術			K050	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,510	→ 14,960	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		
K051	2	前腕、下腿	8,020	→ 10,430	K051	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420		
		骨全摘術				
K051-2	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,450	→ 27,890	K051-2	
	2	前腕、下腿	10,040	→ 13,050		
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→ 5,160		
K052		中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→ 5,160	K052-2	
K052-2		骨腫瘍切除術			K052-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410		
	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370		
K052-3	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340	K052-3	
		多発性軟骨性外骨腫摘出術				
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410		
K052-3	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370	K052-3	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340		
		多発性骨腫摘出術				
K053	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→ 17,410	K053	
	2	前腕、下腿	7,210	→ 9,370		
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 4,340		
K054		骨悪性腫瘍手術			K054	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 32,550		
	2	前腕、下腿	20,200	→ 26,260		
K055	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	14,470	→ 18,810	K055	
		骨切り術				
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 28,210		
K055	2	前腕、下腿	15,860	→ 20,620	K055	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	→ 7,930		
		削除				

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	33,900	→ 44,070	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	28,900	→ 37,570	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→ 28,210	1	
2	前腕、下腿、手舟状骨	20,020	→ 26,030	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	11,150	→ 14,500	3	
	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	—	→ 48,820	K056-2	【新設】
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
1	肩甲骨、上腕、大腿	24,050	→ 31,270	1	
2	前腕、下腿	21,190	→ 27,550	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	12,130	→ 15,770	3	
K058	骨長調整手術			K058	
1	骨端軟骨発育抑制術	12,570	→ 16,340	1	
2	骨短縮術	11,510	→ 14,960	2	
3	骨延長術(指(手、足))	12,610	→ 16,390	3	
4	骨延長術(指(手、足)以外)	20,540	→ 26,700	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
1	自家骨移植	10,790	→ 14,030	1	
2	同種骨移植(生体)	12,870	→ 16,730	2	
3	同種骨移植(非生体)	11,830	→ 14,770	3	
	関節鏡下自家骨軟骨移植術	—	→ 16,190	K059-2	【新設】
(四肢関節、靭帯)					
K060	関節切開術			K060	
1	肩、股、膝	2,770	→ 3,600	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	2	
3	肩鎖、指(手、足)	680	→ 680	3	
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	→ 3,600	K060-2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	

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		
K061	1	肩、股、膝	15,400	→ 20,020	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 13,130	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
		関節脱臼非観血的整復術			K061	
K062	1	肩、股、膝	1,580	→ 1,580	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,000	→ 1,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→ 800	3	
		先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)			K062	
K063	1	リーメンビューゲル法	2,050	→ 2,050	1	
	2	その他	2,950	→ 2,950	2	
		関節脱臼観血的整復術			K063	
K064	1	肩、股、膝	21,700	→ 28,210	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,470	→ 18,810	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,600	→ 15,080	3	
		先天性股関節脱臼観血的整復術	16,250	→ 21,130	K064	
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065	
K065-2	1	肩、股、膝	9,560	→ 12,430	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→ 2,950	3	
		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	
K066	1	肩、股、膝	11,700	→ 13,950	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,460	→ 12,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,100	→ 7,930	3	
		関節滑膜切除術			K066	
K066-2	1	肩、股、膝	13,650	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 7,930	3	
		関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	

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		
K066-3	1	肩、股、膝	13,800	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→ 16,060	3	
		滑液膜摘出術			K066-3	
K066-4	1	肩、股、膝	13,650	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 7,930	3	
		関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	
K066-5	1	肩、股、膝	13,800	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→ 16,060	3	
		膝蓋骨滑液囊切除術	9,800	→ 11,200	K066-5	
K066-6		関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	13,100	→ 17,030	K066-6	
K066-7		掌指関節滑膜切除術	6,500	→ 7,930	K066-7	
K066-8		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	12,350	→ 16,060	K066-8	
K067		関節鼠摘出手術			K067	
K067-2	1	肩、股、膝	10,000	→ 13,000	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	8,680	→ 10,580	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,970	→ 3,970	3	
		関節鏡下関節鼠摘出手術			K067-2	
K068	1	肩、股、膝	14,100	→ 17,780	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,690	→ 19,100	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	9,230	→ 12,000	3	
		半月板切除術	8,800	→ 9,200	K068	
K068-2		関節鏡下半月板切除術	12,610	→ 16,390	K068-2	
K069		半月板縫合術	9,800	→ 11,200	K069	
K069-2		関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	11,700	→ 15,210	K069-2	
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	14,470	→ 18,810	K069-3	

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		
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	14,820	→ 19,270	1	
2	胸鎖、肘、手、足	12,360	→ 16,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	4,360	→ 5,670	3	
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝	16,800	→ 20,760	1	
2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→ 17,070	2	
3	肩鎖、指(手、足)	7,980	→ 10,370	3	
	関節鏡下関節内骨折観血的手術			K073-2	【新設】
	肩、股、膝	—	→ 25,200	1	
	胸鎖、肘、手、足	—	→ 18,910	2	
	肩鎖、指(手、足)	—	→ 11,970	3	
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
1	十字靭帯	13,130	→ 17,070	1	
2	膝側副靭帯	12,740	→ 16,560	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	6,450	→ 7,600	3	
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	
1	十字靭帯	16,900	→ 21,970	1	
2	膝側副靭帯	12,700	→ 16,510	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,090	→ 15,720	3	
K075	非観血的関節授動術			K075	
1	肩、股、膝	1,320	→ 1,320	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260	2	
3	肩鎖、指(手、足)	490	→ 490	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	38,890	→ 38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
3	肩鎖、指(手、足)	8,460	→ 8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	21,060	→ 27,380	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,970	→ 15,560	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,550	→ 5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	18,400	→ 21,640	1	
2	胸鎖、肘、手、足	14,300	→ 18,590	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,540	→ 7,200	3	
K079	靭帯断裂形成手術			K079	
1	十字靭帯	21,700	→ 28,210	1	
2	膝側副靭帯	14,470	→ 18,810	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,580	→ 16,350	3	
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術			K079-2	
1	十字靭帯	31,200	→ 34,980	1	
2	膝側副靭帯	13,500	→ 17,280	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	12,610	→ 16,390	3	
	内側膝蓋大腿靭帯	—	→ 17,550	4	【項目の追加】
K080	関節形成手術			K080	
1	肩、股、膝	39,750	→ 45,720	1	
2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
3	肩鎖、指(手、足)	10,570	→ 13,740	3	
K080-2	内反足手術	25,930	→ 25,930	K080-2	
K080-3	肩腱板断裂手術	18,700	→ —	K080-3	【項目の見直し】
	簡単なもの	—	→ 18,700	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		
K080-4	複雑なもの	—	→ 24,310	2	【項目の見直し】
	関節鏡下肩腱板断裂手術	27,040	→ —	K080-4	
K081	簡単なもの	—	→ 27,040	1	【新設】
	複雑なもの	—	→ 35,150	2	
	関節鏡下肩関節唇形成術	—	→ 32,160	K080-5	
	人工骨頭挿入術			K081	
K082	1 肩、股	15,000	→ 19,500	1	K082
	2 肘、手、足	14,470	→ 18,810	2	
	3 指(手、足)	6,980	→ 9,070	3	
K082-2	人工関節置換術			K082	K082-2
	1 肩、股、膝	28,990	→ 37,690	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	21,700	→ 28,210	2	
K082-3	人工関節抜去術			K082-2	K082-3
	1 肩、股、膝	23,250	→ 30,230	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	15,860	→ 20,620	2	
K083	人工関節再置換術			K082-3	K083
	1 肩、股、膝	50,850	→ 54,810	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	26,300	→ 34,190	2	
K083-2	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	→ 2,510	K083	K083-2
(四肢切断、離断、再接合)					
K084	四肢切断術			K084	
	1 肩甲帯	28,080	→ 36,500	1	
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	18,710	→ 24,320	2	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	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		
K084-2	肩甲帯離断術	28,080	→ 36,500	K084-2	
K085	四肢関節離断術			K085	
1	肩、股、膝	20,020	→ 26,030	1	
2	肘、手、足	10,100	→ 11,360	2	
3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K086	断端形成術(軟部形成のみのもの)			K086	
1	指(手、足)	2,770	→ 2,770	1	
2	その他	3,300	→ 3,300	2	
K087	断端形成術(骨形成を要するもの)			K087	
1	指(手、足)	6,100	→ 7,410	1	
2	その他	8,760	→ 10,630	2	
K088	切断四肢再接合術			K088	
1	四肢	96,600	→ 144,680	1	
2	指(手、足)	54,600	→ 81,900	2	
(手、足)					
K089	爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090	ひょう疽手術			K090	
1	軟部組織のもの	990	→ 990	1	
2	骨、関節のもの	1,280	→ 1,280	2	
K090-2	風棘手術	990	→ 990	K090-2	
K091	陥入爪手術			K091	
1	簡単なもの	1,400	→ 1,400	1	
2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490	2	
K092	削除			K092	
K093	手根管開放手術	4,110	→ 4,110	K093	
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	9,230	→ 12,000	K093-2	
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	19,500	→ 25,350	K094	
K095	削除			K095	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K096	手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	→	—	K096	【項目の見直し】
	鏡視下によるもの	—	→	3,580	1	
	その他のもの	—	→	2,750	2	
	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	—	→	5,000	K096-2	【新設】
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→	3,190	K097	
K098	手掌屈筋腱縫合術	8,530	→	11,090	K098	
K099	指癒痕拘縮手術	5,290	→	6,880	K099	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術				K099-2	
1	1指	8,020	→	10,430	1	
2	2指から3指	17,290	→	22,480	2	
3	4指以上	22,880	→	29,740	3	
K100	多指症手術				K100	
1	軟部形成のみのもの	2,640	→	2,640	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,190	→	13,250	2	
K101	合指症手術				K101	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910	2	
K101-2	指癒着症手術				K101-2	
1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910	2	
K102	巨指症手術				K102	
1	軟部形成のみのもの	6,410	→	8,330	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390	2	
K103	屈指症手術、斜指症手術				K103	
1	軟部形成のみのもの	8,850	→	11,510	1	
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390	2	
K104	削除				K104	
K105	裂手、裂足手術	19,500	→	25,350	K105	

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		
K106	母指化手術	24,900	→ 32,370	K106	
K107	指移植手術	63,750	→ 95,630	K107	
K108	母指対立再建術	12,810	→ 16,650	K108	
K109	神経血管柄付植皮術(手、足)	31,650	→ 40,460	K109	
K110	第四足指短縮症手術	9,060	→ 10,790	K110	
K110-2	第一足指外反症矯正手術	9,060	→ 10,790	K110-2	
K111	削除			K111	
(脊柱、骨盤)					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	8,920	→ 11,600	K113	
K114	削除			K114	
及び				及び	
K115				K115	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	13,520	→ 17,580	K116	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117	
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K117-2	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→ 2,570	K117-3	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血の手術	21,700	→ 28,210	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血の手術	18,710	→ 24,320	K119	
K120	恥骨結合離開観血の手術	6,430	→ 7,890	K120	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→ 1,580	K120-2	
K121	骨盤骨折非観血的整復術	2,570	→ 2,570	K121	
K122	削除			K122	
及び				及び	
K123				K123	
K124	腸骨翼骨折観血の手術	12,120	→ 15,760	K124	
K125	骨盤骨折観血の手術(腸骨翼骨折を除く。)	22,450	→ 29,190	K125	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
	1 棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	1	
	2 その他のもの	4,510	→ 4,510	2	
K127	削除			K127	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	9,820	→ 12,770	K128	
K129 及び K130	削除			K129 及び K130	
K131	椎弓切除術	12,100	→ 削除	K131	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100	→ 15,730	K131-2	
K132	椎弓形成手術	21,700	→ 削除	K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	22,100	→ 28,730	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
1	前方摘出術	26,780	→ 34,810	1	
2	後方摘出術	18,090	→ 23,520	2	
3	側方摘出術	21,700	→ 28,210	3	
4	経皮的髓核摘出術	12,930	→ 16,810	4	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
1	前方摘出術	50,400	→ 75,600	1	
2	後方摘出術	25,800	→ 33,540	2	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	25,610	→ 33,290	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	46,650	→ 69,980	K136	
	腫瘍脊椎骨全摘術	—	→ 93,300	K136-2	【新設】
K137	骨盤切断術	37,420	→ 48,650	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
1	神経処置を伴うもの	20,540	→ 26,700	1	
2	その他のもの	12,700	→ 16,510	2	
K139	脊椎骨切り術	40,350	→ 52,460	K139	
K140	骨盤骨切り術	25,870	→ 33,630	K140	
K141	白蓋形成手術	21,710	→ 28,220	K141	
K141-2	寛骨臼移動術	28,000	→ 36,400	K141-2	
	脊椎制動術	—	→ 16,810	K141-3	【新設】
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)			K142	【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		
K142-2	1	前方椎体固定	37,240	→ 37,240	1	【項目の追加】 【項目の追加】
	2	後方又は後側方固定	29,900	→ 29,900	2	
	3	後方椎体固定	37,420	→ 37,420	3	
	4	前方後方同時固定	75,000	→ 75,000	4	
		椎弓切除	—	→ 12,100	5	
		椎弓形成	—	→ 21,700	6	
	脊椎側彎症手術			K142-2		
K142-3	1	固定術	37,420	→ 48,650	1	【新設】
	2	矯正術			2	
	イ	初回挿入	112,260	→ 112,260	イ	
	ロ	交換術	37,420	→ 48,650	ロ	
	ハ	伸展術	20,540	→ 20,540	ハ	
	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	67,940	→ 101,910	K142-3		
	経皮的椎体形成術	—	→ 19,960	K142-4		
K143		仙腸関節固定術	22,450	→ 29,190	K143	
K144		体外式脊椎固定術	22,000	→ 27,510	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	11,100	→ 14,430	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148		試験開頭術	12,190	→ 15,850	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	21,700	→ 28,210	1	
	2	その他の場合	18,460	→ 24,000	2	
K150		脳膿瘍排膿術	18,090	→ 21,470	K150	
K151		削除			K151	

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		
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	142,380	→ 193,060	K151-2	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	38,090	→ 49,520	K152	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	38,090	→ 49,520	K152-2	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	35,360	→ 45,970	K153	
K154	機能的定位脳手術			K154	
	1 片側の場合	39,450	→ 59,180	1	
	2 両側の場合	52,500	→ 78,750	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)	87,750	→ 131,630	K154-2	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	10,480	→ 13,620	K155	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	31,500	→ 40,950	K156	
K157	三叉神経節後線維切截術	24,830	→ 32,280	K157	
K158	視神経管開放術	27,040	→ 35,150	K158	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	39,000	→ 44,500	K159	
K159-2	顔面神経管開放術	39,000	→ 44,500	K159-2	
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	28,940	→ 37,620	K160	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	37,950	→ 43,920	K160-2	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	18,070	→ 23,490	K161	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	24,050	→ 31,270	K162	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→ 10,460	K163	
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)			K164	
	1 硬膜外のもの	28,440	→ 36,970	1	
	2 硬膜下のもの	28,940	→ 37,620	2	
	3 脳内のもの	36,170	→ 47,020	3	
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
K164-3	脳血管塞栓(血栓)摘出術	28,890	→ 37,560	K164-3	
K164-4	定位的脳内血腫除去術	15,860	→ 20,620	K164-4	
K165	脳内異物摘出術	35,100	→ 45,630	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	28,080	→ 36,500	K166	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	49,350	→ 61,720	K167	【新設】
K168	脳切除術	27,040	→ 35,150	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
	1 松果体部腫瘍	116,670	→ 158,100	1	
	2 その他のもの	92,860	→ 132,130	2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,050	→ 76,890	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
	内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	—	→ 108,470	K171-2	
K172	脳動静脈奇形摘出術	127,800	→ 149,830	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	24,050	→ 31,270	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)	32,700	→ 38,840	1	
	2 シャント手術	18,700	→ 24,310	2	
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
	1 1箇所	54,860	→ 71,320	1	
	2 2箇所以上	72,340	→ 94,040	2	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)			K176	
	1 1箇所	66,600	→ 82,730	1	
	2 2箇所以上	91,950	→ 108,200	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
	1 1箇所	103,710	→ 114,070	1	
	2 2箇所以上	128,400	→ 128,400	2	
K178	脳血管内手術			K178	
	1 1箇所	61,350	→ 63,270	1	
	2 2箇所以上	81,800	→ 81,800	2	
	脳血管内ステントを用いるもの	—	→ 79,850	3	
K178-2	経皮的脳血管形成術	33,150	→ 33,150	K178-2	

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		
K178-3	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	23,250	→ 30,230	1	
	2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	14,430	→ 18,760	2	
K179	髄液漏閉鎖術	30,290	→ 39,380	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
	1 頭蓋骨のみのもの	12,650	→ 16,450	1	
	2 硬膜形成を伴うもの	18,200	→ 23,660	2	
	3 骨移動を伴うもの	31,500	→ 40,950	3	
K181	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181	
	1 片側の場合	39,450	→ 59,180	1	
	2 両側の場合	52,500	→ 71,350	2	
K181-2	脳刺激装置交換術	12,070	→ 15,690	K181-2	
K181-3	頭蓋内電極抜去術	12,880	→ 12,880	K181-3	
	迷走神経刺激装置植込術	—	→ 22,140	K181-4	【新設】
	迷走神経刺激装置交換術	—	→ 4,000	K181-5	【新設】
(脊髄、末梢神経、交感神経)					
K182	神経縫合術			K182	
	1 指(手、足)	12,640	→ 12,640	1	
	2 その他のもの	18,850	→ 24,510	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
	1 指(手、足)	27,940	→ 36,320	1	
	2 その他のもの	38,100	→ 46,180	2	
K183	脊髄硬膜切開術	18,070	→ 23,490	K183	
K184	減圧脊髄切開術	18,850	→ 24,510	K184	
K185	脊髄切截術	27,040	→ 35,150	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	27,040	→ 35,150	K186	
K187	脊髄視床路切截術	28,340	→ 36,840	K187	
K188	神経剥離術	10,900	→ —	K188	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	鏡視下によるもの	—	→ 14,170	1	
	その他のもの	—	→ 10,900	2	
K189	脊髄ドレナージ術	340	→ 340	K189	
K190	脊髄刺激装置植込術	26,850	→ 40,280	K190	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	10,470	→ 13,610	K190-2	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	22,500	→ 33,750	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	3,900	→ 5,070	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	500	→ 650	K190-5	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
	1 髄外のもの	55,050	→ 59,500	1	
	2 髄内のもの	78,820	→ 118,230	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	78,820	→ 106,460	K192	
K193	神経腫切除術			K193	
	1 指(手、足)	5,770	→ 5,770	1	
	2 その他のもの	9,020	→ 10,770	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	

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		
	5	下顎神経	6,170	→ 7,750	5	
K194-2		横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3		眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	
K194-4		おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195		交感神経切除術			K195	
	1	頸動脈周囲	6,500	→ 7,930	1	
	2	股動脈周囲	6,170	→ 7,750	2	
K195-2		尾動脈腺摘出術	6,170	→ 7,750	K195-2	
K196		交感神経節切除術			K196	
	1	頸部	18,200	→ 23,660	1	
	2	胸部	14,000	→ 16,340	2	
	3	腰部	12,490	→ 16,240	3	
K196-2		胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→ 18,500	K196-2	
K196-3		スタッフェル手術	9,610	→ 12,490	K196-3	
K196-4		閉鎖神経切除術	9,610	→ 12,490	K196-4	
K196-5		末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	9,610	→ 12,490	K196-5	
K197		神経移行術	18,200	→ 23,660	K197	
K198		神経移植術	18,090	→ 23,520	K198	
第4款 眼						
(涙道)						
K199		涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
K200		涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
K200-2		涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→ 630	K200-2	【名称の見直し】
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	→ -	K202	【項目の見直し】
		涙道内視鏡を用いるもの	-	→ 2,350	1	
		その他のもの	-	→ 1,810	2	
K203		涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	

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		
K204	涙嚢鼻腔吻合術	21,750	→ 23,490	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	12,870	→ 16,730	K206	
(眼瞼)					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	K207	
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
K209-2	外眥切開術	470	→ 470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	K211	
K212	兔眼矯正術	5,150	→ 6,700	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	K214	
K215	瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,580	→ 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	→ 11,900	K216	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	→ -	K217	【項目の見直し】
	縫合法	-	→ 1,660	1	
	皮膚切開法	-	→ 2,160	2	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 3,670	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
	1 筋膜移植法	14,250	→ 18,530	2	
	2 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	

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		
K222	2	多数のもの	390	→ 390	2	
		結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223		結膜嚢形成手術			K223	
K223-2	1	部分形成	2,460	→ 2,460	1	
	2	皮膚及び結膜の形成	10,470	→ 13,610	2	
	3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	12,870	→ 16,730	3	
		内眦形成術	12,870	→ 16,730	K223-2	
	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		眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	11,490	→ 14,940	K227	
K228		眼窩骨折整復術	20,400	→ 26,520	K228	
K229		眼窩内異物除去術(表在性)	7,370	→ 9,580	K229	
K230		眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1	視神経周囲、眼窩尖端	19,200	→ 24,960	1	
	2	その他	10,240	→ 13,310	2	
K231 及び K232		削除			K231 及び K232	
K233		眼窩内容除去術	13,060	→ 16,980	K233	
K234		眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	5,880	→ 7,640	K234	
K235		眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	30,150	→ 45,230	K235	
K236		眼窩悪性腫瘍手術	37,200	→ 51,940	K236	
K237		眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 17,700	K237	
(眼球、眼筋)						
K238		削除			K238	

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		
K239	眼球内容除去術	3,930	→ 5,110	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
	1 前転法	4,280	→ 4,280	1	
	2 後転法	4,200	→ 4,200	2	
	3 前転法及び後転法の併施	8,440	→ 10,970	3	
	4 斜筋手術	8,590	→ 11,170	4	
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,460	→ 12,300	5	
K243	義眼台包埋術	5,140	→ 6,680	K243	
K244	眼筋移動術	18,600	→ 21,750	K244	
K245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	5,640	→ 7,330	K245	
(角膜、強膜)					
K246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247	削除			K247	
K248	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	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			K254	
	1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	10,000	→ 10,000	1	
	2 その他のもの	2,650	→ 2,650	2	
K255	強角膜瘻孔閉鎖術	7,700	→ 10,010	K255	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	5,320	→ 6,920	K257	

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		
K258	削除			K258	
K259	角膜移植術	54,800	→ 54,800	K259	
K260	強膜移植術	14,470	→ 18,810	K260	
K261	角膜形成手術	3,060	→ 3,060	K261	
K262	削除			K262	
(ぶどう膜)					
K263 及び K264	削除			K263 及び K264	
K265	虹彩腫瘍切除術	11,230	→ 14,600	K265	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	17,850	→ 26,780	K266	
K267	削除			K267	
K268	緑内障手術			K268	
1	虹彩切除術	4,740	→ 4,740	1	
2	流出路再建術	21,300	→ 21,300	2	
3	濾過手術	25,930	→ 25,930	3	
	緑内障治療用インプラント挿入術	—	→ 35,480	4	【項目の追加】
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	K270	
K271	毛様体光凝固術	3,590	→ 4,670	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
(眼房、網膜)					
K274	前房、虹彩内異物除去術	7,870	→ 10,230	K274	
K275	網膜復位術	32,100	→ 34,940	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	15,750	→ 15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	39,600	→ 47,150	K277-2	

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		
(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	16,500	→ 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	36,750	→ 39,970	1	
	2 その他のもの	30,750	→ 30,750	2	
	網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	—	→ 47,780	K280-2	【新設】
K281	増殖性硝子体網膜症手術	51,850	→ 54,860	K281	
K282	水晶体再建術			K282	【項目の見直し】
	1 眼内レンズを挿入する場合	12,100	→ —	1	
	縫着レンズを挿入するもの	—	→ 17,440	イ	
	その他のもの	—	→ 12,100	ロ	
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
	計画的後嚢切開を伴う場合	—	→ 18,150	3	
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	5,300	→ 6,890	K284	
第5款 耳鼻咽喉					
(外耳)					
K285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
	1 単純なもの	220	→ 220	1	
	2 複雑なもの	790	→ 790	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,000	→ 3,900	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	5,900	→ 7,670	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	5,900	→ 7,670	K290-2	

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		
K291	耳介腫瘍摘出術	5,320	→ 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	→ 6,530	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,610	→ 16,390	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	→ 30,420	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 3,340	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
1	耳介軟骨形成を要するもの	11,210	→ 14,570	1	
2	耳介軟骨形成を要しないもの	6,850	→ 8,910	2	
K297	外耳道形成手術	11,960	→ 15,550	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	22,620	→ 29,410	K298	
K299	小耳症手術			K299	
1	軟骨移植による耳介形成手術	47,850	→ 56,140	1	
2	耳介挙上	9,450	→ 12,290	2	
(中耳)					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	4,670	→ 6,070	K301	
K302	上鼓室開放術	6,630	→ 8,620	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	13,780	→ 17,910	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	6,810	→ 8,850	K304	
K305	乳突削開術	13,650	→ 17,750	K305	
K306	錐体部手術	25,480	→ 33,120	K306	
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,420	→ 1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→ 1,420	K308-2	
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	K309	
K310	乳突充填術	4,790	→ 6,230	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→ 3,020	K312	

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		
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	26,130	→ 33,970	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
	1 切除	27,300	→ 35,490	1	
	2 側頭骨摘出術	52,800	→ 68,640	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→ 9,900	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	17,290	→ 22,480	K316	
K317	中耳根治手術	23,660	→ 30,760	K317	
K318	鼓膜形成手術	17,200	→ 18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	32,900	→ 42,770	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	→ 32,140	K320	
(内耳)					
K321	内耳開窓術	26,700	→ 31,970	K321	
K322	経迷路の内耳道開放術	55,200	→ 64,930	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	21,700	→ 28,210	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
	1 部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	18,850	→ 24,510	1	
	2 全摘出	38,890	→ 38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	18,920	→ 24,600	K327	
K328	人工内耳植込術	32,290	→ 40,810	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	
	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	—	→ 2,910	K331-3	【新設】
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	→ 2,130	K333	

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		
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	→ 1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→ 1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血的手術	5,380	→ 5,720	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	14,690	→ 19,100	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血的手術	2,110	→ 2,740	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,110	→ 2,740	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,110	→ 2,740	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→ 4,150	K337	
K338	鼻甲介切除術			K338	
1	高周波電気凝固法によるもの	900	→ 900	1	
2	その他のもの	1,520	→ 1,520	2	
K338-2	削除			K338-2	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,590	→ 2,590	K339	
K340	鼻茸摘出術	1,680	→ 2,180	K340	
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	→ 6,860	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	10,850	→ 14,110	K342	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
1	切除	17,000	→ 20,870	1	
2	全摘	34,700	→ 42,470	2	
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	20,410	→ 26,530	K344	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	14,040	→ 18,250	K345	
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346	
1	単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	→ 3,640	1	
2	複雑なもの(骨性閉鎖)	20,800	→ 27,040	2	
K347	鼻中隔矯正術	5,280	→ 6,860	K347	
K347-2	変形外鼻手術	12,610	→ 16,390	K347-2	

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		
(副鼻腔)					
K348	削除			K348	
K349	上顎洞開窓術	2,000	→ 2,600	K349	
K350	前頭洞充填術	8,460	→ 11,000	K350	
K351	上顎洞血瘤腫手術	10,400	→ 13,520	K351	
K352	上顎洞根治手術	5,120	→ 6,660	K352	
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	→ 6,660	K352-2	
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120	→ 6,660	K352-3	
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	→ 8,330	K353	
K354	篩骨洞根治手術	11,970	→ 15,560	K354	
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	→ 9,660	K355	
K356	前頭洞根治手術	12,530	→ 16,290	K356	
K357	鼻内蝶形洞根治手術	4,910	→ 6,380	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	→ 18,850	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	14,470	→ 18,810	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	14,470	→ 18,810	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	→ 21,060	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	18,090	→ 23,520	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	20,020	→ 26,030	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	20,670	→ 26,870	K363	
K364	汎副鼻腔根治手術	22,300	→ 28,990	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	21,700	→ 28,210	K365	
K366	削除			K366	
(咽頭、扁桃)					
K367	咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,830	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
1	簡単なもの	420	→ 420	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		
K370	2	複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
		アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371		上咽頭腫瘍摘出術			K371	
K371-2	1	経口腔によるもの	3,430	→ 4,460	1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 5,060	2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 8,270	3	
	4	外切開によるもの	11,600	→ 15,080	4	
		上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
K372	1	経口腔によるもの	3,430	→ 4,460	1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→ 5,060	2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→ 8,270	3	
	4	外切開によるもの	11,600	→ 15,080	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	→ 14,430	2	
		下咽頭腫瘍摘出術			K373	
K374	1	経口腔によるもの	5,610	→ 7,290	1	
	2	外切開によるもの	11,400	→ 14,820	2	
		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→ 28,970	K374	
K375		鼻咽腔線維腫手術			K375	
K375-2	1	切除	6,180	→ 8,030	1	
	2	摘出	24,180	→ 31,430	2	
		鼻咽腔閉鎖術	16,640	→ 21,630	K375-2	
K376		上咽頭悪性腫瘍手術	21,700	→ 28,210	K376	
K377		口蓋扁桃手術			K377	
K378	1	切除	1,430	→ 1,430	1	
	2	摘出	3,600	→ 3,600	2	
		舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	K378	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K379	副咽頭間隙腫瘍摘出術			K379	
1	経頸部によるもの	20,000	→ 26,000	1	
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	32,000	→ 48,000	2	
K379-2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術			K379-2	
1	経頸部によるもの	30,000	→ 39,000	1	
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	50,000	→ 75,000	2	
K380	過長茎状突起切除術	4,520	→ 5,880	K380	
K381	上咽頭形成手術	7,810	→ 10,110	K381	
K382	咽頭瘻閉鎖術	9,820	→ 12,770	K382	
K382-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	9,820	→ 12,770	K382-2	
(喉頭、気管)					
K383	喉頭切開・截開術	10,320	→ 13,420	K383	
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	→ 4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	3,890	→ 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	5,250	→ 5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
1	直達鏡によるもの	5,320	→ 5,320	1	
2	開胸手術によるもの	28,990	→ 37,690	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		
K392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 3,190	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	→ 3,190	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
1	間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	1	
2	直達鏡によるもの	4,310	→ 4,310	2	
K394	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
1	切除	33,100	→ 41,710	1	
2	全摘	40,170	→ 52,220	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。)	94,950	→ 113,880	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	→ 1,040	K396-2	
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	10,300	→ 13,390	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
1	前方開大術	16,380	→ 21,290	1	
2	前壁形成手術	15,730	→ 20,450	2	
3	Tチューブ挿入術	9,000	→ 11,700	3	
K399	気管狭窄症手術	25,090	→ 32,620	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	16,250	→ 21,130	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	21,930	→ 28,510	2	
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	58,490	→ 76,040	K402	
K403	気管形成手術(管状気管、気管移植等)			K403	
1	頸部からのもの	33,410	→ 43,430	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	58,490	→ 76,040	2	
K403-2	嚥下機能手術			K403-2	
1	輪状咽頭筋切断術	14,470	→ 18,810	1	
2	喉頭挙上術	14,130	→ 18,370	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	3	喉頭気管分離術	21,700	→ 28,210	3	
	4	喉頭全摘術	21,700	→ 28,210	4	
第6款 顔面・口腔・頸部						
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)						
K404		抜歯手術(1歯につき)			K404	
	1	乳歯	130	→ 130	1	
	2	前歯	150	→ 150	2	
	3	臼歯	260	→ 260	3	
	4	難抜歯	470	→ 470	4	
	5	埋伏歯	1,050	→ 1,050	5	
K405		削除			K405	
K406		口蓋腫瘍摘出術			K406	
	1	口蓋粘膜に限局するもの	400	→ 520	1	
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	→ 8,050	2	
K407		顎・口蓋裂形成手術			K407	
	1	軟口蓋のみのもの	11,170	→ 14,520	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	18,590	→ 24,170	2	
	3	顎裂を伴うもの			3	
	イ	片側	19,360	→ 25,170	イ	
	ロ	両側	29,040	→ 29,040	ロ	
K407-2		軟口蓋形成手術	7,800	→ 9,700	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)						
K408		口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 6,800	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 24,050	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	→ 22,490	K412	
K413		舌腫瘍摘出術			K413	

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		
K414	1	粘液嚢胞摘出術	1,220	→ 1,220	1	
	2	その他のもの	3,140	→ 3,140	2	
K414-2		舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→ 8,520	K414	
K415		甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	→ 8,520	K414-2	
		舌悪性腫瘍手術			K415	
	1	切除	14,470	→ 18,810	1	
	2	亜全摘	49,350	→ 64,160	2	
K416 及び K417		削除			K416 及び K417	
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	5,840	→ 7,590	K418	
K418-2		舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→ 560	K419	
K420		削除			K420	
(顔面)						
K421		口唇腫瘍摘出術			K421	
	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	21,700	→ 28,210	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	→ 4,380	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	59,400	→ 89,100	K425	
K426		口唇裂形成手術(片側)			K426	
	1	口唇のみの場合	10,140	→ 13,180	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	14,470	→ 18,810	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	17,030	→ 22,140	3	
K426-2		口唇裂形成手術(両側)			K426-2	

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	口唇のみの場合	14,470	→ 18,810	1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	→ 23,790	2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	25,610	→ 33,290	3	
(顔面骨、顎関節)						
K427		頬骨骨折観血的整復術	11,610	→ 15,090	K427	
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	27,000	→ 35,100	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	→ 13,000	1	
	2	両側	19,110	→ 24,840	2	
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	
	1	片側	21,700	→ 28,210	1	
	2	両側	36,170	→ 47,020	2	
K430		顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	K430	
K431		顎関節脱臼観血的手術	18,330	→ 23,830	K431	
K432		上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	K432	
K433		上顎骨折観血的手術	11,710	→ 15,220	K433	
K434		顔面多発骨折観血的手術	26,550	→ 34,520	K434	
		顔面多発骨折変形治癒矯正術	—	→ 41,420	K434-2	【新設】
K435		術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 6,660	K435	
K436		顎骨腫瘍摘出術			K436	
	1	長径3センチメートル未満	2,820	→ 2,820	1	
	2	長径3センチメートル以上	8,210	→ 11,160	2	
K437		下顎骨部分切除術	9,960	→ 14,940	K437	
K438		下顎骨離断術	15,730	→ 23,600	K438	
K439		下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1	切除	21,700	→ 32,550	1	
	2	切断	28,940	→ 43,410	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		
K440	上顎骨切除術	12,000	→ 15,310	K440	
K441	上顎骨全摘術	25,480	→ 33,120	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
1	搔爬	5,880	→ 7,640	1	
2	切除	21,700	→ 28,210	2	
3	全摘	37,420	→ 56,130	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
1	単純な場合	16,250	→ 21,130	1	
2	複雑な場合及び2次的再建の場合	32,400	→ 41,370	2	
3	骨移動を伴う場合	48,600	→ 72,900	3	
K444	下顎骨形成術			K444	
1	おとがい形成の場合	4,990	→ 6,490	1	
2	短縮又は伸長の場合	17,160	→ 22,310	2	
3	再建の場合	27,750	→ 36,080	3	
4	骨移動を伴う場合	41,700	→ 54,210	4	
	下顎骨延長術			K444-2	【新設】
	片側	—	→ 22,310	1	
	両側	—	→ 33,460	2	
K445	顎関節形成術	32,400	→ 40,870	K445	
K446	顎関節授動術			K446	
1	徒手的授動術(バンピングを併用した場合)	990	→ 990	1	
2	顎関節鏡下授動術	5,620	→ 7,310	2	
3	開放授動術	17,550	→ 22,820	3	
K447	顎関節円板整位術			K447	
1	顎関節鏡下円板整位術	14,470	→ 18,810	1	
2	開放円板整位術	21,700	→ 27,300	2	
(唾液腺)					
K448	がま腫切開術	820	→ 820	K448	

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		
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	→ 7,200	3	
K451	がま腫摘出術	4,580	→ 5,950	K451	
K452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 5,990	K452	
K453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 9,480	K453	
K454	顎下腺摘出術	7,440	→ 9,670	K454	
K455	顎下腺悪性腫瘍手術	21,700	→ 28,210	K455	
K456	削除			K456	
K457	耳下腺腫瘍摘出術			K457	
1	耳下腺浅葉摘出術	20,930	→ 27,210	1	
2	耳下腺深葉摘出術	23,920	→ 31,100	2	
K458	耳下腺悪性腫瘍手術			K458	
1	切除	21,700	→ 28,210	1	
2	全摘	28,940	→ 37,620	2	
K459	唾液腺管形成手術	8,740	→ 11,360	K459	
K460	唾液腺管移動術			K460	
1	上顎洞内へのもの	8,740	→ 11,360	1	
2	結膜嚢内へのもの	10,820	→ 14,070	2	
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))					
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
1	片葉のみの場合	7,500	→ 8,480	1	
2	両葉の場合	9,000	→ 10,760	2	
K462	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	→ 20,800	K462	
K463	甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
1	切除	18,600	→ 24,180	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K464	2	全摘及び亜全摘	23,700	→ 30,810	2	
		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
K465	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	12,060	→ 15,680	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	30,000	→ 33,790	2	
		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	30,000	→ 39,000	K465	
(その他の頸部)						
K466		斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	8,790	→ 11,430	K467	
K468		頸肋切除術	8,140	→ 10,580	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	16,120	→ 20,960	1	
	2	両側	22,230	→ 28,900	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	27,560	→ 35,830	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
第7款 胸部						
(乳腺)						
K472		乳腺膿瘍切開術	820	→ 820	K472	
K473		削除			K473	
K474		乳腺腫瘍摘出術			K474	
	1	長径5センチメートル未満	2,660	→ 2,660	1	
	2	長径5センチメートル以上	5,180	→ 6,730	2	
K474-2		乳管腺葉区域切除術	9,880	→ 12,820	K474-2	
K474-3		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	4,200	→ 6,300	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	→ 14,820	1	
	2	乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	21,700	→ 28,210	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
			改正前	改正後				
K476-2	3	乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000	→ 22,520	K476-2			
	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。))	29,100	→ 42,350				
	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	→ 42,350				
	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	29,100	→ 42,350				
	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)	36,170	→ 52,820				
	K476-3	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	32,850	→ 42,710	1			
	2	二期的に行うもの	45,000	→ 53,560	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	→ 7,460	K478			
K479		削除			K479			
K480		胸壁冷膿瘍手術	6,020	→ 7,670	K480			
K480-2		流注膿瘍切開搔爬術	6,020	→ 7,670	K480-2			
K481		肋骨骨折観血的手術	6,020	→ 7,830	K481			
K482		肋骨切除術			K482			
	1	第1肋骨	13,000	→ 16,900	1			
	2	その他の肋骨	3,310	→ 4,300	2			
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	→ 12,120	K483			
K484		胸壁悪性腫瘍摘出術			K484			
	1	胸壁形成手術を併施するもの	36,900	→ 47,860	1			
	2	その他のもの	21,700	→ 28,210	2			
K484-2		胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2			
	1	胸壁形成手術を併施するもの	36,900	→ 43,750	1			
	2	その他のもの	21,700	→ 28,210	2			
K485		胸壁腫瘍摘出術	10,600	→ 12,960	K485			
K486		胸壁瘻手術	18,090	→ 23,520	K486			

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K487	漏斗胸手術			K487	
1	胸骨挙上法によるもの	21,700	→ 28,210	1	
2	胸骨翻転法によるもの	26,130	→ 33,970	2	
3	胸腔鏡によるもの	30,200	→ 39,260	3	
(胸腔、胸膜)					
K488	試験開胸術	9,070	→ 10,800	K488	
K488-2	試験的開胸開腹術	14,600	→ 17,380	K488-2	
	胸腔鏡下試験開胸術	—	→ 13,500	K488-3	【新設】
	胸腔鏡下試験切除術	—	→ 13,500	K488-4	【新設】
K489から K492まで	削除			K489から K492まで	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	18,090	→ 23,520	K493	
K494	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	14,700	→ 15,350	K494	
K495	削除			K495	
K496	膿胸胸膜、胸膜肺切除術			K496	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 26,340	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 33,150	2	
K496-2	胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	51,850	→ 51,850	K496-2	
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 26,340	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 33,150	2	
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100	→ 32,690	K496-4	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	29,700	→ 38,610	K497	
	膿胸腔有茎大網充填術	—	→ 49,650	K497-2	【新設】
K498	胸郭形成手術(膿胸手術の場合)			K498	
1	肋骨切除を主とするもの	34,500	→ 42,020	1	
2	胸膜肺切除を併施するもの	47,550	→ 49,200	2	
K499	胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	12,180	→ 15,830	K499	
K500	削除			K500	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K501	乳糜胸手術	12,530	→ 12,530	K501	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→ 12,530	K501-2	
	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	—	→ 15,230	K501-3	【新設】
(縦隔)					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→ 37,000	K502	
K502-2	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	13,520	→ 17,580	2	
	3 経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→ 20,050	3	
	胸腔鏡下縦隔切開術	—	→ 26,750	K502-3	【新設】
K503	縦隔郭清術	28,470	→ 37,010	K503	
K504	縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→ —	K504	【項目の見直し】
	単純摘出	—	→ 37,000	1	
	広汎摘出	—	→ 56,020	2	
(気管支、肺)					
K505	肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	→ 削除	K505	
K506	肺結核空洞切開術	14,300	→ 削除	K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	21,700	→ 28,210	K507	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	7,810	→ 10,150	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術	7,200	→ —	K508-2	【項目の見直し】
	硬性鏡によるもの	—	→ 9,360	1	
	軟性鏡によるもの	—	→ 8,960	2	
K509	気管支異物除去術			K509	
	1 直達鏡によるもの	7,120	→ 9,260	1	
	2 開胸手術によるもの	41,100	→ 45,650	2	
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	
K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000	→ 10,000	K509-3	
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	

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		
K510-2	光線力学療法			K510-2	
	1 早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→ 8,710	1	
	2 その他のもの	8,710	→ 8,710	2	
	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	—	→ 8,710	K510-3	【新設】
K511	肺切除術			K511	
	1 楔状部分切除	18,090	→ 23,520	1	
	2 区域切除(1肺葉に満たないもの)	53,850	→ 58,430	2	
	3 肺葉切除	53,700	→ 58,350	3	
	4 複合切除(1肺葉を超えるもの)	55,050	→ 64,850	4	
	5 1側肺全摘	56,400	→ 59,830	5	
	6 気管支形成を伴う肺切除	65,260	→ 76,230	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術	56,250	→ —	K513	【項目の見直し】
	肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	—	→ 39,830	1	
	その他のもの	—	→ 58,950	2	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	56,250	→ 58,950	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	56,250	→ 58,950	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	56,250	→ 58,950	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	【項目の見直し】
	部分切除	—	→ 60,350	1	
	区域切除	—	→ 69,250	2	
	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	—	→ 72,640	3	
	肺全摘	—	→ 72,640	4	
	隣接臓器合併切除を伴う肺切除	—	→ 78,400	5	
	気管支形成を伴う肺切除	—	→ 80,460	6	
	気管分岐部切除を伴う肺切除	—	→ 124,860	7	
	気管分岐部再建を伴う肺切除	—	→ 127,130	8	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	部分切除	—	→ 66,500	1	
	区域切除	—	→ 72,640	2	
	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	—	→ 92,000	3	
K514-3	移植用肺採取術(死体)(両側)	61,700	→ 63,200	K514-3	
K514-4	同種死体肺移植術	116,770	→ 119,000	K514-4	
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	52,400	→ 52,680	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	100,050	→ 100,980	K514-6	
K515	肺剥皮術	22,800	→ 29,640	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	55,200	→ 59,170	K516	
K517	肺縫縮術	18,090	→ 23,520	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
	1 楔状切除術	53,550	→ 64,030	1	
	2 輪状切除術	57,150	→ 66,010	2	
	3 気管分岐部切除術	88,350	→ —		【項目の削除】
	4 気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	90,790	→ —		【項目の削除】
K519	先天性気管狭窄症手術	98,100	→ 146,950	K519	
(食道)					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
	1 頸部手術	13,130	→ 17,070	1	
	2 開胸手術	21,700	→ 28,210	2	
	3 開腹手術	13,650	→ 17,750	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
	1 開胸手術	20,020	→ 26,030	1	
	2 胸骨切開によるもの	13,000	→ 16,900	2	
	3 その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	→ 6,600	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
	1 内視鏡によるもの	8,060	→ 9,450	1	
	2 食道ブジー法	2,520	→ 2,950	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		
K522-2	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→ 12,480	3	【新設】
		食道ステント留置術	6,300	→ 6,300	K522-2	
	K522-3	食道空置バイパス作成術	41,550	→ 54,020	K522-3	
K523	食道異物摘出術			K523		
K524	1	頸部手術によるもの	19,500	→ 25,350	1	
	2	開胸手術によるもの	21,700	→ 28,210	2	
	3	開腹手術によるもの	21,320	→ 27,720	3	
		食道憩室切除術			K524	
K525	1	頸部手術によるもの	17,290	→ 22,480	1	
	2	開胸によるもの	24,180	→ 31,430	2	
		胸腔鏡下食道憩室切除術	—	→ 34,130	K524-2	
		食道切除再建術			K525	
K525-2	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→ 51,420	3	
		胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
K526	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→ 51,420	3	
	4	バイパスのみ作成する場合	36,150	→ 45,230	4	
K526-2		食道腫瘍摘出術			K526	
	1	内視鏡によるもの	6,520	→ 8,480	1	
	2	開胸又は開腹手術によるもの	26,260	→ 34,140	2	
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	41,250	→ 50,250	3	
K526-3		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	→ 8,840	1	
K526-3	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	→ 22,100	2	
		内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	8,840	→ 11,490	K526-3	

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		
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
1	頸部食道の場合	43,050	→ 47,530	1	
2	胸部食道の場合	56,950	→ 56,950	2	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→ 64,820	K528	
	先天性食道狭窄症根治手術	—	→ 51,220	K528-2	【新設】
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)			K529	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	113,900	→ 122,540	1	
2	胸部、腹部の操作によるもの	97,770	→ 101,490	2	
3	腹部の操作によるもの	69,840	→ 69,840	3	
K530	食道アカラシア形成手術	28,050	→ 32,710	K530	
K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	39,000	→ 44,500	K530-2	
K531	食道切除後2次的再建術			K531	
1	皮弁形成によるもの	37,950	→ 43,920	1	
2	消化管利用によるもの	45,700	→ 54,960	2	
K532	食道・胃静脈瘤手術			K532	
1	血行遮断術を主とするもの	26,340	→ 34,240	1	
2	食道離断術を主とするもの	28,940	→ 37,620	2	
K532-2	食道静脈瘤手術(開腹)	26,340	→ 34,240	K532-2	
	腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	—	→ 38,340	K532-3	【新設】
K533	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→ 8,990	K533	
K533-2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→ 8,990	K533-2	
(横隔膜)					
K534	横隔膜縫合術			K534	
1	経胸又は経腹	21,450	→ 27,890	1	
2	経胸及び経腹	28,940	→ 37,620	2	
K534-2	横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
1	経胸又は経腹	21,450	→ 27,890	1	
2	経胸及び経腹	28,940	→ 37,620	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		
K535	胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	—	→ 31,990	K534-3	【新設】
	胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
1	経胸又は経腹	20,670	→ 26,870	1	
2	経胸及び経腹	27,300	→ 35,490	2	
K536	後胸骨ヘルニア手術	21,060	→ 27,380	K536	
K537	食道裂孔ヘルニア手術			K537	
1	経胸又は経腹	21,060	→ 27,380	1	
2	経胸及び経腹	26,780	→ 34,810	2	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	37,800	→ 42,180	K537-2	
第8款 心・脈管					
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)					
K538	心膜縫合術	8,760	→ 9,180	K538	【新設】
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	10,900	→ 11,800	K538-2	
K539	心膜切開術	9,200	→ 9,420	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 15,240	K539-2	
	胸腔鏡下心膜開窓術	—	→ 16,060	K539-3	
K540	収縮性心膜炎手術	49,950	→ 51,650	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	30,210	→ 39,270	K542	
K543	心房内血栓除去術	30,210	→ 39,270	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
1	単独のもの	60,600	→ 60,600	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→ 77,770	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→ 91,910	3	
K545	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 9,400	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	→ 23,950	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術	23,000	→ —	K548	【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		
K549	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	—	→ 24,500	1	【項目の見直し】
	エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	—	→ 24,500	2	
K550	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	→ 24,380	K549	
K550-2	冠動脈内血栓溶解療法	13,390	→ 17,410	K550	
K551	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,110	→ 19,640	K550-2	
	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
1	1箇所のもの	74,550	→ 76,550	1	
2	2箇所以上のも	79,860	→ 79,860	2	
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
1	1吻合のもの	71,570	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のも	85,880	→ 89,250	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	
1	1吻合のもの	71,570	→ 71,570	1	
2	2吻合以上のも	89,700	→ 91,350	2	
K553	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
1	単独のもの	59,550	→ 63,390	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	78,730	→ 80,060	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200	→ 100,200	3	
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
1	単独のもの	76,200	→ 114,300	1	
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	100,200	→ 147,890	2	
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	114,510	→ 167,180	3	
K554	弁形成術			K554	
1	1弁のもの	79,860	→ 79,860	1	
2	2弁のもの	93,170	→ 93,170	2	
3	3弁のもの	106,480	→ 106,480	3	
K555	弁置換術			K555	
1	1弁のもの	85,500	→ 85,500	1	

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弁のもの	100,200	→ 100,200	2	
	3	3弁のもの	114,510	→ 114,510	3	
K556		大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→ 42,940	K556	
K556-2		経皮的動脈弁拡張術	34,200	→ 37,430	K556-2	
K557		大動脈弁上狭窄手術	71,570	→ 71,570	K557	
K557-2		大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	75,450	→ 78,260	K557-2	
K557-3		弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	86,250	→ 129,380	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	85,880	→ 115,750	K557-4	
K558		ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	143,140	→ 192,920	K558	
K559		閉鎖式僧帽弁交連切開術	29,580	→ 38,450	K559	
K559-2		経皮的僧帽弁拡張術	29,640	→ 34,930	K559-2	
K560		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	【項目の見直し】
	1	上行大動脈	114,510	→ —	1	
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	—	→ 114,510	イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	—	→ 128,820	ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	—	→ 148,860	ハ	
	2	その他のもの	100,200	→ 100,200	ニ	
	3	弓部大動脈	114,510	→ 114,510	2	
	4	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	171,760	→ —	3	
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	—	→ 187,370	イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	—	→ 210,790	ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	—	→ 243,580	ハ	
		その他のもの	—	→ 171,760	ニ	
	5	下行大動脈	85,880	→ 89,250	4	
	6	胸腹部大動脈	166,500	→ 249,750	5	
	7	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	54,300	→ 59,080	6	
	8	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	7	
K561		ステントグラフト内挿術			K561	

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		
K562	1	胸部大動脈	56,560	→ 56,560	1	
	2	腹部大動脈	47,400	→ 49,440	2	
	3	腸骨動脈	37,200	→ 43,830	3	
K563		動脈管開存症手術			K562	
	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	→ 16,510	1	
K564	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
		肺動脈絞扼術	39,410	→ 39,410	K563	
K565		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	33,900	→ 43,150	K564	
K566		巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	47,700	→ 71,550	K565	
K567		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)	42,750	→ 44,670	K566	
K567-2		大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
	1	単独のもの	57,250	→ 57,250	1	
	2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→ 100,200	2	
K568	3	複雑心奇形手術を伴うもの	128,820	→ 173,620	3	
		経皮的大動脈形成術	34,200	→ 37,430	K567-2	
K569		大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1	単独のもの	69,000	→ 80,840	1	
K570	2	心内奇形手術を伴うもの	88,500	→ 97,690	2	
		三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	85,880	→ 90,120	K569	
K570-2		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	→ 32,500	1	
K570-3	2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	68,550	→ 74,460	2	
		経皮的肺動脈弁拡張術	24,550	→ 31,280	K570-2	
K571		経皮的肺動脈形成術	24,550	→ 31,280	K570-3	
		肺静脈還流異常症手術			K571	
K572	1	部分肺静脈還流異常	48,110	→ 50,970	1	
	2	総肺静脈還流異常	93,040	→ 109,310	2	
		肺静脈形成術	51,450	→ 58,930	K572	

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		
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
1	経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法)	8,970	→ 11,660	1	
2	心房中隔欠損作成術	25,800	→ 33,540	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
1	単独のもの	30,100	→ 39,130	1	
2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→ 45,130	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	→ 31,850	K574-2	
K575	三心房心手術	58,500	→ 68,940	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
1	単独のもの	50,570	→ 52,320	1	
2	肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	52,850	→ 65,830	2	
3	大動脈弁形成を伴うもの	64,410	→ 66,060	3	
4	右室流出路形成を伴うもの	71,570	→ 71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
1	単独のもの	71,570	→ 71,570	1	
2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	→ 85,880	2	
K578	右室二腔症手術	79,500	→ 80,490	K578	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			K579	
1	心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	54,000	→ 60,330	1	
2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	64,410	→ 66,060	2	
K579-2	完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350	→ 107,350	1	
2	ファロー四徴症手術を伴うもの	143,140	→ 192,920	2	
K580	ファロー四徴症手術			K580	
1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000	→ 71,000	1	
2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	93,040	→ 94,060	2	
K581	肺動脈閉鎖症手術			K581	
1	単独のもの	100,200	→ 100,200	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		
K582	2 ラステリ手術を伴うもの	128,820	→ 173,620	2	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	171,760	→ 231,500	3	
	両大血管右室起始症手術			K582	
K583	1 単独のもの	85,880	→ 85,880	1	
	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820	→ 128,820	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ビング奇形手術)	143,140	→ 192,920	3	
	大血管転位症手術			K583	
	1 心房内血流転換手術(マスタード・セニング手術)	114,510	→ 114,510	1	
K584	2 大血管血流転換術(ジャテーン手術)	107,350	→ 144,690	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	128,820	→ 173,620	3	
	4 ラステリ手術を伴うもの	114,510	→ 154,330	4	
	修正大血管転位症手術			K584	
K585	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	78,000	→ 85,790	1	
	2 根治手術(ダブルスイッチ手術)	162,500	→ 201,630	2	
K586	総動脈幹症手術	119,800	→ 143,860	K585	
K587	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
	1 両方向性グレン手術	71,570	→ 71,570	1	
	2 フォンタン手術	85,880	→ 85,880	2	
K588	3 心室中隔造成術	146,000	→ 181,350	3	
	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	141,460	→ 179,310	K587	
K589	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	→ 53,240	K588	
K590	冠動脈起始異常症手術	85,880	→ 85,880	K589	
K591	心室憩室切除術	61,500	→ 76,710	K590	
K592	心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591	
K592-2	K592 肺動脈塞栓除去術	37,600	→ 48,880	K592	
	肺動脈血栓内膜摘除術	100,190	→ 135,040	K592-2	
K593	肺静脈血栓除去術	30,210	→ 39,270	K593	
K594	不整脈手術			K594	

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		
K595	1	副伝導路切断術	85,880	→ 89,250	1	【名称の見直し】
	2	心室頻拍症手術	100,200	→ 147,890	2	
	3	メイズ手術	93,170	→ 98,640	3	
K595-2		経皮的カテーテル心筋焼灼術			K595	
	1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	31,350	→ 40,760	1	
	2	その他のもの	26,440	→ 34,370	2	
K596		経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→ 24,390	K595-2	
K597		体外ペースメーカー移植術	3,370	→ 3,370	K596	
		ペースメーカー移植術			K597	
	1	心筋電極の場合	13,800	→ 15,060	1	
	2	経静脈電極の場合	7,820	→ 7,820	2	
K597-2		ペースメーカー交換術	3,610	→ 4,000	K597-2	
K597-3		植込型心電図記録計移植術	1,260	→ 1,260	K597-3	
K597-4		植込型心電図記録計摘出術	840	→ 840	K597-4	
K598		両心室ペースメーカー移植術	30,750	→ 31,510	K598	
K598-2		両心室ペースメーカー交換術	3,200	→ 5,000	K598-2	
K599		植込型除細動器移植術	17,030	→ 31,510	K599	
K599-2		植込型除細動器交換術	2,860	→ 6,000	K599-2	
K599-3		両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	21,000	→ 32,000	K599-3	
K599-4		両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	3,200	→ 6,000	K599-4	
		経静脈電極抜去術(レーザーシースを用いるもの)	—	→ 28,600	K599-5	【新設】
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	

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			
K603	1	初日	11,100	→ 11,100	1		
	2	2日目以降	3,120	→ 3,120	2		
		補助人工心臓(1日につき)			K603		
K604	1	初日	45,000	→ 54,370	1		
	2	2日目以降30日目まで	5,000	→ 5,000	2		
	3	31日目以降	4,000	→ 4,000	3		
		植込型補助人工心臓(拍動流型)			K604		【名称の見直し】
K605	1	初日(1日につき)	45,000	→ 58,500	1		【新設】
	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		
		植込型補助人工心臓(非拍動流型)			K604-2		
		初日(1日につき)	—	→ 58,500	1		
		2日目以降30日目まで(1日につき)	—	→ 5,000	2		
		31日目以降90日目まで(1日につき)	—	→ 2,780	3		
	91日目以降(1日につき)	—	→ 1,500	4			
K605		移植用心採取術	61,200	→ 62,720	K605		
K605-2		同種心移植術	143,140	→ 192,920	K605-2		
K605-3		移植用心肺採取術	92,020	→ 100,040	K605-3		
K605-4		同種心肺移植術	198,990	→ 286,010	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	→ 10,550	1		
	2	その他のもの	3,130	→ 3,130	2		
K607-2		血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2		
K607-3		上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3		
K608		動脈塞栓除去術			K608		

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		
K608-2	1	開胸又は開腹を伴うもの	21,970	→ 28,560	1	
	2	その他のもの(観血的なもの)	9,470	→ 11,180	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	
K609-2	1	大動脈に及ぶもの	31,500	→ 40,950	1	
	2	内頸動脈	29,250	→ 43,880	2	
	3	その他のもの	19,890	→ 25,860	3	
K609-2		経皮的頸動脈ステント留置術	33,150	→ 38,930	K609-2	
K610		動脈形成術、吻合術			K610	
K610-2	1	頭蓋内動脈	52,550	→ 70,980	1	
	2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	44,400	→ 47,790	2	
	3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	44,400	→ 47,790	3	
	4	指(手、足)の動脈	11,800	→ 15,340	4	
	5	その他の動脈	13,910	→ 18,080	5	
K610-2		脳新生血管造成術	52,550	→ 52,550	K610-2	
K610-3		内シャント又は外シャント設置術	13,910	→ 18,080	K610-3	
K610-4		四肢の血管吻合術	13,910	→ 18,080	K610-4	
K610-5		血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	13,910	→ 18,080	K610-5	
K611		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置			K611	
K612	1	開腹して設置した場合	17,940	→ 17,940	1	
	2	四肢に設置した場合	16,250	→ 16,250	2	
	3	頭頸部その他に設置した場合	16,640	→ 16,640	3	
K612		末梢動静脈瘻造設術	7,760	→ 7,760	K612	
K613		腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	29,580	→ 31,840	K613	
K614		血管移植術、バイパス移植術			K614	
K614	1	大動脈	70,700	→ 70,700	1	
	2	胸腔内動脈	61,500	→ 64,050	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			
K615	3	腹腔内動脈	56,560	→ 56,560	3	【項目の追加】	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→ 55,050	4		
		下腿、足部動脈	—	→ 62,670	5		
	5	その他の動脈	23,300	→ 30,290	6		
		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	16,510	→ —	K615		【項目の見直し】
		止血術	—	→ 19,260	1		
		その他のもの	—	→ 16,930	2		
K615-2		経皮的動脈遮断術	1,390	→ 1,390	K615-2		
K616		四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→ 20,540	K616		
K616-2		頸動脈球摘出術	10,800	→ 10,800	K616-2		
K616-3		経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	24,550	→ 24,550	K616-3		
		経皮的シャント拡張術・血栓除去術	—	→ 18,080	K616-4	【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	→ 11,020	K617-2		
K617-3		静脈瘤切除術(下肢以外)	1,680	→ 1,820	K617-3		
		下肢静脈瘤血管内焼灼術	—	→ 14,360	K617-4	【新設】	
K618		中心静脈栄養用植込型カテーテル設置			K618		
	1	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1		
	2	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	2		
K619		静脈血栓摘出術			K619		
	1	開腹を伴うもの	19,000	→ 22,070	1		
	2	その他のもの(観血的なもの)	13,100	→ 13,100	2		
K619-2		総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→ 32,100	K619-2		
K620		下大静脈フィルター留置術	8,000	→ 10,160	K620	【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		
K621		下大静脈フィルター除去術	—	→ 6,190	K620-2	【新設】
K622		門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	→ 40,650	K621	
K623		胸管内頸静脈吻合術	28,940	→ 37,620	K622	
		静脈形成術、吻合術			K623	
	1	胸腔内静脈	24,700	→ 25,200	1	
	2	腹腔内静脈	24,700	→ 25,200	2	
	3	指(手、足)の静脈	10,850	→ 12,970	3	
	4	その他の静脈	13,500	→ 16,140	4	
K623-2		脾腎静脈吻合術	20,800	→ 21,220	K623-2	
(リンパ管、リンパ節)						
K624		削除			K624	
K625		リンパ管腫摘出術			K625	
	1	長径5センチメートル未満	8,390	→ 10,910	1	
	2	長径5センチメートル以上	12,610	→ 16,390	2	
K626		リンパ節摘出術			K626	
	1	長径3センチメートル未満	1,200	→ 1,200	1	
	2	長径3センチメートル以上	2,880	→ 2,880	2	
K626-2		リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	K626-2	
K627		リンパ節群郭清術			K627	
	1	顎下部又は舌下部(浅在性)	6,970	→ 9,060	1	
	2	頸部(深在性)	14,040	→ 18,250	2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	9,270	→ 12,050	3	
	4	腋窩	13,650	→ 17,750	4	
	5	胸骨旁	14,040	→ 18,250	5	
	6	鼠径部及び股部	5,670	→ 7,370	6	
	7	後腹膜	28,940	→ 37,620	7	
	8	骨盤	18,740	→ 24,360	8	
		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	—	→ 28,460	K627-2	【新設】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K628	リンパ管吻合術	31,200	→ 34,450	K628	
第9款 腹部					
(腹壁、ヘルニア)					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
	1 腹壁に局限するもの	1,820	→ 1,820	1	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450	→ 8,390	2	
K632	腹壁腫瘍摘出術			K632	
	1 形成手術を必要としない場合	4,310	→ 4,310	1	
	2 形成手術を必要とする場合	9,810	→ 11,210	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
	1 腹壁癒痕ヘルニア	7,440	→ 8,450	1	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→ 6,200	2	
	3 臍ヘルニア	4,200	→ 4,200	3	
	4 臍帯ヘルニア	14,470	→ 18,810	4	
	5 鼠径ヘルニア	6,000	→ 6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,740	→ 8,860	6	
	7 腰ヘルニア	8,240	→ 8,590	7	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	14,470	→ 18,810	8	
	9 内ヘルニア	14,470	→ 18,810	9	
	腹腔鏡下ヘルニア手術			K633-2	【新設】
	腹壁癒痕ヘルニア	—	→ 13,770	1	
	大腿ヘルニア	—	→ 15,460	2	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	20,800	→ 22,960	K634	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	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	

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		
K635-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	→ 12,000	K635-3	
K636	試験開腹術	5,550	→ 5,550	K636	
K636-2	ダメージコントロール手術	7,210	→ 9,370	K636-2	
	腹腔鏡下試験開腹術	—	→ 11,320	K636-3	【新設】
	腹腔鏡下試験切除術	—	→ 11,320	K636-4	【新設】
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
1	横隔膜下膿瘍	8,880	→ 10,690	1	
2	ダグラス窩膿瘍	5,340	→ 5,710	2	
3	虫垂周囲膿瘍	5,340	→ 5,340	3	
4	その他のもの	6,670	→ 8,330	4	
K637-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K637-2	
K638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→ 3,290	K638	
K639	急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639	
K639-2	結核性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639-2	
	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	—	→ 16,460	K639-3	【新設】
K640	腸間膜損傷手術			K640	
1	縫合、修復のみのもの	8,320	→ 10,390	1	
2	腸管切除を伴うもの	18,800	→ 24,440	2	
K641	大網切除術	8,490	→ 8,720	K641	
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K642	
1	腸切除を伴わないもの	11,100	→ 11,910	1	
2	腸切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	—	→ 32,310	K642-2	【新設】
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,000	→ 48,510	K643	
K644	臍腸管瘻手術			K644	
1	腸管切除を伴わないもの	5,260	→ 5,260	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,400	→ 18,280	2	
K645	骨盤内臓全摘術	107,850	→ 120,980	K645	

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		
(胃、十二指腸)					
K646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	10,100	→ 11,360	K646	
K647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	11,300	→ 12,190	K647	
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	→ 22,460	K647-2	
K648	胃切開術	7,670	→ 9,970	K648	
K649	胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術 削除	10,900	→ 11,800	K649 K650	
K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590	→ 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	→ 11,530	K652	
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	→ 6,460	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	14,130	→ 18,370	2	
3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 6,230	3	
4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 5,200	4	
K653-2	食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	3,200	→ 3,200	K653-2	
K653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	K653-3	
K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970	→ 6,460	K653-4	
	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	—	→ 12,480	K653-5	【新設】
K654	内視鏡的消化管止血術	4,600	→ 4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	10,400	→ 11,530	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	21,700	→ 28,210	1	
2	悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
1	単純切除術	30,000	→ 34,950	1	
2	悪性腫瘍手術	62,360	→ 64,120	2	
K655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	20,700	→ 26,910	K655-3	

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		
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	
	1 単純切除術	30,900	→ 40,170	1	
	2 悪性腫瘍切除術	55,100	→ 71,630	2	
K656	胃縮小術	21,700	→ 28,210	K656	
K657	胃全摘術			K657	
	1 単純全摘術	49,200	→ 50,920	1	
	2 悪性腫瘍手術	69,840	→ 69,840	2	
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
	1 単純全摘術	58,300	→ 64,740	1	
	2 悪性腫瘍手術	74,830	→ 83,090	2	
K658	削除			K658	
K659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K659	
	1 単独のもの	13,600	→ 13,600	1	
	2 ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	2	
	3 胃切除術を併施するもの	28,940	→ 37,620	3	
	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	—	→ 21,780	K659-2	【新設】
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
	1 単独のもの	15,000	→ 19,500	1	
	2 ドレナージを併施するもの	21,700	→ 28,210	2	
	3 胃切除術を併施するもの	28,940	→ 37,620	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 31,310	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 17,400	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 13,600	K662	
	腹腔鏡下胃腸吻合術	—	→ 17,700	K662-2	【新設】
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	→ 10,070	K664	
	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	—	→ 14,610	K664-2	【新設】
K665	胃瘻閉鎖術	10,590	→ 12,040	K665	

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		
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	→ 17,060	K666-2	
K667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	28,940	→ 37,620	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	→ 15,190	K667-3	
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	21,700	→ 28,210	K668	
(胆嚢、胆道)					
K669	胆管切開術	12,100	→ 12,460	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 11,800	K670	
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
	1 胆嚢摘出を含むもの	21,700	→ 28,210	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	18,800	→ 24,440	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	→ 35,470	1	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	22,700	→ 33,610	2	
K672	胆嚢摘出術	19,760	→ 20,960	K672	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	→ 21,500	K672-2	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	28,940	→ 37,620	K673	
K674	総胆管拡張症手術	28,000	→ 36,400	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	29,930	→ 38,910	1	
	肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	—	→ 47,370	2	【項目の追加】
	2 肝切除(葉以上)を伴うもの	75,750	→ 77,450	3	
	3 臍頭十二指腸切除を伴うもの	97,950	→ 101,590	4	
	4 臍頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	139,680	→ 209,520	5	
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	70,800	→ 72,390	K677	
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	

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		
K678	1	血行再建あり	121,050	→ 180,990	1	
	2	血行再建なし	97,050	→ 101,090	2	
		体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
		胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	→ 11,580	K679	
		総胆管胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K680	
		胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,420	K681	
		胆管外瘻造設術			K682	
		1 開腹によるもの	12,300	→ 12,300	1	
		2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
	K682-2		経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2
		内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	—	→ 10,800	K682-3	【新設】
		超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	—	→ 21,320	K682-4	【新設】
K683		削除			K683	
K684		先天性胆道閉鎖症手術	56,700	→ 60,000	K684	
K685		内視鏡的胆道結石除去術	9,830	→ —	K685	【名称の見直し】
		胆道碎石術を伴うもの	—	→ 12,780	1	【項目の見直し】
		その他のもの	—	→ 8,320	2	
K686		内視鏡的胆道拡張術	11,930	→ 15,510	K686	
K687		内視鏡的乳頭切開術			K687	
	1	乳頭括約筋切開のみのもの	9,400	→ 12,220	1	
	2	胆道碎石術を伴うもの	21,190	→ 27,550	2	
K688		内視鏡的胆道ステント留置術	8,880	→ 11,540	K688	
K689		経皮経肝胆管ステント挿入術	9,440	→ 12,270	K689	
(肝)						
K690		肝縫合術	17,400	→ 17,400	K690	
K691		肝膿瘍切開術			K691	
	1	開腹によるもの	11,000	→ 11,860	1	
	2	開胸によるもの	12,200	→ 12,520	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	【項目の見直し】
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,520	K692	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,700	→ 28,210	K692-2	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	21,700	→ 28,210	K693	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	21,700	→ 28,210	K694	
K695	肝切除術			K695	
	部分切除	—	→ 36,340	1	
	亜区域切除	—	→ 46,130	2	
	外側区域切除	—	→ 46,130	3	
	1区域切除(外側区域切除を除く。)	—	→ 49,750	4	
	2区域切除	—	→ 76,210	5	
	3区域切除以上のもの	—	→ 97,050	6	
	2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	—	→ 126,230	7	
K695-2	腹腔鏡下肝切除術			K695-2	
	1 部分切除	50,600	→ 50,600	1	
	2 外側区域切除	62,100	→ 74,880	2	
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K696	
K697	肝内胆管外瘻造設術			K697	
	1 開腹によるもの	14,470	→ 18,810	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	→ 17,410	K697-2	
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	15,000	→ —	K697-3	
	2センチメートル以内のもの	—	→ 15,000	1	
	2センチメートルを超えるもの	—	→ 21,960	2	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	72,000	→ 72,000	K697-4	
K697-5	生体部分肝移植術	95,550	→ 129,560	K697-5	
K697-6	移植用肝採取術(死体)	85,200	→ 86,700	K697-6	
K697-7	同種死体肝移植術	142,380	→ 193,060	K697-7	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(脾)					
K698	急性脾炎手術			K698	
1	感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→ 49,390	1	
2	その他のもの	21,700	→ 28,210	2	
K699	脾結石手術			K699	
1	脾切開によるもの	21,700	→ 28,210	1	
2	経十二指腸乳頭によるもの	21,700	→ 28,210	2	
K700	脾中央切除術	45,000	→ 53,560	K700	
K701	脾破裂縫合術	19,200	→ 22,080	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			1	
イ	脾同時切除の場合	21,200	→ 21,200	イ	
ロ	脾温存の場合	21,750	→ 21,750	ロ	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	38,890	→ 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	52,500	→ 52,730	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→ 55,870	4	
	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	—	→ 36,730	K702-2	【新設】
K703	脾頭部腫瘍切除術			K703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	69,840	→ 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	83,810	→ 83,810	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	83,810	→ 83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	111,740	→ 128,230	4	
K704	脾全摘術	91,350	→ 91,990	K704	
K705	脾嚢胞胃(腸)吻合術	21,700	→ 28,210	K705	
K706	脾管空腸吻合術	28,940	→ 37,620	K706	
K707	脾嚢胞外瘻造設術			K707	
1	内視鏡によるもの	14,130	→ 18,370	1	
2	開腹によるもの	12,100	→ 12,460	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		
K708	膵管外瘻造設術	14,470	→ 18,810	K708	【新設】
K708-2	膵管誘導手術	14,470	→ 18,810	K708-2	
	内視鏡的膵管ステント留置術	—	→ 22,240	K708-3	
K709	膵瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K709	
K709-2	移植用膵採取術(死体)	48,700	→ 63,310	K709-2	
K709-3	同種死体膵移植術	112,570	→ 112,570	K709-3	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	82,580	→ 84,080	K709-4	
K709-5	同種死体膵腎移植術	140,420	→ 140,420	K709-5	
(脾)					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	→ 24,410	K710	
K711	脾摘出術	21,700	→ 28,210	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	28,500	→ 37,060	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)					
K712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 10,400	K712	【項目の見直し】
K713	腸切開術	7,420	→ 9,650	K713	
K714	腸管癒着症手術	10,900	→ 12,010	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600	→ 20,650	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	3,450	→ 4,490	1	
	2 観血的なもの	5,530	→ 6,040	2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→ 15,940	1	
	2 悪性腫瘍手術	29,930	→ 34,150	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→ —	K716-2	
	悪性腫瘍手術以外の切除術	—	→ 31,370	1	
	悪性腫瘍手術	—	→ 37,380	2	
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	14,470	→ 18,810	K717	
K718	虫垂切除術			K718	

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			
K718-2	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		
K719	1	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2		
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→ 11,470	1		
K719-2	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	14,140	→ 18,380	2		
	1	結腸切除術			K719		
K719-2	1	小範囲切除	17,900	→ 22,140	1		
	2	結腸半側切除	25,700	→ 29,940	2		
K719-2	3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	→ 35,680	3		
	1	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2		
K719-3	1	小範囲切除、結腸半側切除	35,700	→ 42,680	1		
	2	全切除、亜全切除	41,700	→ 51,750	2		
K719-3		腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	→ 51,750	K719-3		
K719-4		ピックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4		
K720		全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	—	→ 42,510	K719-5		【新設】
		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)	14,470	→ 16,610	K720		
K721		内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721		
K721-2	1	長径2センチメートル未満	5,000	→ 5,000	1		
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→ 7,000	2		
K721-2		内視鏡的大腸ポリープ切除術			K721-2		
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→ 5,000	1		
K721-3	2	長径2センチメートル以上	7,000	→ 7,000	2		
		内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→ 5,360	K721-3		
K722		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	—	→ 18,370	K721-4	【新設】	
		小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→ 11,640	K722		
K723		削除			K723		
K724		腸吻合術	9,040	→ 9,330	K724		
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 6,140	K725		

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		
	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	—	→ 12,080	K725-2	【新設】
K726	人工肛門造設術	6,590	→ 7,980	K726	
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	→ 8,340	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	→ 11,220	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,600	→ 12,190	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
	多発性小腸閉鎖症手術	—	→ 47,020	K729-2	【新設】
	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	—	→ 32,310	K729-3	【新設】
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,500	→ 11,580	1	
	2 腸管切除を伴うもの	16,700	→ 17,900	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,800	→ 11,750	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
	1 腸管切除を伴わないもの	10,300	→ 11,470	1	
	2 腸管切除を伴うもの	21,700	→ 28,210	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	14,470	→ 18,810	K734	
	腹腔鏡下腸回転異常症手術	—	→ 22,910	K734-2	【新設】
K735	先天性巨大結腸症手術	49,050	→ 50,830	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	8,530	→ 11,090	K735-2	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,450	→ 63,710	K735-3	
	下部消化管ステント留置術	—	→ 9,100	K735-4	【新設】
K736	人工肛門形成術			K736	
	1 開腹を伴うもの	8,400	→ 10,030	1	
	2 その他のもの	3,670	→ 3,670	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		
(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)	5,150	→ 6,700	1	
	2 開腹によるもの	10,400	→ 11,530	2	
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	
	1 経肛門	4,010	→ 4,010	1	
	2 経括約筋	8,250	→ 9,940	2	
	3 経腹及び経肛	14,470	→ 18,810	3	
K739-2	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	20,120	→ 26,100	K739-2	
	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	—	→ 16,700	K739-3	【新設】
K740	直腸切除・切断術			K740	
	1 切除術	40,500	→ 42,850	1	
	2 低位前方切除術	66,300	→ 66,300	2	
	3 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840	→ 69,840	3	
	4 切断術	75,150	→ 77,120	4	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
	1 切除術	63,150	→ 75,460	1	
	2 低位前方切除術	77,780	→ 83,930	2	
	3 切断術	77,780	→ 83,930	3	
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	21,700	→ 28,210	K741	
K742	直腸脱手術			K742	
	1 経会陰によるもの	7,370	→ 8,410	1	
	2 直腸挙上固定を行うもの	9,260	→ 10,900	2	
	3 骨盤底形成を行うもの	14,470	→ 18,810	3	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	28,940	→ 37,620	4	
	腹腔鏡下直腸脱手術	—	→ 25,810	K742-2	【新設】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(肛門、その周辺)					
K743	痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
1	硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,220	→ 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	11,260	→ 11,260	5	
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3	脱肛根治手術	5,360	→ 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	→ 8,120	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	→ 8,120	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
1	切除	21,700	→ 28,210	1	
2	直腸切断を伴うもの	63,450	→ 70,680	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	→ 1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
1	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	18,200	→ 23,660	2	
K751	鎖肛手術			K751	
1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	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		
K751-2	2	会陰式	14,470	→ 18,810	K751-2	
	3	仙骨会陰式	32,700	→ 35,270		
K751-3	4	腹会陰、腹仙骨式	59,700	→ 62,660	K751-3	
		仙尾部奇形腫手術	37,050	→ 42,680		
K752		腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	69,900	→ 70,140	K752	
K753		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	→ 8,580	2	
		毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
第10款 尿路系・副腎						
(副腎)						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	21,700	→ 28,210	K754	
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	→ 40,100	K754-2	
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	30,000	→ 34,390	K754-3	
K755		副腎腫瘍摘出術			K755	
K756	1	皮質腫瘍	27,560	→ 35,830	1	
	2	髓質腫瘍(褐色細胞腫)	33,020	→ 42,930	2	
		副腎悪性腫瘍手術	36,170	→ 47,020	K756	
		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	—	→ 51,120	K756-2	【新設】
(腎、腎盂)						
K757		腎破裂縫合術	28,940	→ 37,620	K757	
K757-2		腎破裂手術	29,440	→ 38,270	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759		腎切半術	28,940	→ 37,620	K759	
K760		癒合腎離断術	36,170	→ 47,020	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	→ 10,660	K761	
K762		腎固定術	8,260	→ 10,350	K762	
K763		腎切石術	21,190	→ 27,550	K763	

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		
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,200	→ 32,800	K764	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,650	→ 33,040	K765	
K766	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→ 13,000	K766	
K767	腎盂切石術	20,930	→ 27,210	K767	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769	腎部分切除術	25,090	→ 32,620	K769	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	33,790	→ 43,930	K769-2	
K769-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	→ 42,900	K769-3	
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	→ 11,580	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	→ 18,850	K770-2	
	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	—	→ 20,360	K770-3	【新設】
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	16,300	→ 17,680	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	41,730	→ 54,250	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	→ 40,240	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	→ 42,770	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	63,450	→ 64,720	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300	→ 49,870	K773-3	
	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	—	→ 52,800	K773-4	【新設】
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→ 15,440	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	19,500	→ 25,350	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K777	
K778	腎盂形成手術	25,480	→ 33,120	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	44,250	→ 51,600	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	34,200	→ 35,700	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	41,900	→ 43,400	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→ 51,850	K779-3	

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		
K780	同種死体腎移植術	98,770	→ 98,770	K780	
K780-2	生体腎移植術	60,000	→ 62,820	K780-2	
(尿管)					
K781	経尿道的尿路結石除去術	14,800	→ —	K781	【名称の見直し】
	レーザーによるもの	—	→ 22,270	1	【項目の見直し】
	その他のもの	—	→ 14,800	2	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,000	→ 7,770	K781-2	
K782	尿管切石術			K782	
	1 上部及び中部	8,180	→ 10,310	1	
	2 膀胱近接部	12,000	→ 15,310	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	→ 20,930	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→ 3,400	K783-2	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→ 1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	14,470	→ 18,810	K784	
K784-2	尿管剥離術	14,470	→ 18,810	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 21,420	K785	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 19,370	K786	
K787	尿管尿管吻合術	20,930	→ 27,210	K787	
K788	尿管腸吻合術	13,130	→ 17,070	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	31,070	→ 40,390	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 12,910	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	19,890	→ 25,860	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	28,340	→ 36,840	K792	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	21,700	→ 28,210	K793	
K794	尿管口形成手術	14,300	→ 16,580	K794	
K794-2	経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→ 15,500	K794-2	
(膀胱)					
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 11,170	K795	

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		
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	→ 8,320	1	
2	膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	7,990	→ 8,320	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	7,120	→ 9,260	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
K800-3	膀胱水圧拡張術	5,500	→ 6,950	K800-3	
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	37,420	→ 48,650	1	
2	その他のもの	34,450	→ 44,790	2	
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460	→ 12,030	K802	
K802-2	膀胱脱手術			K802-2	
1	メッシュを使用するもの	24,720	→ 30,880	1	
2	その他のもの	12,970	→ 16,860	2	
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	
1	腸管切除を伴わないもの	11,100	→ 11,100	1	
2	腸管切除を伴うもの	21,700	→ 21,700	2	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			K803	【項目の見直し】
1	切除	22,450	→ 29,190	1	
2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	51,450	→ 66,890	2	
3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	69,840	→ 80,160	3	
4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	98,400	→ 107,800	4	
5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	103,500	→ 110,600	5	
6	経尿道的手術	10,400	→ -	6	
	電解質溶液利用のもの	-	→ 12,300	イ	

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	—	→ 10,400	口	
K804	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	—	→ 89,380	K803-2	【新設】
K805	尿管摘出術	9,350	→ 10,950	K804	
K806	膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K807	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→ 7,870	K806	
K808	膀胱腔瘻閉鎖術	19,370	→ 25,180	K807	
K809	膀胱腸瘻閉鎖術	19,370	→ 25,180	K808	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	26,000	→ 33,800	K809	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	18,090	→ 23,520	K809-2	
	腹腔鏡下膀胱内手術	—	→ 32,000	K809-3	【新設】
K810	ボアリー氏手術	27,040	→ 35,150	K810	
K811	腸管利用膀胱拡大術	32,240	→ 41,910	K811	
K812	回腸(結腸)導管造設術	33,150	→ 43,100	K812	
K812-2	排泄腔外反症手術			K812-2	
	1 外反膀胱閉鎖術	51,850	→ 64,030	1	
	2 膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
(尿道)					
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
	1 前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
	2 後部尿道	5,250	→ 5,250	2	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
	1 摘出	21,190	→ 27,550	1	
	2 内視鏡による場合	15,470	→ 20,110	2	
	3 尿路変更を行う場合	45,900	→ 54,060	3	
K818	尿道形成手術			K818	

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			
K819 K819-2 K820 K821 K821-2 K821-3 K822 K823	1	前部尿道	13,100	→ 17,030	1		
	2	後部尿道	32,100	→ 37,700	2		
		尿道下裂形成手術	30,000	→ 33,790	K819		
		陰茎形成術	30,000	→ 33,790	K819-2		
		尿道上裂形成手術	30,000	→ 39,000	K820		
		尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→ 17,160	K821		
		尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→ 14,200	K821-2		
		尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3		
		女子尿道脱手術	6,370	→ 7,560	K822		
		尿失禁手術			K823		
	K823-2	1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	→ 23,510	1	
		2	その他のもの	17,300	→ 22,490	2	
			尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	17,940	→ 23,320	K823-2	
		膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	—	→ 23,320	K823-3	【新設】	
		腹腔鏡下尿失禁手術	—	→ 32,440	K823-4	【新設】	
	人工尿道括約筋植込・置換術	—	→ 23,920	K823-5	【新設】		
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	12,790	→ 16,630	K825		
K826		陰茎切断術	4,500	→ 5,850	K826		
K826-2		陰茎折症手術	6,580	→ 8,550	K826-2		
K826-3		陰茎様陰核形成手術	4,500	→ 5,850	K826-3		
K827		陰茎悪性腫瘍手術			K827		
K828	1	陰茎切除	14,300	→ 18,590	1		
	2	陰茎全摘	28,080	→ 36,500	2		
		包茎手術			K828		
	1	背面切開術	740	→ 740	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		
K828-2	2	環状切除術	2,040	→ 2,040	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	→ 4,060	1	
	2	その他のシャント術によるもの	15,600	→ 18,600	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 及び K831-2		削除			K831 及び K831-2	
K832		精巣上体摘出術	4,200	→ 4,200	K832	
K833		精巣悪性腫瘍手術	9,460	→ 12,300	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	14,300	→ 18,590	K834-2	
K835		陰囊水腫手術			K835	
	1	交通性陰囊水腫手術	3,620	→ 3,620	1	
	2	その他	2,290	→ 2,290	2	
K836		停留精巣固定術	8,260	→ 8,470	K836	
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	24,440	→ 31,770	K836-2	
K837		精管形成手術	8,700	→ 11,310	K837	
K838		精索捻転手術			K838	
	1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	→ 8,570	1	
	2	その他のもの	6,330	→ 8,230	2	
(精囊、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	→ 15,920	K840	

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		
K841	経尿道的前立腺手術	18,500	→ 18,500	K841	【項目の見直し】
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→ —	K841-2	
	ホルミウムレーザーを用いるもの	—	→ 20,470	1	
	その他のもの	—	→ 19,000	2	
K841-3	経尿道的前立腺高温度治療(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-4	
K842	削除			K842	
K843	前立腺悪性腫瘍手術	31,600	→ 41,080	K843	
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	67,950	→ 77,430	K843-2	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	→ 59,780	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	22,450	→ 29,190	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	41,550	→ 54,020	2	
K850-2	膣絨毛性腫瘍摘出術	18,330	→ 23,830	K850-2	
K851	会陰形成手術			K851	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	4,430	→ 5,760	2	
K851-2	外陰・膣血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2	
K851-3	癒合陰唇形成手術			K851-3	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	

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	筋層に及ぶもの	4,430	→ 5,760	2	
(膣)						
K852		膣壁裂創縫合術(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	→ 5,410	2	
	3	膣円蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 8,280	3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	24,570	→ 31,940	4	
K853		膣閉鎖術			K853	
	1	中央膣閉鎖術(子宮全脱)	6,370	→ 6,370	1	
	2	その他	2,580	→ 2,580	2	
K854		膣式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	→ 2,230	K854	
K854-2		後膣円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230	→ 2,230	K854-2	
K855		膣中隔切除術			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		膣壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	K856	
K856-2		膣壁嚢腫切除術	2,540	→ 2,540	K856-2	
K856-3		膣ポリープ切除術	1,040	→ 1,040	K856-3	
K856-4		膣壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K856-4	
K857		膣壁悪性腫瘍手術	22,450	→ 29,190	K857	
K858		膣腸瘻閉鎖術	24,570	→ 31,940	K858	
K859		造膣術、膣閉鎖症術			K859	
	1	拡張器利用によるもの	2,130	→ 2,130	1	
	2	遊離植皮によるもの	14,470	→ 18,810	2	
	3	膣断端挙上によるもの	21,700	→ 28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	31,460	→ 40,900	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	47,250	→ 55,810	5	
		腹腔鏡下造膣術	—	→ 38,690	K859-2	【新設】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K860	膣壁形成手術	5,650	→ 7,160	K860	
K860-2	膣断端挙上術(膣式、腹式)	22,450	→ 29,190	K860-2	
(子宮)					
K861	子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	
K862	クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	→ 20,610	K863	
K863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	14,300	→ 18,590	K863-2	
	子宮鏡下子宮内膜焼灼術	—	→ 17,810	K863-3	【新設】
K864	子宮位置矯正術			K864	
	1 アレキサンダー手術	4,040	→ 4,040	1	
	2 開腹による位置矯正術	5,800	→ 7,540	2	
	3 癒着剥離矯正術	10,820	→ 14,070	3	
K865	子宮脱手術			K865	
	1 膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	13,000	→ 16,900	1	
	2 ハルバン・シャウタ手術	13,000	→ 16,900	2	
	3 マンチェスター手術	10,850	→ 14,110	3	
	4 膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)	21,700	→ 28,210	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(腔部)切除術	3,330	→ 3,330	K867	
K867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	→ 470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む。)	3,330	→ 3,330	K867-3	
K867-4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→ 3,330	K867-4	
K868から K870まで	削除			K868から ら	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(膣式)	3,980	→ 3,980	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
	1 腹式	18,850	→ 24,510	1	
	2 膣式	10,990	→ 14,290	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		
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	28,940	→ 37,620	K872-2	【新設】
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	→ 15,240	1	
	2 腔式	8,450	→ 8,450	2	
K872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	→ 8,450	K872-5	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	14,470	→ 18,810	K873	
K874	削除			K874	
及び				及び	
K875				K875	
K876	子宮腔上部切断術	7,310	→ 9,500	K876	
	腹腔鏡下子宮腔上部切断術	—	→ 14,620	K876-2	
K877	子宮全摘術	21,700	→ 28,210	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500	→ 42,050	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	10,990	→ 14,290	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	21,640	→ 28,130	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	58,500	→ 62,000	K879	
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	16,250	→ 21,130	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	17,680	→ 22,980	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)	16,250	→ 21,130	K884	
(子宮附属器)					
K885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
	1 開腹によるもの	8,910	→ 11,580	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K887	2	腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)	17,900	→ 21,370	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887 1	
K887-2	2	腹腔鏡によるもの 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-2 1	
K887-3	2	腹腔鏡によるもの 卵管口切開術	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-3 1	
K887-4	2	腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	14,470	→ 18,810	2	
	1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	K887-4 1	
K888	2	腹腔鏡によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	15,860	→ 20,620	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 15,720	K888 1	
K888-2	2	腹腔鏡によるもの 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)	25,480	→ 25,940	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 12,460	K888-2 1	
K889	2	腹腔鏡によるもの 子宮付属器悪性腫瘍手術(両側)	25,480	→ 25,540	2	
	1	開腹によるもの	12,090	→ 12,460	K889 1	
K890		卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	21,060	→ 27,380	K890	
K890-2		卵管鏡下卵管形成術	35,700	→ 46,410	K890-2	
		腹腔鏡下卵管形成術	—	→ 42,120	K890-3	【新設】
(産科手術)						
K891		分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	→ 3,170	K891	
K892		骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893		吸引娩出術	2,080	→ 2,700	K893	
K894		鉗子娩出術			K894	
	1	低位(出口)鉗子	2,080	→ 2,700	1	
	2	中位鉗子	3,660	→ 4,760	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		
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰(陰壁)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	→ 3,860	2	
	3 陰円蓋に及ぶもの	3,320	→ 4,320	3	
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 8,200	4	
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	→ 4,900	K897	
K898	帝王切開術			K898	
	1 緊急帝王切開	19,340	→ 22,160	1	
	2 選択帝王切開	19,340	→ 22,160	2	
	3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,700	→ 24,520	3	【項目の見直し】
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	→ 2,460	K901	
K902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	K902	
K903	子宮破裂手術			K903	
	1 子宮全摘除を行うもの	22,450	→ 29,190	1	
	2 子宮腔上部切断を行うもの	20,540	→ 26,700	2	
	3 その他のもの	11,150	→ 14,500	3	
K904	妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	27,690	→ 33,120	K904	
K905	子宮内反症整復手術(腔式、腹式)			K905	
	1 非観血的	340	→ 340	1	
	2 観血的	10,630	→ 13,820	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ュ法	3,090	→ 3,090	2	
	3 縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→ 1,500	3	

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	胎児外回転術	670	→ 670	K907	【新設】
K908	胎児内(双合)回転術	1,190	→ 1,190	K908	
K909	流産手術			K909	
1	妊娠11週までの場合	1,910	→ 1,910	1	
2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	4,820	→ 5,470	2	
K909-2	子宮内容除去術(不全流産)	1,910	→ 2,000	K909-2	
K910	削除			K910	
	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	—	→ 40,000	K910-2	
K911	胞状奇胎除去術	4,280	→ 4,280	K911	
K912	子宮外妊娠手術			K912	
1	開腹によるもの	10,850	→ 14,110	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600	→ 22,950	2	
K913	新生児仮死蘇生術			K913	
1	仮死第1度のもの	840	→ 840	1	
2	仮死第2度のもの	2,220	→ 2,890	2	
(その他)					
K913-2	性腺摘出術			K913-2	
1	開腹によるもの	4,830	→ 6,280	1	
2	腹腔鏡によるもの	14,300	→ 18,590	2	
第12款 削除					
第13款 臓器提供管理料					
K914	脳死臓器提供管理料	14,200	→ 20,000	K914	
K915	生体臓器提供管理料	5,000	→ 5,000	K915	
第2節 輸血料					
K920	輸血			K920	
1	自家採血輸血(200mLごとに)			1	
イ	1回目	750	→ 750	イ	
ロ	2回目以降	650	→ 650	ロ	

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	→ 250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→ 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	200	→ 250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→ 500	(2)	
	4	自己血輸血			4	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)			イ	
	(1)	液状保存の場合	750	→ 750	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)			ロ		
(1)	液状保存の場合	750	→ 750	(1)		
(2)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)		
5	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Ⅰ	200	→ 220	1		
2	輸血管理料Ⅱ	70	→ 110	2		
K921	造血幹細胞採取(一連につき)			K921		
1	骨髓採取			1		
イ	同種移植の場合	19,200	→ 21,640	イ		
ロ	自家移植の場合	15,000	→ 17,440	ロ		
2	末梢血幹細胞採取			2		
イ	同種移植の場合	19,200	→ 21,640	イ		
ロ	自家移植の場合	15,000	→ 17,440	ロ		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K922	造血幹細胞移植			K922	
1	骨髄移植			1	
イ	同種移植の場合	65,600	→ 66,450	イ	
ロ	自家移植の場合	25,000	→ 25,850	ロ	
2	末梢血幹細胞移植			2	
イ	同種移植の場合	65,600	→ 66,450	イ	
ロ	自家移植の場合	30,000	→ 30,850	ロ	
3	臍帯血移植	44,300	→ 66,450	3	
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	
	自己生体組織接着剤作成術	—	→ 1,400	K924	【新設】
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	イオントフォーレーゼ加算	45	→ 45	K933	
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→ 1,000	K934	
	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	—	→ 1,000	K934-2	【新設】
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	
	術中血管等描出撮影加算	—	→ 500	K939-2	【新設】
	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	—	→ 450	K939-3	【新設】
	内視鏡手術用支援機器加算	—	→ 54,200	K939-4	【新設】

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
K142	脊椎固定術	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
K200-2	涙点プラグ挿入術	K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術
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テルによるもの)	K548	経皮的冠動脈形成術
K596	体外ペースメーカー	K596	体外ペースメーカー術
K604	埋込型補助人工心臓	K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
K620	下大静脈フィルター留置	K620	下大静脈フィルター留置術
K685	内視鏡的胆道結石除去術(胆道碎石術を伴うもの)	K685	内視鏡的胆道結石除去術
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。)	K781	経尿道的尿路結石除去術

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>第2節 神経ブロック料</p> <p>L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合</p>	<p>注8 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、所定点数に15,250点を加算する。</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を</p>

	400点	用いた場合	400点
【項目の見直し】	<p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック</p> <p>170点</p>	→	<p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック</p> <p>170点</p>
【項目の見直し】	<p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック</p> <p>90点</p>	→	<p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髓神経前枝神経ブロック</p> <p>90点</p>
L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）			
【項目の見直し】	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>	→	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>

	<p>ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 3,000点</p>		<p>ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック 800点</p>	<p>→</p>	<p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック 340点</p>	<p>→</p>	<p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340点</p>

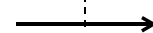
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 放射線治療</p> <p>通則</p> <p>【通則の追加】</p> <p>M001 体外照射</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>3 高エネルギー放射線治療</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 2回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 280点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 440点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射</p>	<p>2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>420点</p> <p>660点</p>

	を行った場合	600点	900点
【点数の見直し】	4 強度変調放射線治療 (IMRT) イ 1回目 ロ 2回目	3,000点 1,000点	3,000点 1,500点
【注の追加】	(追加)		注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、所定点数に150点を加算する。
M001-3 直線加速器による定位放射線治療			
【名称の見直し】	直線加速器による定位放射線治療		直線加速器による放射線治療 (一連につき)
【項目の見直し】		63,000点	1 定位放射線治療の場合 63,000点 2 1以外の場合 6,720点
【注の追加】	(追加)		注2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所

M004 密封小線源治療（一連につき）

【注の追加】

（追加）



定点数に次の点数を加算する。

イ 動体追尾法	10,000点
ロ その他	5,000点

注7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の追加】</p>	<p>6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>(追加)</p>	<p>6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p> <p>7 テレパソロジーにより、区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算</p>

第1節 病理標本作製料

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）

【点数の見直し】

880点 → 860点

定する。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

【注の削除】

注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 → (削除)

N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）

【注の削除】

注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 → (削除)

N004 細胞診（1部位につき）

<p>【注の新設】</p>		<p>(新設) → 注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。</p>
<p>N 0 0 5 HER2 遺伝子標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p>		<p>2,500点 →</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 単独の場合 2,700点 2 区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合 3,050点
<p>第2節 病理診断・判断料</p>		
<p>N 0 0 6 病理診断料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 組織診断料 2 細胞診断料 	<p>500点 → 400点</p> <p>240点 → 200点</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p>

(1) 組織診断を行った場合	120点
(2) 細胞診断を行った場合	60点
ロ 病理診断管理加算2	
(1) 組織診断を行った場合	320点
(2) 細胞診断を行った場合	160点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料</p> <p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 緊急時施設治療管理料</p>	<p>注 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>	<p>注 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。</p> <p>2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成26年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 区分番号D208の4に掲げるバリストカルジオグラフ ロ 区分番号D289の2に掲げるキシローゼ試験 ハ 区分番号D293の3に掲げる心機能検査（心拍出量測定を含む。） ニ 区分番号D293の4に掲げる肺局所機能検査及び脳局所血流検査 ホ 区分番号M001の2に掲げるコバルト⁶⁰遠隔大量照射 ヘ 区分番号M004の2のロに掲げる旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 A000 初診料 【注の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	注6 著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を加算する。 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

【注の追加】

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

(追加)

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

注11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）にて注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

【注の見直し】

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

よう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

注 イについては、在宅等において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歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に算定する。ロ及びハについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。

第2節 再診料

A002 再診料

【注の見直し】

注4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して再

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を

<p>【注の追加】</p>	<p>診を行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。</p>															
<p>【注の見直し】</p>	<p>注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>1回目</td> <td>232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td>90点</td> </tr> </table>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点	<p>→</p>	<p>注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>同一建物居住者以外の場合</td> <td>170点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）</td> <td>85点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）</td> <td>50点</td> </tr> </table>	イ	同一建物居住者以外の場合	170点	ロ	同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）	85点	ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点
イ	1回目	232点																
ロ	2回目以降	90点																
イ	同一建物居住者以外の場合	170点																
ロ	同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）	85点																
ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点																

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2節 入院基本料等加算</p> <p>A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>（新設）</p>	<p>6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみの診療を行う保険医療機関にあつては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。</p> <p>救急医療管理加算</p> <p>A218-2 療養病棟療養環境改善加算</p>

【新設】		(新設)	→	A 2 1 9 - 2	診療所療養病床療養環境改善加算
【新設】		(新設)	→	A 2 2 1 - 3	有床診療所緩和ケア診療加算
A 2 2 3 栄養管理実施加算	A 2 2 3 栄養管理実施加算		→	(削除)	
【削除】					
【新設】		(新設)	→	A 2 2 4 - 2	感染防止対策加算
【新設】		(新設)	→	A 2 2 4 - 3	患者サポート体制充実加算
A 2 2 5 褥瘡患者管理加算	A 2 2 5 褥瘡患者管理加算		→	(削除)	
【削除】					
A 2 2 7 慢性期病棟等退院調整加算	慢性期病棟等退院調整加算		→		退院調整加算
【名称の見直し】					

A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	→	(削除)
【削除】			
【新設】		→	(新設) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
第3節 特定入院料			
【新設】		→	(新設) A 3 0 4 小児入院医療管理料
【新設】		→	(新設) A 3 0 5 特定一般病棟入院料

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>注5 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>	<p>注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又はB000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月の翌月以降から算定できる。</p> <p>注6 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在</p>

【注の削除】

注6 当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(削除)

【新設】

(新設)

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料
300点

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理

【新設】

(新設)

計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B000-6 周術期口腔機能管理料(I)

- 1 手術前 190点
- 2 手術後 190点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

【新設】

(新設)

2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

- 1 手術前 300点
- 2 手術後 300点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内に

【新設】

(新設)

において、月2回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月にお

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

【注の見直し】

注1 1については、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上で、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。

【注の見直し】

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する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

いて、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 4 - 6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 1については、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を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する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、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する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ものに対して、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（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する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ものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

B002 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

【項目の見直し】

100点

- 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点
- 2 1以外の場合 100点

【注の追加】

(追加)

注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【注の見直し】

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

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（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カ

B004-1-4 入院栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

ウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

【新設】

(新設)

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には

【新設】

(新設)

、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1	外来リハビリテーション診療料1	69点
2	外来リハビリテーション診療料2	104点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A0

【新設】

(新設)

02に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 280点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。

2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げ

B 0 0 4 - 2 手術前医学管理料

【注の見直し】

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

る初診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定しない。

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影（区分番号E 0 0 0及び区分番号E 1 0 0に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

注4 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

B006-3 がん治療連携計画策定料

【項目の見直し】

750点

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | がん治療連携計画策定料 1 | 750点 |
| 2 | がん治療連携計画策定料 2 | 300点 |

【注の見直し】

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。

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注4 区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-3 がん治療連携管理料 500点

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

2 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

B007 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

410点

555点

【注の見直し】

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

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。

(削除)

B009 診療情報提供料(I)

【注の追加】

(追加)

注7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する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してい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、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

【新設】

(新設)

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料
(1口腔につき) 480点

B 0 1 4 退院時共同指導料 1

【注の追加】

B 0 1 5 退院時共同指導料 2

【注の見直し】

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看

(追加)

注 区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月 1 回に限り算定する。

注 2 注 1 の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に 200 点を加算する。

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しく

【注の追加】

護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定する。

(追加)

は当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定する。

注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227に掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>注1 1については、在宅等において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歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者</p>	<p>850点</p> <p>注1 1については、在宅等において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歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合には、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

【注の追加】

(追加)

注10 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 110点
- ロ 同一建物居住者の場合 45点

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

【注の見直し】

注3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる

注3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に

歯科矯正管理料は、別に算定できない。

掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

【注の削除】

注4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

(削除)

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

C 0 0 2 救急搬送診療料

【注の追加】

C 0 0 5 在宅悪性腫瘍患者指導管理
料

【新設】

(追加)

注2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

(新設)

C 0 0 5 - 2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定しない。

3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科

医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査 【名称の見直し】 【項目の見直し】 【注の見直し】 【新設】	歯周組織検査 3 混合歯列期歯周組織検査 40点 注 同一の患者につき1月以内に歯周組織検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 (新設)	歯周病検査 3 混合歯列期歯周病検査 40点 注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 D002-5 歯周病部分的再評価検査 (1歯につき) 15点 注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後

<p>D003-2 口腔内写真検査（1枚につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 区分番号D002に掲げる歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度として算定する。</p>	<p>に1回に限り算定する。</p> <p>注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。</p>
<p>D004 平行測定（1装置につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 100点</p>	<p>1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 100点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p>	<p>2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料は（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。</p>	<p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。</p>

【通則の見直し】

- 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、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）
10点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
 - ハ その他の場合 60点

【通則の見直し】

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

- 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、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）
10点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
 - ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合
120点
 - ニ その他の場合 60点

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

- 7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい

【通則の見直し】

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が前号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

て、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月1回に限り所定点数に180点を加算する。

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り、歯科画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら

E 0 0 0 写真診断

【項目の見直し】

1	単純撮影	
イ	歯科エックス線撮影	
	(1) 全顎撮影の場合	160点
	(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	20点
ロ	その他の場合	85点
2	特殊撮影	
イ	歯科パノラマ断層撮影	125点
ロ	歯科パノラマ断層撮影以外の場合 （一連につき）	96点
3	造影剤使用撮影	72点

【注の見直し】

注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り、歯科画像診断管理加算2を算定することができる。

1	単純撮影	
イ	歯科エックス線撮影	
	(1) 全顎撮影の場合	160点
	(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	20点
ロ	その他の場合	85点
2	特殊撮影	
イ	歯科パノラマ断層撮影	125点
ロ	歯科パノラマ断層撮影以外の場合 （一連につき）	96点
3	歯科用3次元エックス線断層撮影	450点
4	造影剤使用撮影	72点

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 3については、撮影の回数にかかわらず、
月1回に限り算定できる。

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口
腔軟組織

【名称の見直し】

歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

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

(1) 全顎撮影の場合

(一) アナログ撮影 250点

(一) アナログ撮影 250点

(二) デジタル撮影 252点

(二) デジタル撮影 252点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(一) アナログ撮影 25点

(一) アナログ撮影 25点

(二) デジタル撮影 28点

(二) デジタル撮影 28点

ロ その他の場合

ロ その他の場合

(1) アナログ撮影 65点

(1) アナログ撮影 65点

(2) デジタル撮影 68点

(2) デジタル撮影 68点

2 特殊撮影

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

(1) アナログ撮影 180点

(1) アナログ撮影 180点

(2) デジタル撮影 182点

(2) デジタル撮影 182点

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につ
つき）

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につ
つき）

(1) アナログ撮影 264点

(1) アナログ撮影 264点

(2) デジタル撮影 266点

(2) デジタル撮影 266点

3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につ

	<p>3 造影剤使用撮影 イ アナログ撮影 148点 ロ デジタル撮影 150点</p>		<p>き) 600点 4 造影剤使用撮影 イ アナログ撮影 148点 ロ デジタル撮影 150点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注4 3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500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は、加算点数に含まれるものとする。</p>
<p>E200 基本的エックス線診断料 (1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 2次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの ロ 区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの</p>	<p>→</p>	<p>注2 2次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの ロ 区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの</p>



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第5節 処方せん料</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

F 4 0 0 処方せん料

【注の追加】

(追加)

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2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、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、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、700点)</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、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、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>1 外来化学療法加算1</p> <p>イ 外来化学療法加算A</p> <p>(1) 15歳未満 780点</p> <p>(2) 15歳以上 580点</p> <p>ロ 外来化学療法加算B</p> <p>(1) 15歳未満 630点</p> <p>(2) 15歳以上 430点</p>

			2 外来化学療法加算 2	
			イ 外来化学療法加算 A	
			(1) 15歳未満	700点
			(2) 15歳以上	450点
			ロ 外来化学療法加算 B	
			(1) 15歳未満	600点
			(2) 15歳以上	350点
第1節 注射料				
G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 (1日につき)				
【注の見直し】	注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	→	注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	
G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき)				
【名称の見直し】	埋込型カテーテルによる中心静脈栄養	→	植込型カテーテルによる中心静脈栄養	
G020 無菌製剤処理料				
【項目の見直し】	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点	→	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点	

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

【注の見直し】

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難で

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、歯科医

ある場合その他これに準ずる場合であって、
歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

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>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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。</p> <p>(追加)</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</p>

規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。

規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 221点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 212点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 180点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 171点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|-----|
| (1) (2)以外の場合 | 90点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 90点 |

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>(歯の疾患の処置)</p>

【新設】		(新設)	→	I 0 0 0 - 3 残根削合 (1 歯 1 回につき) 18 点
				注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
I 0 0 1 歯髄保護処置 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	3 間接歯髄保護処置	25点	→	30点
I 0 0 3 初期う蝕小窩裂溝填塞処置				
【名称の見直し】	初期う蝕小窩裂溝填塞処置	120点	→	初期う蝕早期充填処置
【点数の見直し】				122点
I 0 0 5 抜髄 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	1 単根管	220点	→	228点
	2 2根管	406点	→	418点
	3 3根管以上	570点	→	588点
【注の見直し】	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療		→	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療

	法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。		法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。												
【注の見直し】	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	→	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。												
【注の見直し】	注3 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。												
I006 感染根管処置（1歯につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>単根管</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2根管</td> <td>276点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3根管以上</td> <td>410点</td> </tr> </table>	1	単根管	130点	2	2根管	276点	3	3根管以上	410点	→	<table border="0"> <tr> <td>144点</td> </tr> <tr> <td>294点</td> </tr> <tr> <td>432点</td> </tr> </table>	144点	294点	432点
1	単根管	130点													
2	2根管	276点													
3	3根管以上	410点													
144点															
294点															
432点															
I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>単根管</td> <td>20点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2根管</td> <td>22点</td> </tr> </table>	1	単根管	20点	2	2根管	22点	→	<table border="0"> <tr> <td>26点</td> </tr> <tr> <td>30点</td> </tr> </table>	26点	30点				
1	単根管	20点													
2	2根管	22点													
26点															
30点															

	3	3根管以上	30点	40点
I 0 0 8		根管充填 (1歯につき)		
		【注の見直し】	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。
		【新設】	(新設)	I 0 0 9-3 歯科ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき) 50点
		【新設】	(新設)	I 0 0 9-4 上顎洞洗浄 (片側) 55点
I 0 1 1		歯周基本治療		
		【点数の見直し】	1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点	66点
		【項目の見直し】	2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)	
			イ 前歯 58点	60点

	ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点 3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき） イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点		64点 72点 3 歯周ポケット搔爬（1歯につき） 60点 64点 72点
【注の見直し】	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。	→	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I011-2 歯周病安定期治療（1口腔につき）	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。	→	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
I017 床副子	3 著しく困難なもの 2,000点	→	3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的

とするもの（舌接触補助床） 2,000点

I 0 1 8 歯周治療用装置

【注の見直し】

注1 歯周組織検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）

【点数の見直し】

- 1 簡単なもの 15点
- 2 困難なもの 30点
- 3 根管内ポストを有する鑄造体の除去 50点

- 16点
- 32点
- 54点

I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

【名称の見直し】

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき）

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

【削除】

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

（削除）

注 区分番号J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 6、J 0 3 8、J 0 3 9、J 0 4 0、J 0 4 1、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 8、J 0 6 9、J 0 7 0、J 0 7 0 - 2、J 0 7 2、J 0 7 5、J 0 7 6又はJ 0 8 7に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該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。

【新設】

（新設）

I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

注1 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の

【新設】

(新設)

属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき）
60点

注 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>13 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における費用の算定は、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、骨移植術又は植皮術と他の手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。</p>	<p>13 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における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手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。</p>

【通則の見直し】

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

J000 抜歯手術（1歯につき）

【注の見直し】

注2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。

注2 5については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

J003 歯根嚢胞摘出手術

【項目の見直し】

1 歯冠大のもの 800点
2 拇指頭大のもの 1,350点

1 歯冠大のもの 800点
2 拇指頭大のもの 1,350点
3 鶏卵大のもの 2,040点

J015 口腔底腫瘍摘出術

【点数の見直し】		5,230点	→	6,800点
J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】		18,500点	→	24,050点
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	1 切除	14,470点	→	18,810点
	2 亜全摘	49,350点		64,160点
J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 口蓋粘膜に限局するもの	400点	→	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720点		8,050点
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術				
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの	11,170点	→	14,520点
	2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点		24,170点
	3 顎裂を伴うもの			
	イ 片側	19,360点		25,170点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）				

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

10,140点
14,470点
17,030点

13,180点
18,810点
22,140点

J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

14,470点
18,300点
25,610点

18,810点
23,790点
33,290点

J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

【点数の見直し】

7,800点

9,700点

J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術

【点数の見直し】

16,640点

21,630点

J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）

【点数の見直し】

5,840点

7,590点

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

59,400点 → 89,100点

J 0 3 3 頬腫瘍摘出術

【点数の見直し】

2 その他のもの

3,370点 → 4,380点

J 0 3 5 頬粘膜悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

17,300点 → 22,490点

J 0 3 6 術後性上顎嚢胞摘出術

【点数の見直し】

1 上顎に限局するもの

5,120点 → 6,660点

J 0 3 8 上顎骨切除術

【点数の見直し】

12,000点 → 15,310点

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 搔爬
- 2 切除
- 3 全摘

5,880点
21,700点
37,420点

7,640点
28,210点
56,130点

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

9,960点

14,940点

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

15,730点

23,600点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

21,700点
28,940点

32,550点
43,410点

J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

【点数の見直し】

- 2 長径3センチメートル以上

8,210点

11,160点

J 0 5 2 がま腫摘出術

【点数の見直し】

4,580点 → 5,950点

J 0 5 3 唾石摘出術

【点数の見直し】

3 腺体内に存在するもの

5,540点 → 7,200点

J 0 5 4 舌下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

4,610点 → 5,990点

J 0 5 5 顎下腺摘出術

【点数の見直し】

7,440点 → 9,670点

J 0 5 6 顎下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

7,410点 → 9,480点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

1	耳下腺浅葉摘出術	20,930点	→	27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	23,920点		31,100点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

1	切除	21,700点	→	28,210点
2	全摘	28,940点		37,620点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

8,740点	→	11,360点
--------	---	---------

J 0 6 3 歯周外科手術
(1歯につき)

【点数の見直し】

1	歯周ポケット搔爬術	75点		80点
2	新付着手術	150点	→	160点
3	歯肉切除手術	300点		320点
4	歯肉剥離搔爬手術	600点		620点
5	歯周組織再生誘導手術			
イ	1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの)	730点		760点
ロ	2次手術(非吸収性膜の除去)	300点		320点

【注の見直し】

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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に60点を加算する。

J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植		
ロ 困難なもの	10,790点	14,030点
2 同種骨移植（生体）	12,870点	16,730点
3 同種骨移植（非生体）	11,830点	14,770点

J068 上顎骨折観血的手術

【点数の見直し】

11,710点 → 15,220点

J069 上顎骨形成術

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単純な場合 16,250点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 32,400点</p>	<p>1 単純な場合 21,130点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 41,370点 3 骨移動を伴う場合 72,900点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。</p>
<p>J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>11,610点</p>	<p>15,090点</p>
<p>J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>27,000点</p>	<p>35,100点</p>
<p>J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>	<p>注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>
<p>J 0 7 2 下顎骨折観血的手術</p>		

【点数の見直し】	1 片側の場合 2 両側の場合	10,000点 19,110点	→	13,000点 24,840点
J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術				
【点数の見直し】	1 片側 2 両側	21,700点 36,170点	→	28,210点 47,020点
J 0 7 5 下顎骨形成術				
【項目の見直し】	1 おとがい形成の場合 2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	4,990点 17,160点 27,750点	→	1 おとがい形成の場合 6,490点 2 短縮又は伸長の場合 22,310点 3 再建の場合 36,080点 4 骨移動を伴う場合 54,210点
【注の追加】		(追加)	→	注2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。
【新設】		(新設)	→	J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術 1 片側 22,310点 2 両側 33,460点

J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

【点数の見直し】

26,550点 → 34,520点

J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術

【点数の見直し】

18,330点 → 23,830点

J 0 7 9 顎関節形成術

【点数の見直し】

32,400点 → 40,870点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

2 顎関節鏡下授動術	5,620点	→	7,310点
3 開放授動術	17,550点		22,820点

J 0 8 1 顎関節円板整位術

【点数の見直し】

1 顎関節鏡下円板整位術	14,470点	→	18,810点
2 開放円板整位術	21,700点		27,300点

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）

【点数の見直し】

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点	2,860点
J085 デブリードマン			
【点数の見直し】	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点	2,990点
J086 上顎洞開窓術			
【点数の見直し】		2,000点	2,600点
J087 上顎洞根治手術			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
J087-2 上顎洞炎術後後出血止血法			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
J089 分層植皮術			
【点数の見直し】	1 25平方センチメートル未満	3,330点	3,520点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,590点	6,270点
	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	6,660点	9,000点
	4 200平方センチメートル以上	20,150点	25,820点

J 0 8 9 - 2 全層植皮術

【点数の見直し】

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	21,700点	→	28,210点 40,290点
4	200平方センチメートル以上	31,350点		

J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）

【点数の見直し】

4,700点 → 6,110点

J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体）

【点数の見直し】

1	200平方センチメートル未満	5,190点	→	6,750点 9,000点 13,490点 32,920点
2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	6,920点		
3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	10,380点		
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	25,320点		

J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

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	8,800点	→	11,440点 20,280点
3	100平方センチメートル以上	15,600点		

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）
弁術

【点数の見直し】

32,850点 → 41,120点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）

【点数の見直し】

64,500点 → 74,240点

J 0 9 5 複合組織移植術

【点数の見直し】

11,700点 → 15,210点

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術
（顕微鏡下血管柄付きのもの
）

【点数の見直し】

73,800点 → 110,700点

J 0 9 7 粘膜移植術

【点数の見直し】

- 1 4平方センチメートル未満
- 2 4平方センチメートル以上

5,010点 → 6,510点
5,500点 → 7,080点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】

13,910点 → 18,080点

J 0 9 9 - 2 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

【名称の見直し】

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 → 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術

【点数の見直し】

2 その他の動脈 23,300点 → 30,290点

J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

【名称の見直し】

中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置 → 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置

J 1 0 1 神経移植術

【点数の見直し】

18,090点 → 23,520点

J 1 0 2 交感神経節切除術			18,200点	→	23,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 3 過長茎状突起切除術			4,520点	→	5,880点
【点数の見直し】					
J 1 0 4-2 皮膚悪性腫瘍切除術					
【点数の見直し】	1 広汎切除		21,700点	→	28,210点
J 1 0 5 瘢痕拘縮形成手術			9,740点	→	12,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術			14,700点	→	19,110点
【点数の見直し】	1 静的なもの		39,000点	→	58,500点
	2 動的なもの				
【新設】			(新設)	→	J 1 0 9 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (1顎一連につき)

J 2 0 0 輸血

【項目の削除】

1	自家採血輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	750点
ロ	2回目以降	650点
2	保存血液輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	450点
ロ	2回目以降	350点
3	自己血貯血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点
	(2) 凍結保存の場合	400点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点

→ (削除)

1	1回法によるもの	14,500点
2	2回法によるもの	
イ	1次手術	11,500点
ロ	2次手術	4,500点

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

2 1及び2のイについては、3分の2以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。

(2) 凍結保存の場合	400点
4 自己血輸血	
イ 6歳以上の患者の場合 (200mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
ロ 6歳未満の患者の場合 (体重1kgにつき4mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
5 交換輸血 (1回につき)	5,250点

【注の見直し】

注1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

注 医科点数表の区分番号K920に掲げる輸血の例により算定する。

【注の削除】

- 注2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。
- 3 骨髓内輸血を行った場合は、所定点数に胸骨にあつては80点を、その他にあつては90点を加算し、血管露出術を行った場合は、所定点数に530点を加算する。
- 4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第6部に掲げる薬剤料の所定点数を加算する。
- 5 輸血に伴って行った患者の血液型検査 (A B O式及びRh式) の費用として所定点数に48点を加算する。
- 6 不規則抗体検査の費用として検査回数にか

(削除)

かわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回の輸血が行われる場合には、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。

7 H L A型適合血小板輸血に伴って行った患者のH L A型検査クラスI（A、B、C）又はクラスII（DR、DQ、DP）の費用として、検査回数にかかわらず一連につき所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。

8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。

9 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。

10 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

11 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 2 0 0 - 2 輸血管管理料

【項目の削除】

1 輸血管管理料 I	200点	→ (削除)
2 輸血管管理料 II	70点	

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た	→	注 医科点数表の区分番号K 9 2 0 - 2に掲げる輸血管管理料の例により算定する。
--	---	---

保険医療機関において、輸血を行った場合に、月1回を限度として、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。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 麻酔</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔、圧迫麻酔</p>	<p>2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第11部 放射線治療 【通則の見直し】 【通則の追加】 L001 体外照射 【点数の見直し】	<p>放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。</p> <p>(追加)</p> <p>3 高エネルギー放射線治療 ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 280点</p>	<p>1 放射線治療の費用は、各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>420点</p>

<p>L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき）</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合 440 点</p> <p>(3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 600 点</p> <p>4 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p> ロ 2 回目 1,000 点</p>	<p>660 点</p> <p>900 点</p> <p>1,500 点</p> <p>（追加） → 注 5 使用したコバルトの費用として、購入価格を 1,000 円で除して得た点数を加算する。</p>
---	--	---

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>3 この部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>	<p>3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を</p>	<p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した</p>

	<p>算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p>	<p>患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>
<p>M000 補綴時診断料（1口腔につき）</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 区分番号M000-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。</p>
<p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）</p>		

【項目の見直し】

- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 440点

【新設】

（新設）

- 2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 440点

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき） 1,800点

注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

【点数の見直し】

1 生活歯歯冠形成	
イ 鑄造冠	300点
ロ ジャケット冠	300点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 鑄造冠	160点
ロ ジャケット冠	160点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	54点
ロ 複雑なもの	80点

1 生活歯歯冠形成	
イ 金属冠	306点
ロ ジャケット冠	306点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 金属冠	166点
ロ ジャケット冠	166点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	60点
ロ 複雑なもの	86点

【注の見直し】

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

【注の見直し】

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠については、所定点数に470点を加算する。

M001-2 う蝕^{しよく}歯即時充填形成
（1歯につき）

【点数の見直し】

120点 → 126点

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

20点 → 22点

M003 印象採得

【項目の見直し】

【点数の見直し】

<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p>ロ 連合印象 60点</p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p>ロ 連合印象 225点</p> <p>ハ 特殊印象 265点</p> <p>ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p>(1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 275点</p> <p>(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 326点</p>	→	<p>1 歯冠修復（1個につき）</p> <p>ロ 連合印象 62点</p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p>ロ 連合印象 228点</p> <p>ハ 特殊印象 270点</p> <p>ニ ワンピースキャストブリッジ</p> <p>(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 280点</p> <p>(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 332点</p>
---	---	---

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【注の見直し】

<p>注 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくはジャケット冠</p>	→	<p>注 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは</p>
--	---	--

の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鋳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歯につき1回に限り算定する。

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、レジン前装金属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歯につき1回に限り算定する。

M004 リテイナー

【項目の見直し】

- 1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 100点
- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 300点

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 100点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

M005 装着

【項目の見直し】

- 1 歯冠修復（1個につき）
 - イ 鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠 45点
 - ロ その他 30点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
 - イ ブリッジ
 - (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (-) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 150点
 - (-) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 300点

- 1 歯冠修復（1個につき） 45点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
 - イ ブリッジ
 - (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点
 - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

【注の削除】	注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。	→	(削除)
【注の削除】	注2 2のイの(1)の(二)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。	→	(削除)
【新設】	(新設)	→	M005-2 仮着 (ワンピースキャストブリッジ) (1装置につき) <ul style="list-style-type: none"> 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点
M006 咬合採得			
【項目の見直し】 【点数の見直し】	1 歯冠修復 (1個につき) 14点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 140点	→	1 歯冠修復 (1個につき) 16点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 140点
M008 ワンピースキャストブリッ			

ジの試適

【項目の見直し】

- 1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 80点

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点

M009 充填（1歯につき）

【項目の見直し】

- 1 単純なもの 100点
- 2 複雑なもの 148点

- 1 充填1
 - イ 単純なもの 102点
 - ロ 複雑なもの 152点
- 2 充填2
 - イ 単純なもの 57点
 - ロ 複雑なもの 105点

【注の見直し】

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M010 鑄造歯冠修復
（1個につき）

【名称の見直し】	鑄造歯冠修復（1個につき）	→	金属歯冠修復（1個につき）
【点数の見直し】	1 インレー	→	1 インレー
【項目の見直し】	イ 単純なもの 181点		イ 単純なもの 190点
	ロ 複雑なもの 275点		ロ 複雑なもの 284点
	4 全部鑄造冠（小臼歯及び大臼歯） 445点		4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯） 454点
【注の見直し】	注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	(追加)	→	注3 3については、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M011 前装鑄造冠（1歯につき）			
【名称の見直し】	前装鑄造冠（1歯につき）	→	レジン前装金属冠（1歯につき）
M017 ポンティック（ダミー）（1歯につき）			
【名称の見直し】	ポンティック（ダミー）（1歯につき） 428点	→	ポンティック（1歯につき） 434点
【点数の見直し】			

【注の見直し】	注1 前装鑄造ポンティック（ダミー）については、所定点数に746点を加算する。	→	注1 レジン前装金属ポンティックについては、所定点数に746点を加算する。
【注の見直し】	注2 金属裏装ポンティック（ダミー）については、所定点数に320点を加算する。	→	注2 金属裏装ポンティックについては、所定点数に320点を加算する。
M018 有床義歯			
【点数の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 550点 ロ 5歯から8歯まで 676点 ハ 9歯から11歯まで 900点 ニ 12歯から14歯まで 1,310点 2 総義歯（1顎につき） 2,060点	→	560点 690点 920点 1,340点 2,100点
M020 鑄造鉤（1個につき）			
【点数の見直し】	1 双歯鉤 224点	→	1 双子鉤 230点
【項目の見直し】	2 両翼鉤 208点		2 二腕鉤 212点
M021 線鉤（1個につき）			
【項目の見直し】	1 双歯鉤 200点	→	1 双子鉤 200点
	2 両翼鉤（レストつき） 140点		2 二腕鉤（レストつき） 140点

M022 フック、スパー（1個につき）

【点数の見直し】

96点 → 103点

【注の追加】

(追加) → [注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。]

M023 バー（1個につき）

【点数の見直し】

- 1 鋳造バー
- 2 屈曲バー

430点 → 438点
240点 → 248点

M024 白歯金属歯（1歯につき）

【削除】

M024 白歯金属歯（1歯につき） 12点 → (削除)

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設) → [M025-2 広範囲顎骨支持型補綴
1ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）]

M029 有床義歯修理（1床につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

M030 有床義歯内面適合法

220点

224点

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、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は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20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、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は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に22点を加算する。

18,000点
2 床義歯形態のもの（1顎につき） 13,000点
注1 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
2 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

【点数の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1 歯から4 歯まで 205点 ロ 5 歯から8 歯まで 250点 ハ 9 歯から11歯まで 340点 ニ 12歯から14歯まで 540点 2 総義歯（1顎につき） 750点	→	210点 260点 360点 560点 770点
M032 帯環金属冠修理（1歯につき）	帯環金属冠修理（1歯につき） 1 金合金冠 60点 2 その他の合金冠 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	→	ブリッジ修理（1歯につき） 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
M033 金合金鉤修理（1個につき）	M033 金合金鉤修理（1個につき） 50点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	→	（削除）
【削除】			
【新設】	（新設）	→	M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき） 1,200点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 【通則の見直し】	2 この部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、この部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。	2 第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。
N002 歯科矯正管理料 【注の見直し】	注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。	注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。
N026 附加装置（1箇所につき） 【項目の見直し】	1 パワーチェーン 20点 2 コイルスプリング 20点	1 パワーチェーン 20点 2 コイルスプリング 20点

3	ピグテイル	20点
4	アップライトスプリング	40点
5	エラスティクス	20点

3	ピグテイル	20点
4	アップライトスプリング	40点
5	エラスティクス	20点
6	超弾性コイルスプリング	60点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第14部 病理診断 【通則の見直し】 〇〇〇〇 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 【点数の見直し】 【注の追加】	1 病理診断の費用は、各区分により算定する。 1 組織診断料 500点 2 細胞診断料 240点 （追加）	1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。 400点 200点 注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 病理診断管理加算1 (1) 組織診断を行った場合 120点 (2) 細胞診断を行った場合 60点 ロ 病理診断管理加算2 (1) 組織診断を行った場合 320点 (2) 細胞診断を行った場合 160点



3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案												
第1部 調剤報酬 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【注の見直し】	<p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>17点</td> </tr> </table> <p>注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなるこ</p>	イ 後発医薬品調剤体制加算1	6点	ロ 後発医薬品調剤体制加算2	13点	ハ 後発医薬品調剤体制加算3	17点	<p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>5点</td> </tr> <tr> <td>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>19点</td> </tr> </table> <p>注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなるこ</p>	イ 後発医薬品調剤体制加算1	5点	ロ 後発医薬品調剤体制加算2	15点	ハ 後発医薬品調剤体制加算3	19点
イ 後発医薬品調剤体制加算1	6点													
ロ 後発医薬品調剤体制加算2	13点													
ハ 後発医薬品調剤体制加算3	17点													
イ 後発医薬品調剤体制加算1	5点													
ロ 後発医薬品調剤体制加算2	15点													
ハ 後発医薬品調剤体制加算3	19点													

01 調剤料

【注の見直し】

と等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。

と等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

- イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20^か点
 - (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90^か点
 - (3) 液剤 45^か点
- ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆

- イ 内服薬及び屯服薬
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20^か点
 - (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90^か点
 - (3) 液剤 45^か点

粒剤、エキス剤	120点
(2) 液剤	75点
ハ 外用薬	
(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ ップ剤、リニメント剤、坐剤	90点
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

ロ 外用薬	
(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ ップ剤、リニメント剤、坐剤	90点
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

【注の見直し】

注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合	
(1) 液剤の場合	75点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	90点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点
ロ イ以外の場合	
(1) 液剤の場合	35点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	45点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点

注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 液剤の場合	35点
ロ 散剤又は顆粒剤の場合	45点
ハ 軟・硬膏剤の場合	80点

【注の削除】

注8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。

(削除)

【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薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

第2節 薬学管理料

10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【点数の見直し】

30点

41点

【注の見直し】

注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
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

注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
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、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。
- ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

【注の追加】

(追加)

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

る。

1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）

15点

（削除）

【削除】

注1 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（処方の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。

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

1 4 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき）

10点

（削除）

【削除】

注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

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

、算定しない。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

【新設】

(新設)

1 5 の 5 服薬情報等提供料

15点

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

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

1 6 調剤情報提供料 (処方せんの受付1回につき)

15点

(削除)

【削除】

注1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤

1 7 服薬情報提供料

【削除】

管理指導料を算定している患者については、算定しない。

15点

(削除)

- 注 1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。
- 2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。
- 3 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

別紙 3

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>本文</p> <p>1 【項目の見直し】</p>	<p>1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養</p>	<p>1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表17の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養</p>

	に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。		に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。
	一 (略)		一 (略)
【項目の見直し】	二 治験（薬事法（昭和三十五年法律第四百五号）第二条第十六項に規定する治験をいう。）の対象患者	→	二 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条に規定する評価療養を受ける患者
	三 (略)		三 (略)
【項目の削除】	四 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条第一号に規定する先進医療である療養を受ける患者	→	(削除)
	五・六 (略)		四・五 (略)

項 目	現 行	改 正 案
別表		
1 【項目の見直し】	<p>1 1日当たりの療養に要する費用の額は、11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。</p>	<p>1 1日当たりの療養に要する費用の額は、17の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に18の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。</p>
2 【項目の見直し】	<p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4、A104の注5及びA105の注3に規定する費用</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A218からA233-2まで及びA235からA243までに掲げる費用</p> <p>(3)～(5) （略）</p> <p>(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及</p>	<p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで、A104の注5、A105の注3及びA105の注4に規定する費用</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで及びA236からA243までに掲げる費用</p> <p>(3)～(5) （略）</p> <p>(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及</p>

び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003(3のイに限る。)に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003(1に限る。)、J010-2、J017、J017-2、J027(1に限る。)、J038からJ042まで、J047、J049、J052-2、J054-2、J062、J122(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)並びにJ129-2(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038(1に限る。)に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。)別表Ⅱ区分040(1)に掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から

び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003(3のイ及びイの注に規定する費用に限る。)に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003、J010-2、J017、J017-2、J027(1に限る。)、J038からJ042まで、J045-2、J047、J049、J052-2、J054-2、J062、J122(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)並びにJ129-2(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038(1及び2に限る。)に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。)別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区

4

A 3 0 0 救命救急入院料

【注の見直し】

注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用
(9)～(11) (略)

注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

【注の見直し】

注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定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病院において、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1日につき所定点数に加算する。

注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定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病院において、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1日につき所定点数に加算する。

	(7日以内の期間)	1,500点		(7日以内の期間)	2,000点
	(8日以上14日以内の期間)	1,000点		(8日以上14日以内の期間)	1,500点
A301-4 小児特定集中治療室 管理料					
【項目の追加】		(新規)	→	小児特定集中治療室管理料	
				(7日以内の期間)	13,477点
				(8日以上14日以内の期間)	11,477点
5					
A300 救命救急入院料					
【注の見直し】	注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。		→	注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
A301 特定集中治療室管理料					
【注の見直し】	注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局		→	注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局	

長等に届け出た病院において、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1日につき所定点数に加算する。

(7日以内の期間) 1,500点
 (8日以上14日以内の期間) 1,000点

長等に届け出た病院において、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1日につき所定点数に加算する。

(7日以内の期間) 2,000点
 (8日以上14日以内の期間) 1,500点

A301-4 小児特定集中治療室
 管理料

【項目の追加】

(新規)

小児特定集中治療室管理料
 (7日以内の期間) 13,677点
 (8日以上14日以内の期間) 11,677点

6

A300 救命救急入院料

【注の見直し】

注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

【注の見直し】

注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定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病院において、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1日につき所定点数に加算する。

(7日以内の期間)	1,500点
(8日以上14日以内の期間)	1,000点

注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定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病院において、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1日につき所定点数に加算する。

(7日以内の期間)	2,000点
(8日以上14日以内の期間)	1,500点

A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料

【項目の追加】

(新規)

小児特定集中治療室管理料

(7日以内の期間)	13,739点
(8日以上14日以内の期間)	11,739点

7

【項目の追加】

(新規)

7 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の五の(5)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の五の(6)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療

8

【項目の追加】

(新規)



料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）

7対1入院基本料 125点

10対1入院基本料 105点

8 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であつて、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の(5)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の六の(6)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料

7対1入院基本料 125点

10対1入院基本料 105点

13対1入院基本料 88点

9

【項目の追加】

(新規)

9 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(9)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(10)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料

7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
13対1入院基本料	88点
15対1入院基本料	76点
特別入院基本料	46点

10

【項目の追加】

(新規)

10 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の五の(7)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の五の(8)に規定する日の診断群分類区分の点数は、

11

【項目の追加】

(新規)

医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点

11 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の(7)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の六の(8)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点
13対1入院基本料	88点

12

(新規)

12 1の規定にかかわらず、6に規定する病院で

【項目の追加】

あつて、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(11)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(12)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料

7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
13対1入院基本料	88点
15対1入院基本料	76点
特別入院基本料	46点

13

【項目の見直し】

7 11の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、1から6まで及び8から10までの規定にかかわらず、第2項の規定の例による。

13 17の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、1から12まで及び14から16までの規定にかかわらず、第2項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）であつて、化学療法等に係る区分の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに、化学療法等が実施されないも

<p>18</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>12 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める機能評価係数とを合算して得た係数とする。</p>	<p>のについては、第2の規定にかかわらず当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。</p> <p>18 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。</p>
---------------------------	---	---

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【平成24年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一～五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ 歯冠修復</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、<u>前歯部の金属歯冠修復</u>については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p>	<p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一～五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ 歯冠修復</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、<u>金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限つて使用するものとし、前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯</u>については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p>

(2) ブリッジ

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴

口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。

七～九 (略)

様式第二号（処方せん様式）を別添のとおり改正

(2) ブリッジ

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはポンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴

口蓋補綴及び顎補綴は、必要があると認められる場合に行う。

七～九 (略)

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(領収証等の交付)</p> <p>第五条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。</p> <p>※ ただし、400床以上の病院を除き、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。</p>	<p>(領収証等の交付)</p> <p>第五条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。<u>ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。</u></p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、<u>正当な理由がある場合を除き</u>、無償で行わなければならない。</p>

(別添) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号 (第二十三条関係)

公費負担者番号						保 険 者 番 号							
公費負担医療 の受給者番号						被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号							

患 者	氏 名				保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称											
	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	男・女	電 話 番 号											
	区 分	被 保 険 者	被 扶 養 者		都道府県 番号		点数表 番号	医療機関 コード								

交付年月日	平成 年 月 日	処 方 せ ん の 使 用 期 間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	----------------------	----------	--

処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕

備 考	保険医署名	〔 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。〕

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号							
--------	----------	---------	--	--	--	--	--	--	--

保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名						公費負担医療の 受給者番号							
-----------------------------	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保
 険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替える
 ものとする。

別紙 5

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(領収証の交付)</p> <p>第四条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。</p> <p>※ ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。</p>	<p>(領収証の交付)</p> <p>第四条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。<u>ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。</u></p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、<u>正当な理由がある場合を除き</u>、無償で行わなければならない。</p>

別紙 6

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成24年4月1日施行】

改正案	現行
<p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一～六 （略）</p> <p>七 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ 歯冠修復</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の<u>金属歯冠修復</u>については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） ブリッジ</p>	<p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一～六 （略）</p> <p>七 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ 歯冠修復</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、<u>金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限つて使用するものとし、前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。</u></p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） ブリッジ</p>

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はボンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴

口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。

八・九 (略)

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはボンティックに限って使用する。

(3) 口蓋補綴及び顎補綴

口蓋補綴及び顎補綴は、必要があると認められる場合に行う。

八・九 (略)

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成26年4月1日施行】

改正案	現行
<p>(領収証等の交付) 第五条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。</p>	<p>(領収証等の交付) 第五条の二 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。<u>ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。</u></p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、<u>正当な理由がある場合を除き</u>、無償で行わなければならない。</p>
<p>(領収証の交付) 第二十六条の五 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載</p>	<p>(領収証の交付) 第二十六条の五 (略)</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載</p>

した明細書を交付しなければなら
ない。

- 3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

※ ただし、400床以上の病院を除き、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。

した明細書を交付しなければなら
ない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。

- 3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

別紙 7

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（昭和十八年厚生労働省告示第四百九十五号）

【平成24年4月1日施行】

改正案	現行
<p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～七 （略）</p> <p>八 前歯部の<u>金属歯冠修復</u>に使用する金合金又は白金加金の支給</p> <p>九・十 （略）</p>	<p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～七 （略）</p> <p>八 前歯部の<u>鑄造歯冠修復</u>に使用する金合金又は白金加金の支給</p> <p>九・十 （略）</p>

別紙 8

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【平成24年4月1日施行】

改 正 案		現 行	
別表第一		別表第一	
前歯部の <u>金属歯冠</u> 修復に金合金又は白金加金を使用した療養	前歯部の <u>金属歯冠</u> 修復に歯科鑄造用金銀パラジウム合金を使用した療養	前歯部の <u>鑄造歯冠</u> 修復に金合金又は白金加金を使用した療養	前歯部の <u>鑄造歯冠</u> 修復に歯科鑄造用金銀パラジウム合金を使用した療養

正誤表

下記の通り、誤記がありましたので訂正いたします。

正誤箇所	誤	正
D P C - 別表 - 11/11 18 【項目の見直し】	18 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。	18 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める <u>基礎係数</u> 、暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

薬価算定の基準について（案）

第1章 定義

1 薬価

薬価とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）が薬剤の支給に要する単位（以下「薬価算定単位」という。）あたりの平均的な費用の額として銘柄毎に定める額をいう。

ただし、複数の薬剤について、次のいずれかに該当する場合には、別の銘柄として薬価算定は行わない。

- (1) 組成（有効成分又は有効成分の組合せ及びその配合割合をいう。以下同じ。）、剤形、規格及び薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた者（以下「製造販売業者」という。）の全てが同一である場合
- (2) 組成、剤形及び規格が同一であって、製造販売業者が異なる薬剤のうち、当該製造販売業者の関係が次のいずれかの要件を満たす場合
 - イ 薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第69条（同規則第111条において準用する場合を含む。）の規定における承認取得者と承認取得者の地位を承継する者の関係であったこと。
 - ロ 「医薬品等の製造（輸入）承認の取扱いについて」（昭和61年薬発第238号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。
 - ハ 「医薬品等の製造承認、輸入承認及び外国製造承認の取扱いについて」（昭和62年薬発第821号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。
- (3) 組成、剤形及び規格が同一の日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、生薬その他の薬剤であって、当該薬剤の保険医療機関等における使用状況、購入状況その他の状況からみて、製造販売業者の違いに応じ別に薬価を定める必要性が乏しいと認められる場合

2 一日薬価

一日薬価とは、薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づき承認された用法及び用量(以下単に「用法及び用量」という。)に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

3 一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日平均の数量をいう。

4 投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

5 剤形区分

剤形区分とは、別表1に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

6 薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

7 薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

8 新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

9 新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

イ 薬事法第14条の4第1項(同法第19条の4において準用する場合を含む。)の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとさ

れた新規収載品

- ロ 組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のもののみならず。）の既収載品（イに規定する新規収載品として薬価収載されたもの（薬価収載された後、薬価基準から削除されたものを含む。）に限る。）がある新規収載品

10 新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品（バイオ後続品を含む。）をいう。

11 汎用新規収載品

汎用新規収載品とは、次の新規収載品のうち、有効成分量を基に計算した年間販売量（以下単に「年間販売量」という。）が、規格別にみて最も多くなると見込まれる規格のものをいう。

- イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一であって、規格が異なる類似薬（15に定義する類似薬をいう。）がない新規収載品
- ロ 組成、剤形区分及び製造販売業者がイの新規収載品と同一であって、規格が異なる新規収載品（効能及び効果が類似するものに限る。）

12 非汎用新規収載品

非汎用新規収載品とは、汎用新規収載品以外の新規収載品をいう。

13 既収載品

既収載品とは、既に薬価収載されている銘柄をいう。

14 汎用規格

汎用規格とは、組成及び剤形が同一の類似薬（15に定義する類似薬をいう。）の年間販売量を、規格別にみて、最もその合計量が多い規格をいう。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

15 類似薬

類似薬とは、次の既収載品をいう。

- イ 既収載品のうち、次に掲げる事項からみて類似性があると認められる

もの。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

(イ) 効能及び効果

(ロ) 薬理作用

(ハ) 組成及び化学構造式

(ニ) 投与形態、剤形区分、剤形及び用法

ロ 新薬の薬価算定においては、イに規定する既収載品について、新薬として薬価収載されたものに限るものとする。ただし、既収載品に類似性があると認められる新薬がない場合であって、必要と認められるときは、イに規定する既収載品のうち新規後発品として薬価収載されたもの以外の既収載品を含むものとする。

16 最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項（新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められるときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

17 薬理作用類似薬

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ 同一の効能及び効果を有するものであって、当該効能及び効果に係る薬理作用が類似していること。

ロ 投与形態が同一であること。

18 比較薬

比較薬とは、新規収載品の薬価算定上の基準となる既収載品をいう。

19 剤形間比

剤形間比とは、剤形が新規収載品と同一の汎用規格の既収載品及び剤形が比較薬と同一の汎用規格の既収載品（剤形が新規収載品と同一の当該既収載品と組成及び製造販売業者が同一であるものに限る。）との、有効成分の含有量あたりの薬価の比をいう。

20 類似薬効比較方式(I)

類似薬効比較方式(I)とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新規収載品の薬価とする算定方式をいう。

イ 当該新規収載品と比較薬の剤形区分が同一である場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ 当該新規収載品と比較薬の剤形区分が異なる場合

当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額に、類似薬の剤形間比（剤形間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の剤形間比とし、類似薬に剤形間比がない場合には1（必要があると認められる場合は、剤形区分間比（19中「剤形」とあるのを「剤形区分」と読み替えたものをいう。）とする。）を乗じた額

21 類似薬効比較方式(II)

類似薬効比較方式(II)とは、当該新規性に乏しい新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（汎用規格のものに限る。この号において同じ。）を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。

なお、次の各号に規定する期間については、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して計算する。

(1) 過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬がある場合

イ 当該新薬の一日薬価と次のいずれか低い額とが同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

(イ) 過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

(ロ) 過去6年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

ロ イにより算定される額が、類似薬効比較方式(I)により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬

効比較方式（I）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去15年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

(2) 過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬がない場合

イ 当該新薬の一日薬価と、直近に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価とが、同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ イにより算定される額が、類似薬効比較方式（I）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（I）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去20年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額

（ロ）過去15年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

22 原価計算方式

原価計算方式とは、薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価に、販売費及び一般管理費、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を薬価とする算定方式（当該算定について、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（平成24年 月 日医政発第 号、保発第 号）1（1）②に基づく資料の提出があった場合であって、必要があると認められるときは、当該資料を勘案し計算された額を薬価とするもの）をいう。

この場合において、営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性や有効性、安全性の程度に応じて、平均的な営業利益率の±50%の範囲内の値を用いることとする。

なお、平均的な営業利益率等の係数については、前年度末時点で得られる直近3か年の平均値を用いることとする。

23 補正加算

補正加算とは、類似薬効比較方式（Ⅰ）で算定される新規収載品に対して行われる画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）及び小児加算をいう。

24 画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表 2 に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

25 有用性加算（Ⅰ）

有用性加算（Ⅰ）とは、画期性加算の 3 つの要件のうち 2 つの要件を満たす新規収載品（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表 2 に定める算式により算定される額の加算をいう。

26 有用性加算（Ⅱ）

有用性加算（Ⅱ）とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品（画期性加算又は有用性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表 2 に定める算式により算定される額の加算をいう。

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ 製剤における工夫により、類似薬に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

27 市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表 2

に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された新規収載品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能及び効果が当該新規収載品の主たる効能及び効果であること。

ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと。

28 市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）又は小児加算の対象となるものを除く。）に対する別表2に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果が、日本標準商品分類に定められている薬効分類のうち、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。

ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと。

29 小児加算

小児加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）の対象となるもの及び国内で小児効能に係る臨床試験を実施しておらず、かつ、小児用製剤など、小児に対して臨床使用上適切な製剤が供給されないものを除く。）に対する別表2に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれていること。

ロ 当該新規収載品の比較薬が小児加算の適用を受けていないこと

30-1 外国平均価格

組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に記載されている価格をいう。）を相加平均した額をいう。ただし、外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が2ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の5倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額を、また、外国の薬剤の国別の価格が3ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以

外の価格を相加平均した額（以下「最高価格除外平均価格」という。）の2倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の2倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

30-2 外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格が計算できる場合（30-1のただし書きにより、外国平均価格調整に当たって外国平均価格とみなすこととした場合は、当該外国平均価格）において、類似薬効比較方式（Ⅰ）、類似薬効比較方式（Ⅱ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の2分の3に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）又は類似薬効比較方式（Ⅰ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の4分の3に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含み、次のいずれかに該当する場合を除く。）に、別表3に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品の薬価とする調整方式をいう。

- イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合
- (イ) 類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が当該汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合
 - (ロ) 類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を下回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を上回る場合
 - (ハ) 類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による一の非汎用新規収載品（以下「特定非汎用新規収載品」という。）の算定値（補正加算を含む。）が特定非汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による特定非汎用新規収載品以外の非汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。）が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合
- (ニ) 類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品

の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格の4分の3に相当する額を下回り、かつ、類似薬効比較方式（I）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格の4分の3に相当する額以上である場合

ロ 外国平均価格が1ヶ国のみのもので価格に基づき算出されることとなる場合

31 規格間調整

規格間調整とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する薬価及び有効成分の含有量の関係と、非汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の間が、別表4に定める当該非汎用新規収載品の類似薬の規格間比と同じとなるように非汎用新規収載品の薬価を算定する調整方式をいう。

イ 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がない場合

汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の間

ロ 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合

最類似薬の薬価及び有効成分の含有量の間

32 市場実勢価格加重平均値調整幅方式

市場実勢価格加重平均値調整幅方式とは、薬剤の市場実勢価格、消費税率及び薬剤流通の安定性を考慮した別表5に定める算式により行う原則的な薬価の改定方式をいう。

33 再算定

再算定とは、薬価算定の前提となった条件が大きく異なると認められる際に、市場実勢価格加重平均値調整幅方式に代えて、薬価改定の際に、適用される市場拡大再算定、効能変化再算定、用法用量変化再算定及び不採算品再算定をいう。

第2章 新規収載品の薬価算定

第1部 新薬の薬価算定

第1節 類似薬がある新薬の場合

1 新薬が補正加算の対象となる場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬(以下「新薬算定最類似薬」という。)を比較薬として、類似薬効比較方式(I)によって算定される額(共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額)に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ただし、新薬算定最類似薬が、当該新薬と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の場合を除く。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

2 新薬が補正加算の対象にならない場合

(1) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬(当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。)がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）が次の要件を全て満たす場合には、類似薬効比較方式(Ⅱ)によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

- (イ) 当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が3以上であること。
- (ロ) 当該新薬の薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日が、当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）のうち、最も早く薬価収載されたものの当該薬価収載の日から起算して3年を経過した日以後であること。

ハ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ニ 規格間調整

イ又はロ及びハに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新薬の有効成分の含有量
- (ロ) イ又はロ及びハにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

(2) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

- ① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

- (イ) 組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式(I)によって算定される額

- (ロ) 組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新薬の有効成分の含有量
- (ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

② 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新薬の有効成分の含有量
- (ロ) 当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ロ 薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第2節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

第2節 類似薬がない新薬の場合

イ 薬価算定の原則

原価計算方式によって算定される額を新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

第2部 新規後発品の薬価算定

1 新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(I)によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(I)によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に100分の70を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が10を超える場合は、100分の60を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ バイオ後続品に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、イの規定により算定される額に、当該バイオ後続品の製造販売業者が薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100分の10を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量
- (ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ホ 薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額に 100分の70 (イのただし書きに該当する場合は、100分の60) を乗じて得た額(当該新規後発品がバイオ後続品に係る特例又は有用性加算(Ⅱ)の適用を受ける場合には、適用後の額)を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

2 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、新規後発品の最類似薬がある場合

- (1) 組成、剤形区分及び製造販売業者が新規後発品と同一の最類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

当該新規後発品の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量

- (ロ) 当該最類似薬の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ロ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新規後発品の有効成分の含有量
- (ロ) 当該最類似薬に有用性加算(Ⅱ)を行ったとした場合に算定される額及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

(2) 組成、剤形区分及び製造販売業者が新規後発品と同一の最類似薬がない場合

- ① 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ 薬価算定の原則

組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該類似薬が複数となる場合には、薬価が最も低い額のものゝを比較薬とする。

ロ 薬価算定の特例

(イ) 内用薬

次の(い)から(は)に掲げるものについて合計した銘柄数が初めて10を超える場合には、次の(ろ)に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、1のイのただし書きに該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とし、薬価改定を受けた後は、イの規定により算定される額に100分の90を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

(い) 当該新規後発品

(ろ) 組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品

(は) 当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤(効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。)

(ロ) 注射薬及び外用薬

次の (い) から (は) に掲げるものについて合計した銘柄数が 初めて20を超える場合には、イの規定により算定される額に100分の90を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

(い) 当該新規後発品

(ろ) 組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬

(は) 当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

- ② 新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

当該新規後発品の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該最類似薬が複数となる場合には一日薬価が最も低い額のもの进行比较薬とする。

ロ 有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

第3部 新規収載品の薬価算定の特例

1 効能追加と同等とみなせる新薬の薬価算定

イ 算定の特例

- 第1部の規定に関わらず、新薬が次の要件の全てを満たす場合には、別表6に定めるところにより算定される額を当該新薬の薬価とする。
- (イ) 当該新薬の主たる効能及び効果に係る類似薬中に、組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の既収載品がないこと。
 - (ロ) 当該新薬の主たる効能及び効果に係る類似薬以外に、組成、剤形区分及び製造販売業者が当該新薬と同一の既収載品があること。
 - (ハ) 当該新薬の新薬算定最類似薬があること。

ロ 規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新薬の有効成分の含有量
- (ロ) イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

2 キット製品である新規収載品の薬価算定

イ キット製品に係る特例

第1部及び前部の規定に関わらず、キット製品（注射剤に溶解液等を組み合わせたキット製品等の取扱いについて（昭和61年薬審2第98号）に規定するキット製品をいう。以下同じ。）である新規収載品の薬価は、当該キット製品に含まれる薬剤について第1部又は前部の規定により算定される額に、薬剤以外の部分のうちキット製品としての特徴をもたらしている部分の製造販売に要する原材料費を加えた額とする。

ロ 有用性の高いキット製品の薬価算定の特例

当該キット製品が次のいずれかの要件を満たす場合（既収載品のキット製品と比較して、キットの構造、機能に新規性が認められる場合に限る。）には、イにより算定される額に、別表2に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を当該キット製品の薬価とする。

- (イ) 既収載品（キット製品である既収載品を除く。以下この号において同じ。）を患者に投与する場合に比して、感染の危険を軽減すること
- (ロ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、調剤時の過誤の危険を軽減すること
- (ハ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、救急時の迅速な対応が可能となること
- (ニ) 既収載品を患者に投与する場合に比して、治療の質を高めること

3 類似処方医療用配合剤の薬価算定

イ 類似処方医療用配合剤の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものに限る。）である新規収載品の薬価は、新薬又は類似処方医療用配合剤として薬価収載された最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（処方の類似性が同様である最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（I）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該類似処方医療用配合剤の薬価とする。

ロ 規格間調整

イに関わらず、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該類似処方医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

ハ 最類似薬がイに規定する類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものを除く。）に該当する医療用配合剤については、第1部及び前部の規定に関わらず、類似薬効比較方式（I）により算定される額に100分の70を乗じて得た額を当該医療用配合剤の薬価とする。

4 規格間調整のみによる新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部第1節2(2)②の規定の適用を受けたもののうち、当該新薬が次の(イ)の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表2に定める市場性加算(Ⅱ)の算式を準用して算定される額を加えた額を、当該新薬が次の(ロ)の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表2に定める小児加算の算式を準用して算定される額を加えた額を当該新薬の薬価とする。

(イ) 類似薬に比して、投与回数の減少等高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

(ロ) 第1章29の小児加算の要件。

5 不採算品再算定の要件に該当する既収載品について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品の薬価算定

イ 算定の特例

第3章第3節4の不採算品再算定の要件に該当する既収載品(製造販売業者が同一のものに限る。)について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品であって、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式(Ⅰ)又は類似薬効比較方式(Ⅱ)により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

6 新医療用配合剤の薬価算定

(1) 特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するもの。ただし、抗H I V薬並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかかな注射用配合剤及び外用配合剤を除く。

イ 当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品(以下「単剤」という。)があること。

ロ 効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤の効能及び効果の組合せと同様であると認められること。

ハ 当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全て

の単剤の投与形態が同一であること。

(2) 新医療用配合剤の特例

- ① 新医療用配合剤に係る全ての単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものをを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

- (イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

- ② 新医療用配合剤に係る単剤の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

- (イ) 新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）
- (ロ) 次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）
- (い) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がある有効成分について、当該単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額に100分の80を乗じた額
- (ろ) 製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハマまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、

その合計により算定する。

- (イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

- ③ 新医療用配合剤に係る単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（I）によって算定される額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

- (イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
- (ロ) イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品におけ

る当該有効成分の含有量
(ハ) 類似薬の規格間比

- ④ 有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ 算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

- (イ) 当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
(ロ) 当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量
(ハ) 類似薬の規格間比

- 7 組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬（主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を超える場合には、当該類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

- (イ) 当該新薬の有効成分の含有量
- (ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
- (ハ) 類似薬の規格間比

8 既収載品（ラセミ体）を光学分割した新薬の薬価算定

イ 算定の特例

第1部の規定に関わらず、光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能・効果等に大きな違いがないものについては、次のいずれかに該当する場合を除き、当該ラセミ体の既収載品を比較薬とした類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新薬の薬価とする。ただし、類似薬効比較方式（Ⅱ）の要件にも該当し、当該算定額がより低い場合は、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

- (イ) 当該ラセミ体の既収載品が薬価収載から長期間経過（15年超）している場合
- (ロ) 光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている場合
- (ハ) 当該ラセミ体の既収載品の製造販売業者と異なる製造販売業者が開発している場合

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎

用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

(イ) 当該新薬の有効成分の含有量

(ロ) イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

(ハ) 類似薬の規格間比

9 最低薬価を下回る新規収載品の薬価算定の特例

第2章第1部又は第2部の規定によって算定される額が、別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、同部の規定に関わらず、原則として、最低薬価を当該新規収載品の薬価とする。

第3章 既収載品の薬価の改定

第1節 既収載品の薬価の改定の原則

薬価改定においては、当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第2節 既収載品の薬価の改定の特例

第1節の規定に関わらず、次の1から4までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、薬価改定の際に、該当する各号に掲げる額に薬価を改定する。ただし、1から4までのうち2以上に該当する場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に掲げる額に薬価を改定する。

(1) 1に定める要件及び2から4までに定める要件のうち1以上に該当する場合

第1節の規定により算定される額から、次のイに掲げる額を控除し、次のロに掲げる額を加えた額に改定する。

イ 第1節の規定により算定される額に、1(2)の各号に掲げる区分に従

い当該各号に規定する割合を乗じて得た額

ロ 第1節の規定により算定される額に、2(2)、3(2)又は4(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額

(2) 2から4までに定める要件のうち2以上に該当する場合（(1)の場合を除く。）

第1節の規定により算定される額に、当該額に2(2)、3(2)又は4(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

1 初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、薬事法の規定に基づき昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。）であって、当該既収載品に係る最初の後発品（新規後発品として薬価収載されたものであって、当該既収載品と組成、投与形態及び薬効小分類が同一のもので最も早く薬価収載されたものをいう。以下同じ。）の新規収載後の最初の薬価改定に該当するもののうち、次のいずれにも該当しないもの。

イ 日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ 生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ 漢方製剤及び生薬

ニ 薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された既収載品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ 第3節4の不採算品の要件を満たしている医薬品

ヘ 後発品の薬価を下回る医薬品又は第4節2の最低薬価を下回る医薬品（本節に規定する特例を適用した場合の算定値が下回る医薬品を含む。）

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額から、当該額に次の各号に掲げる区分に従い当該各号に規定する割合を乗じて得た額を控除した額に改定する。

ただし、日本薬局方収載医薬品のうち銘柄毎に薬価収載されているものについては、当該割合に2分の1を乗じた割合を適用する。

イ 昭和42年10月1日以降昭和55年9月30日までに承認された既収載品
100分の4

ロ 昭和55年10月1日以降に承認された既収載品であって、平成9年度
薬価改定において一定価格幅が100分の8とされたもの又は平成10年度
薬価改定において一定価格幅が100分の2とされたもの 100分の5

ハ 昭和55年10月1日以降に承認された既収載品であって、ロに該当す
るもの以外のもの 100分の6

2 小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月1日以降に、薬事法第14条第9項（同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき小児に係る効能及び効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

3 希少疾病に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月1日以降に、薬事法第14条第9項の規定に基づき希少疾病に係る効能及び効果又は用法及び用量

が追加されたもの（薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定されたもの又はそれに相当すると認められるものに限る。）。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

4 市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月1日以降に、市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたもの。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第1節の規定により算定される額に、当該額に別表2に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

5 既収載の内用配合剤の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、第2章第3部6(1)の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に

相当すると認められる既収載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤（当該既収載内用配合剤の比較薬に限る。）が第2節1に該当するもの。

(2) 薬価の改定方式

第1節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

イ 当該内用配合剤の収載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤について第1節又は第2節1から4の規定により算定した額を反映し、算定した額

ロ 第1節の規定により算定される額（ただし、第2節1から4に該当する場合は、同節（5を除く。）の規定により算定される額

第3節 再算定

第1節又は第2節の規定に関わらず、次の1から4までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、薬価改定の際に、該当する各号に掲げる額に薬価を改定する。ただし、1から4までのうち2以上に該当する場合には、該当する各号に掲げる額のうち最も低い額を当該既収載品の薬価とする。

なお、4に定める要件に該当する既収載品のうち、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行ったものであって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。

1 市場拡大再算定

(1) 市場拡大再算定対象品

次の要件の全てに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定対象品」という。）については、別表7に定める算式により算定される額と第1節又は第2節の規定により算定される額のいずれか低い額

イ 次のいずれかに該当する既収載品

(イ) 薬価収載された際、原価計算方式により薬価算定された既収載品

(ロ) 薬価収載された際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたものであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適

用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ 薬価収載の日（薬事法第14条第9項の規定に基づき効能又は効果の変更（以下「効能変更」という。）が承認された既収載品については、当該効能変更の承認を受けた日）から10年を経過した後の最初の薬価改定を経ていない既収載品

ハ 既収載品並びに組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬（以下「同一組成既収載品群」という。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額（以下この号において単に「年間販売額」という。）の合計額が、次に掲げる当該既収載品の薬価収載の日と当該薬価改定との関係の区分に従い、

- ・ イの（イ）に該当する既収載品にあつては、当該各号に規定する基準年間販売額の2倍以上となる既収載品（当該合計額が150億円以下のものを除く。）又は10倍以上となる既収載品（当該合計額が100億円以下のものを除く。）
- ・ イの（ロ）に該当する既収載品にあつては、当該各号に規定する基準年間販売額の2倍以上となる既収載品（当該合計額が150億円以下のものを除く。）

（イ）薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定以前の場合
基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額（当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大再算定（市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額）

（ロ）効能変更があつた場合であつて、薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定後の場合

基準年間販売額は、効能変更の承認を受けた日の直前の薬価改定の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額（当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更の承認後に限る。）に市場拡大再算定（市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額）

（2）市場拡大再算定類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定類似品」と

いう。)については、別表7に定める算式により算定される額と第1節又は第2節の規定により算定される額のいずれか低い額

イ 当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ 市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

2 効能変化再算定

(1) 主たる効能変化品

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表8に定めるところにより算定される額

イ 効能変更がなされた既収載品であって、当該効能変更が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品

ロ 当該変更後の主たる効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）がある既収載品

(2) 市場性加算対象効能変化品

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（主たる効能変化品を除く。）については、別表8に定める算式により算定される額

イ 薬事法第14条第9項の規定に基づき追加された効能及び効果について、新薬として承認されれば、薬価算定上、市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の対象になると認められる既収載品

ロ 当該追加された効能及び効果について、薬事法第14条の4第1項第1号イ又は同号ロによる再審査が附された既収載品

ハ 当該追加された効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一であることを除く。）がある既収載品

ニ 当該類似薬中の最類似薬の一日薬価より一日薬価が小さい既収載品

(3) 主たる効能変化品、市場性加算対象効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表 8 に定める算式より算定される額

イ 主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用規格以外の既収載品（主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と同様の効能変更があったものに限る。）

ロ (1)又は(2)の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更があった既収載品

3 用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

直近の薬価改定後に、薬事法第14条第9項の規定に基づき、主たる効能及び効果に係る用法又は用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表 9 に定める算式により算定される額

(2) 用法用量変化再算定の特例

直近の薬価改定後に、薬価収載時又は効能及び効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表 9 に定める算式により算定される額。ただし、(1)に該当する既収載品については、(1)により算定される額とする。

4 不採算品再算定

次のいずれかに該当する既収載品については、原価計算方式によって算定される額（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額の

うち、最も低い額)

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限とする。

(1) 次の要件の全てを満たす既収載品

- イ 中央社会保険医療協議会において、保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品
- ロ 薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難である既収載品（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）

(2) 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

第4節 低薬価品等の特例

1 組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の特例

薬価改定の際、組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬について、それぞれ第1節、第2節又は第3節の規定により算定される額のうち最も高い額に100分の20を乗じた額を下回る算定額となる既収載品（以下「低薬価品」という。）については、第1節、第2節又は第3節の規定に関わらず、別表10に定める算式により算定される額を当該低薬価品の薬価とする。また、薬価改定の際、組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬について、それぞれ第1節、第2節又は第3節の規定により算定される額のうち最も高い額に100分の20を乗じた額以上かつ100分の30を乗じた額を下回る算定額となる既収載の後発品（以下「準低薬価品」という。）については、第1節、第2節又は第3節の規定に関わらず、別表10に定める算式により算定される額を当該準低薬価品の薬価とし、100分の30を乗じた額以上の算定額となる既収載後発品については、第1節、第2節又は第3節の規定に関わらず、最も高い額に100分の3を乗じた額の範囲内の後発品ごとに、別表10に定める算式の「低薬価品群又は準低薬価品群の税抜市場実勢価格の加重平均値」を「範囲内の後発医薬品の税抜市場実勢価格の加重平均値」と読み替えて算定される額を当該後発品の薬価とする。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

2 最低薬価

薬価改定の際、既収載品について第1節、第3節又は前号の規定により算定される額が、別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、第1節、第3節又は前号の規定に関わらず、最低薬価を当該既収載品の薬価とする。

第4章 実施時期等

1 実施時期

- (1) 新規収載品に係る薬価算定基準は、平成12年4月に薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定に基づく承認を受けた薬剤に係る通常の薬価収載時から適用する。
- (2) 効能変化再算定、用法用量変化再算定は、平成12年4月以降に薬事法の承認を受けたものその他の当該各号に定める要件を満たしたものについて適用し、当該要件を満たした時期に応じ、平成12年度薬価改定以降の最初の薬価改定又は当該薬価改定後の薬価改定の際に実施する。

2 改正手続き

薬価算定基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

3 経過措置

- (1) 薬価算定基準の実施にあたっては、平成12年3月31日において薬価収載されているものについては、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新薬の定義に該当すると認められる場合には、新薬として薬価収載された既収載品とみなし、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新規後発品の定義に該当すると認められる場合には、新規後発品として薬価収載された既収載品とみなす。
- (2) 平成22年度薬価改定において最低薬価とみなして第3章第4節2の規定を適用することとされた既収載品及び平成24年3月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品の薬価については、当該薬価（再算定によ

り薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第3章第4節2の規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

(3) 平成24年度薬価改定においては、第3章第1節の規定に関わらず、次の要件の全てを満たす既収載品（第2章第3部6の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、薬価収載の日から15年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するもの並びに第3章第3節に定める再算定のいずれかの要件に該当するものを除く。）の薬価については、第3章第1節の規定により算定される額に、新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）として、別表12に定める算式により算定される額を加えた額に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

イ 新薬として薬価収載された既収載品であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていないもの（薬価収載の日から15年を経過した後の最初の薬価改定を経ていないものに限る。）

ロ 当該既収載品の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないもの

(4) (3)の規定に関わらず、(3)の要件に該当する既収載品であって、第3章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当するものについては、(3)の規定により算定される額と同章第2節の規定により算定される額のいずれか高い額を当該既収載品の薬価とする。

(5) (3)の規定により算定される額については、第3章第4節の規定を適用する。

(6) 平成24年度薬価改定後の薬価改定（以下「24年度以降の薬価改定」という。）における新薬創出等加算の実施の可否については、その財政影響や適応外薬等（欧米では使用が認められているが国内では承認されていない医薬品及び適応のことをいう。以下同じ。）の開発及び上市の状況、後発医薬品の使用状況等を検証した上で、判断する。なお、適応外薬等の開発及び上市の状況（ドラッグラグ解消）については、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内開発状況の評価等も含め検証する。

(7) 平成22年度薬価改定において新薬創出等加算の対象となった既収載品

(以下「新薬創出等加算適用品」という。)が、24年度の薬価改定の際に、(3)イの要件を満たさない場合には、第3章第1節の規定により算定される額から、当該額に平成22年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額(平成22年度薬価改定において同章第1節の規定により算定された額から(3)の規定により算定された額(ただし、平成22年度薬価改定前の薬価を上限とする。以下同じ。)までの加算額(平成22年度薬価改定において同章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当した新薬創出等加算適用品であって、同章第2節の規定により算定された額が(3)の規定により算定された額よりも低かったもの)にあつては、当該加算額から、同章第2節2(2)、3(2)又は4(2)の規定(当該新薬創出等加算適用品が該当した要件に係るものに限る。)により加算された額のうち最も大きな額を控除した額)をいう。以下同じ。)を控除した額に対して、同章第2節から第4節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の薬価とする。この場合において、別表7に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表7中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成22年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

(8)新薬創出等加算適用品の製造販売業者に対しては、24年度以降の薬価改定までの間、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」(以下「未承認薬等検討会議」という。)における検討結果を踏まえ厚生労働省が開発を要請する適応外薬等の開発や上市の状況を確認し、次の要件のいずれかに該当すると認められる場合には、24年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用しない。

イ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法第14条第1項若しくは第19条の2第1項の規定に基づく承認の申請又は第14条第9項の規定に基づく承認事項の一部変更承認の申請(以下、これらをまとめて「薬事法に基づく承認申請」という。)に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であり、臨床試験その他の試験を新たに実施する必要がないと認められるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから六月以内に薬事法に基づく承認申請を行わなかった場合

ロ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法に基づく承認申請に当たって、薬事法第2条第16項に規定する治験が必要となるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから一年以内に治験等に着手しなかった場合

なお、イ及びロにおける特段の合理的な理由として認められる場合と

しては、当該製造販売業者が同時期に多数の適応外薬等の開発の要請を受けている場合を基本とするが、なおその場合であっても、相当程度の適応外薬等について、イ又はロの区分に従い、当該各号に規定する期限内に薬事法に基づく承認申請を行っているもの又は治験等に着手しているものとする。

(9) (8) イ又はロの要件に該当すると認められる製造販売業者の既収載品の薬価については、24年度以降の薬価改定において、次の手順により改定する。

- ① 当該製造販売業者の新薬創出等加算適用品について、第3章第1節の規定により算定される額から、新薬創出等加算の適用により加算された額を控除した額に対して、同章第2節から第4節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の算定値として求める。この場合において、別表7に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表7中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。
- ② 当該製造販売業者の全ての新薬創出等加算適用品について、新薬創出等加算の適用により得られた年間販売額（薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額（薬価改定前の薬価と同一の薬価に改定されたものについては、当該薬価までの加算の額）に年間販売量を乗じて求めた額をいう。）の合計額を求める。
- ③ 当該製造販売業者の全ての既収載品（第3章第4節2の最低薬価が適用されるものを除く。）の薬価について、同章の規定により算定される額（新薬創出等加算適用品については①の算定値）から、当該額に一定の割合を乗じて得た額を控除したとき（ただし、個々の既収載品について同章同節2の最低薬価を下回らないものとする。）に減少することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を控除した額（当該額が同章同節2の最低薬価を下回る場合には当該最低薬価）に改定する。

なお、24年度以降の薬価改定後の薬価改定においては、全ての既収載品の薬価について、第3章の規定により算定される額に、当該額に一定の割合を乗じて得た額を加えたときに増加することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を加えた額に改定する。

(10) 未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省からの適応外薬等の開発の要請を受けていない新薬創出等加算適用品の製造販売業者（当該製造販売業者の全ての新薬創出等加算適用品について、新薬

創出等加算の適用により加算された額に年間販売量を乗じて求めた額の合計額が一定額未満である場合を除く。)については、業界全体の取り組みを検証するとともに、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省による適応外薬等の開発公募に対する開発などの具体的な貢献を確認し、不適切と判断された製造販売業者については、24年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用せず、当該製造販売業者の新薬創出等加算適用品について、第3章第1節の規定により算定される額から、当該額に平成24年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額を控除した額に対して同章第2節から第4節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の算定値として求める。この場合において、別表7に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表7中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成24年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

(11) 24年度以降の薬価改定までの間、新薬創出等加算適用品に係る新規後発品の薬価については、当該新薬創出等加算適用品の薬価から、平成22年度及び平成24年度薬価改定時の新薬創出等加算により加算された額の合計を差し引いた額を最類似薬の薬価とみなして、第2章第2部1の規定を適用することにより算定する。

(12) 平成24年度薬価改定においては、薬事法の規定に基づき昭和42年10月1日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除き、新薬として収載されたものの薬事法第14条の4第1項に規定する再審査期間中に当該新薬の製造販売業者と異なる製造販売業者が当該新薬と成分、分量、用法及び用量、効能及び効果が同一性を有するものとして薬事法に基づく承認申請を行い、承認を受けたもの、薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会の報告品目及び審議品目であって新薬以外のもののうち、薬価収載時に第2章第2部の規定以外の規定により薬価算定されたもの並びにこれらの既収載品に相当すると認められるものを含む。）であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されているものの薬価については、第3章の規定により算定される額から、同章第1節の規定により算定される額に100分の0.86を乗じて得た額を控除した額に改定する。ただし、第3章第3節又は第4節に該当するものについては、同章第3節又は第4節中の「第1節の規定により算定される額」を「同章第1節の規定により算定される額に100分の0.86を乗じて得た額を控除した額」と読み替えて算定した額に改定する。

また、後発品の薬価については、第3章の規定により算定される額から、当該額に100分の0.33を乗じて得た額を控除した額に改定する。た

だし、第3章第3節又は第4節に該当するものについては、同章第3節又は第4節中の「第1節の規定により算定される額」を「同章第1節の規定により算定される額に100分の0.33を乗じて得た額を控除した額」と読み替えて算定した額に改定する。

別表 1

剤 形 区 分

内用薬

- 内－1 錠剤、カプセル剤、丸剤
- 内－2 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
- 内－3 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（成人用）
- 内－4 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（小児用）
- 内－5 チュアブル、バツカル、舌下錠

注射薬

- 注－1 注射剤（キット製品でないもの）
- 注－2 注射剤（キット製品）

外用薬

- 外－1 軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、散布剤、ゼリー、パウダー剤
- 外－2 噴霧剤、吸入剤、カプセル剤
- 外－3 眼科用剤（点眼剤、眼軟膏）
- 外－4 耳鼻科用剤（点鼻液、耳科用液、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤）
- 外－5 パップ剤、貼付剤、硬膏剤
- 外－6 坐剤、膣剤
- 外－7 注腸剤
- 外－8 口嗽剤、トローチ剤（口腔内に適用するものを含む。）
- 外－9 外－1 から外－8 までのそれぞれの区分のキット製品

（注）ただし、上記で同一の剤形区分とされる薬剤であっても、組成及び規格が同一であって、製剤の工夫により効能、効果、用法又は用量が明らかに異なる場合は、別の剤形区分とみなす。

別表 2

補正加算の計算方法

1. 基本的考え方

- (1) 一つの補正加算に該当する場合
加算額 = 算定値 × α (補正加算率)
- (2) 二つの補正加算に該当する場合
加算額 = 算定値 × ($\alpha_1 + \alpha_2$)

2. 各補正加算率の計算方法

- (1) 補正加算における補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100}$$

(注) A : 当該新規収載品目に対して適用される率 (%)

ただし、A の範囲は次のとおり。

- ・ 画期性加算 $70 \leq A \leq 120$
- ・ 有用性加算 (I) $35 \leq A \leq 60$
- ・ 有用性加算 (II) $5 \leq A \leq 30$
- ・ 市場性加算 (I) $10 \leq A \leq 20$
- ・ 市場性加算 (II) $A = 5$
- ・ 小児加算 $5 \leq A \leq 20$

- (2) 別表 7 において有用性加算 (II) の計算方法を準用する場合における補正加算率 (α) の算式

イ) 内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

ロ) 注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

(注) A : 当該市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品に対して適用される率 (%)

X : 億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$ とする。

(3) 第3章第2節2から4までに定める既収載品の薬価の改定の特例において、有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用する場合における補正加算率(α)の算式

イ) 内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

ロ) 注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)}$$

(ただし、 $2.5/100 \leq \alpha \leq 15/100$)

(注) A：当該既収載品に対して適用される率(%)

X：億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群(当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。)の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、 $0.5A/100 \leq \alpha \leq 1.5A/100$ とする。

別表 3

外国平均価格調整の計算方法

- 1 当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の2分の3に相当する額を超える場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を上回る場合を除く。）

次の算式により算定される額

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + 1 \right) \times \text{外国平均価格}$$

- 2 当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の4分の3に相当する額未満の場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を下回る場合を除く。）

次の算式により算定される額（ただし、算定値の2倍に相当する額を超える場合には、当該額とする。）

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{1}{2} \right) \times \text{外国平均価格}$$

- 3 組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が、同時に薬価収載される場合

当該新規収載品のうち、上記1又は2の場合に該当するものについて、下記の算式により算定された変化率を、全ての新規収載品の数で相加平均した数値を用いて、薬価を求める算式により算定される額

<変化率を求める算式>

$$\text{変化率} = \frac{\text{1又は2の算式により算定される額}}{\text{算定値}} - 1$$

< 薬価を求める算式 >

$$\text{算定値} \times (1 + \text{変化率の相加平均値})$$

別表 4

規格間調整の計算方法

1 類似薬の規格間比を求める算式

$$\log (Q2/Q1) \text{ / } \log (Y2/Y1)$$

Q1=汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既記載品の薬価

Q2=当該既記載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が2番目のものの薬価

Y1=汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既記載品の有効成分の含有量

Y2=当該既記載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が2番目のものの有効成分の含有量

(注) 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規記載品と同一の最類似薬がある場合であって、当該最類似薬に別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）があるときは、当該最類似薬と、当該類似薬のうち最類似薬に次いで2番目の年間販売量のもの（剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）とで規格間比を計算する。

2 非汎用新規記載品の薬価（P2）を求める関係式

$$\log (P2/P1) \text{ / } \log (X2/X1) = \text{類似薬の規格間比}$$

P1=汎用新規記載品又は最類似薬の薬価

P2=当該非汎用新規記載品の薬価

X1=汎用新規記載品又は最類似薬の有効成分の含有量

X2=当該非汎用新規記載品の有効成分の含有量

(注) 類似薬の規格間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の規格間比とし、規格間比が1を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は1とする。ただし、内用薬については、 $X2 > X1$ （ $X2$ が通常最大用量を超える用量に対応するものである場合に限る。）であって、最も類似性が高い類似薬の規格間比が0.5850を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は0.5850とする。

別表 5

市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{当該既収載品の保険医療} \\ \text{機関等における薬価算定} \\ \text{単位あたりの平均的購入} \\ \text{価格（税抜市場実勢価格} \\ \text{の加重平均値）} \end{array} \right] \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right] + \text{調整幅}$$

消費税率：消費税法(昭和63年法律第108号)第29条に定める率

地方消費税率：地方税法(昭和25年法律第226号)第72条の83に定める率

調整幅：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の2/100に相当する額

別表 6

効能追加と同等とみなせる新薬に係る計算方法

(1) 次のいずれかに該当する場合には、当該新薬について第2章第1部の規定により算定される額

(イ) AがBより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該新薬について第2章第1部の規定により算定される額を下回る場合

(ロ) AがBより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該新薬について第2章第1部の規定により算定される額を上回る場合

(2) (1) 以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \alpha \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

A = 組成、剤形区分及び製造販売業者が当該新薬と同一の既記載品（汎用規格に限る。以下この別表において「別効能自社製品」という。）の主たる効能及び効果に係る一日薬価

B = 新薬算定最類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価

共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれの一日薬価を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

P = 別効能自社製品の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Q = 当該新薬の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

X = 別効能自社製品の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該別効能自社製品と組成が異なる既記載品に限る。）の年間販売額の合計額

Y = 当該新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該新薬と組成が異なる既記載品に限る。）の年間販売額の合計額

α = 別効能自社製品の有効成分の含有量を当該新薬の有効成分の含有量で除した額

別表 7

市場拡大再算定対象品、市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$\text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{|\log X / \log 2|} + \alpha \}$$

市場拡大再算定対象品の同一組成
既記載品群の薬価改定前の薬価を
基に計算した年間販売額の合計額

$$X (\text{市場規模拡大率}) = \frac{\text{市場拡大再算定対象品の同一組成既記載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額}}{\text{(当該同一組成既記載品群の基準年間販売額)}}$$

α (補正加算率) : 個別の市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品について、第3章第2節2若しくは3に定めるいずれかの要件に該当する場合又は市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合、該当する要件ごとに有用性加算(Ⅱ)の計算方法を準用して算定される補正加算率のうち最も大きな率。ただし、 $5 \leq \alpha \leq 10$ とする。

(注) 上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の75/100に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の85/100を下回る場合には、当該額とする。

別表 8

効能変化再算定の計算方法

1 主たる効能変化品・市場性加算対象効能変化品に係る計算方法

(1) 次のいずれかに該当する場合には、当該既記載品について第3章第1節又は第2節の規定により算定される額

(イ) AがBより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該既記載品について第3章第1節又は第2節の規定により算定される額を上回る場合

(ロ) AがBより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該既記載品について第3章第1節又は第2節の規定により算定される額を下回る場合

(2) (1) 以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

A = 当該既記載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価(第3章第1節の規定により算定される額を基に計算)

B = 当該既記載品の効能変更後の最類似薬の当該効能及び効果に係る一日薬価(最類似薬の薬価改定後の薬価を基に計算)

(注) 効能変更後の最類似薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの1日薬価を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額とする。

P = 当該既記載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数

Q = 当該既記載品の変更後の主たる効能及び効果(市場性加算対象効能変化品の場合には、当該追加された効能及び効果)に係る一日通常最大単位数

X = 当該既記載品の従前の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬(当該既記載品と組成が異なるものに限る。)の年間販売額の合計額

Y = 当該既記載品の変更後の主たる効能及び効果(市場性加算対象効能変化品の場合には、当該追加された効能及び効果)に係る薬理作用類似薬(当該既記載品と組成が異なるものに限る。)の年間販売額の合計額

(注) この場合、年間販売額は薬価改定後の薬価を基に計算する。

2 主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品の類似薬の価格調整の計算方法

(1) 主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品が、1(1)に該当した場合には、当該既収載品について第3章第1節又は第2節の規定により算定される額

(2) (1)以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品の} \\ \text{薬価改定前の薬価} \end{array} \right) \times \frac{\left(\begin{array}{l} \text{当該主たる効能変化品（市場性加算対象効} \\ \text{能変化品）の1の算式により算定される額} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{当該主たる効能変化品（市場性加算対象効} \\ \text{能変化品）の薬価改定前の薬価} \end{array} \right)}$$

別表 9

用法用量変化再算定の計算方法

1 用法用量変化再算定の原則の場合

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該既記載品について} \\ \text{第3章第1節又は第2} \\ \text{節の規定により算定さ} \\ \text{れる額（通常の薬価} \\ \text{改定後の薬価）} \end{array} \right) \times \frac{\left(\begin{array}{l} \text{当該既記載品の従前の1日通常最大単位} \\ \text{数量（主たる効能及び効果に係るもの）} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{当該既記載品の変更後の1日通常最大単位} \\ \text{数量（主たる効能及び効果に係るもの）} \end{array} \right)}$$

2 用法用量変化再算定の特例の場合

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該既記載品について} \\ \text{第3章第1節又は第2} \\ \text{節の規定により算定さ} \\ \text{れる額（通常の薬価改} \\ \text{定後の薬価）} \end{array} \right) \times \text{当該既記載品の使用量変化率}$$

(注) 上記算定式による算定値が、薬価改定前の薬価の75/100に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

$$\text{当該既記載品の使用量変化率} = \frac{A \times B}{C \times D}$$

A：当該既記載品の保険適用上の取扱い変更前の投与期間

B：当該既記載品の保険適用上の取扱い変更前の推計患者数

C：当該既記載品の保険適用上の取扱いの変更後の投与期間

D：当該既記載品の保険適用上の取扱いの変更後の推計患者数

別表10

$$\left(\begin{array}{l} \text{低薬価品群又は} \\ \text{準低薬価品群の} \\ \text{税抜市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値} \end{array} \right) \times \{ 1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \} + \text{一定幅}$$

低薬価品群：組成、剤形区分及び規格が同一である低薬価品の一群

準低薬価品群：組成、剤形区分及び規格が同一である準低薬価品の一群

消費税率：消費税法第29条に定める率

地方消費税：地方税法第72条の83に定める率

一定幅：薬価改定前の低薬価品群又は準低薬価品群の薬価の加重平均値の
2 / 100に相当する額

別表11

最低薬価

区分	最低薬価
日本薬局方収載品	
錠剤	1錠 9.60円
カプセル剤	1カプセル 9.60円
丸剤	1個 9.60円
散剤（細粒剤を含む。）	1グラム※1 7.20円
顆粒剤	1グラム※1 7.20円
末剤	1グラム※1 7.20円
注射剤	1管又は1瓶 9.20円
坐剤	1個 19.30円
点眼剤	5ミリリットル1瓶 85.60円
	1ミリリットル 17.10円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるもの）	1日薬価を除く。 9.30円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものに限り。）	1ミリリットル※2 9.70円
外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10ミリリットル※1 9.50円
その他の医薬品	
錠剤	1錠 5.60円
カプセル剤	1カプセル 5.60円
丸剤	1個 5.60円
散剤（細粒剤を含む。）	1グラム※1 6.20円
顆粒剤	1グラム※1 6.20円
末剤	1グラム※1 6.20円
注射剤	1管又は1瓶 5.60円
坐剤	1個 19.30円
点眼剤	5ミリリットル1瓶 84.80円
	1ミリリットル 17.10円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるもの）	1日薬価を除く。 6.40円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものに限り。）	1ミリリットル※2 6.40円
外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10ミリリットル※1 6.30円

- ※1 規格単位が10グラムの場合は10グラムと読み替える。
 ※2 規格単位が10ミリリットルの場合は10ミリリットルと読み替える。

別表12

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の計算方法

加算額

$$= \left(\begin{array}{l} \text{当該既記載品に} \\ \text{ついて第3章第} \\ \text{1節の規定によ} \\ \text{り算定される額} \end{array} \right) \times (\text{全ての既記載品の平均乖離率} - 2 / 100) \times 80 / 100$$

医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて（案）

1 新医薬品の薬価基準収載手続き

新医薬品の薬価基準収載の手続きは、次のとおりであること。

なお、「薬価算定の基準について」（平成24年月日保発第号）第2章第3部5の新規収載品の薬価基準収載の手続き及び第3章第3節本文なお書の薬価改定の手続きについても、これに準じて行うこと。

(1) 新医薬品の薬価基準収載希望書

① 新医薬品（薬事法（昭和35年法律第145号）第14条の4第1項に掲げる医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、新医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「新薬収載希望者」という。）が、別紙様式1又は2に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該新医薬品について、承認後1週間を経過した日又は承認前の直近の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会（以下「医薬品部会」という。）終了後から3週間を経過した日のいずれか早い日（薬事・食品衛生審議会薬事分科会において審議される医療用医薬品又は緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内）までに提出すること。

ただし、当該新医薬品の迅速な供給が困難であることその他新薬収載希望者に特別の事情がある場合には、この限りでない。

② ①により薬価基準収載希望書を提出する場合であって、「薬価算定の基準について」第1章22に規定する原価計算方式による算定を希望する場合には、当該新薬収載希望者が希望する係数を用いた薬価基準収載希望書を提出することができる。なお、当該新医薬品が輸入医薬品である場合、新薬収載希望者は、薬価算定組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、輸入先国における価格（当該輸入医薬品が原体である場合の当該原体の輸入先国における価格を含む。）の状況、日本以外の国への輸出価格の状況等の輸入原価設定の根拠となる資料を提出すること。

③ 新薬収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。

(2) 新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として60日以内、遅くとも90日以内とする。

ただし、(4)⑤によって決定された薬価算定案に不服がある場合、(1)①のた

だし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合又は必要な資料が提出されない場合には、この限りでない。

(3) 新薬収載希望者からの意見聴取等

① 新医薬品の薬価基準への収載に係る事務を円滑に進めるため、薬価基準収載希望書の提出期限前に、薬価基準収載希望書に添付して提出すべき書類について、別に定めるところにより事前提出を求めることができるものとする。

当該書類の事前提出があった場合においては、別に日時を定め、当該新薬収載希望者の意見を事前に聴取することができるものとする。

② 新薬収載希望者から新医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該新薬収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも1週間前に公示するものとする。

ただし、①による意見聴取が行われた場合においては、新薬収載希望者との合意により、薬価基準収載希望書の提出後の意見聴取を行わないことができるものとする。

(4) 薬価算定組織の関与と中医協の承認

薬価基準収載希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、薬価基準への収載における取扱いを決定する。

① 薬価基準収載希望書の提出のあった新医薬品の薬価算定に関し、次の事項について薬価算定組織の専門的見地からの検討を経て薬価算定案を策定する。

なお、薬価算定組織の検討にあたっては別に定める基本方針による。

ア 類似薬の有無（類似薬効比較方式か原価計算方式かの妥当性）

イ 類似薬・最類似薬選定の妥当性

ウ 補正加算適用の妥当性（加算要件への適否）

エ 製品製造原価及び係数（新薬収載希望者が希望する係数を含む。）の妥当性（原価計算方式の場合に限る。）

オ 薬価算定案に対する新薬収載希望者の不服の妥当性

② 薬価基準収載希望書を提出した新薬収載希望者であって、薬価算定組織における意見陳述を希望するものは、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

③ 薬価算定組織の検討を経た薬価算定案は、中医協総会での審議の前に、その理由を付して新薬収載希望者に通知する。

④ 通知した薬価算定案について不服がある新薬収載希望者は、1回に限り、別紙様式3に定める薬価算定案不服意見書を提出することができる。

⑤ 薬価算定案不服意見書を提出した新薬収載希望者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価算定案を決定する。この薬価算定案は予め新薬収載希望者に通知され、さらに不服がないことを確認する。

- ⑥ 通知された薬価算定案について新薬収載希望者の不服がないことが確認された新医薬品は、その薬価算定案について中医協総会で審議し、その了承を求める。

(5) 薬価収載の決定の通知

中医協総会で了承され薬価収載が決定された新医薬品については、次の事項を新薬収載希望者に対し通知する。

- ① 品名、規格単位、決定された薬価
- ② 薬価収載予定日
- ③ 保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

(6) 薬価基準収載品目の供給について

- ① 新薬収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から3ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。
- ② 新薬収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式4に定める供給開始報告書を提出すること。

2 報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載手続き

(1) 報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載希望書

① 報告品目

報告品目（医薬品部会の報告品目及び審議品目であって新医薬品以外のもの（原則として、2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、報告品目の収載を希望する製造販売業者（以下「報告品目収載希望者」という。）が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該報告品目について、それぞれ2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から3週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

② 新キット製品

新キット製品（既存のキット製品がない医薬品について新たにキット製品として承認されたもの又は既承認のキット製品と機能・形態あるいは組み合わせられた医薬品の組成が異なるものとして承認された医薬品（原則として、2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、新キット製品の収載を希望する製造販売業者（以下「新キット収載希望者」という。）が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該新キット製品について、それぞれ2月又は8月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から3週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗HIV薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

③ 後発医薬品

後発医薬品（新医薬品、報告品目及び新キット製品以外の医療用医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、後発医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「後発医薬品収載希望者」という。）が、別紙様式1に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、原則として、2月15日及び8月15日（当該日が土曜日又は日曜日に該当するときは、その日後においてその日に最も近い平日とする。）までに薬事法に基づく承認を受けた当該後発医薬品について、それぞれ当該年の3月10日及び9月10日までの指定する日までに提出すること。

④ 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。

(2) 薬価基準収載の時期等

① 報告品目及び新キット製品

5月及び11月を標準とする。

② 後発医薬品

6月及び12月を標準とする。

(3) 報告品目収載希望者、新キット製品収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの意見聴取

① 報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者からそれぞれ報告品目又は新キット製品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当

該報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも1週間前に公示するものとする。

- ② 後発医薬品収載希望者から後発医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、必要に応じ当該収載希望者から意見を聴取する機会を設けることができる。

(4) 薬価収載の決定の通知

薬価基準収載希望書の提出があった場合には、当該希望書の内容を審査のうえ、薬価基準収載日から3ヶ月以内の供給開始及びその後の継続した安定供給に支障がないことが確認された場合に限り、予め次の事項を報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者に対し通知したうえで、薬価基準に収載する。

- ① 品名、規格単位、決定された薬価
- ② 薬価収載予定日
- ③ 保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

(5) 薬価基準収載品目の供給について

- ① 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から3ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。
- ② 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式4に定める供給開始報告書を提出すること。

3 再算定手続き

薬価基準既収載品のうち、薬価改定の際に、「薬価算定の基準について」に規定する市場規模拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定により薬価を改定することとなる品目については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し、再算定品目を決定する。

- (1) 薬価改定年の前年の薬価調査月の末日時点において市場規模拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定の要件に該当すると考えられる品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式5に定める再算定候補品目要件該当性検討資料（以下「再算定要件該当性資料」という。）の提出を求める。

- (2) 提出された再算定要件該当性資料に基づき、薬価算定組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定品目として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。
- (3) 通知された再算定品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式6に定める再算定品目案不服意見書を提出することができる。
- (4) 再算定品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。
この際、当該再算定候補品目の臨床試験に関与した者が当該製造販売業者に同行して意見を表明することができる。
当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価再算定品目案を決定する。この再算定品目案は予め当該品目の製造販売業者に通知され、不服の有無について確認する。
- (5) 通知された再算定品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても算定組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。
- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。
- (7) 中医協総会で了承された再算定品目については、当該品目の製造販売業者にその旨を通知した上で、その直後の薬価改定時に再算定により薬価を改定する。
なお、市場拡大再算定の対象候補品目として再算定要件該当性資料の提出が求められた日以降に市場規模の拡大、効能変化又は用法用量変化があった品目については、当該薬価改定時以降の薬価改定時に再算定対象品目の該当性を検討する。

4 その他

平成24年度薬価改定後の薬価改定の際に、中医協において、平成24年度薬価改定の際に「薬価算定の基準について」に規定する新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となった既収載品の製造販売業者について、「薬価算定の基準について」第4章3(8)イ若しくはロ又は(10)の要件への該当性を判断するに当たっては、必要に応じ、当該製造販売業者に意見陳述の機会を与えることとする。

薬価基準収載希望書

整理番号	— — —		収載区分	新医薬品・報告品目	
薬効分類				新キット製品・後発医薬品	
成分名					
会社名			販売会社名		
販売名					
規格単位					
効能・効果					
用法・用量					
薬事・食品衛生審議会審議日					
承認年月日					
算定希望内容	算定方式	類似薬効比較方式 ()			
	比較薬	成分名			
		会社名			
		販売名			
		規格単位			
		薬価 (一日薬価)			
補正加算					
算定薬価 (一日薬価)					
外国価格					
市場規模予測	初年度	億円	(患者数	人)	
	2年度	億円	(患者数	人)	
	3年度	億円	(患者数	人)	
	4年度	億円	(患者数	人)	
	5年度	億円	(患者数	人)	
	6年度	億円	(患者数	人)	
	7年度	億円	(患者数	人)	
	8年度	億円	(患者数	人)	
	9年度	億円	(患者数	人)	
	10年度 (最大)	億円	(患者数	人)	
包装単位					
担当者連絡先	氏名	TEL	FAX	メールアドレス	
備考					

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣

殿

薬価基準収載希望書

整理番号	— — —		
薬効分類			
成分名			
会社名		販売会社名	
販売名			
規格単位			
効能・効果			
用法・用量			
薬事・食品衛生審議会審議日			
承認年月日			
算定希望内容	算定方式	原価計算方式	
	原価計算	製品総原価	
		営業利益	
		流通経費	
		消費税相当額	
算定薬価			
外国価格			
市場規模予測	初年度	億円	(患者数 人)
	2年度	億円	(患者数 人)
	3年度	億円	(患者数 人)
	4年度	億円	(患者数 人)
	5年度	億円	(患者数 人)
	6年度	億円	(患者数 人)
	7年度	億円	(患者数 人)
	8年度	億円	(患者数 人)
	9年度	億円	(患者数 人)
	10年度	億円	(患者数 人)
	(最大)年度	億円	(患者数 人)
包装単位			
担当者連絡先	氏名	TEL	FAX
			メールアドレス
備考			

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣

殿

薬価算定案不服意見書

成分名

品目名

通知された算定案 算定方式： 比較薬： 補正加算： 算定式：
算定案に対する意見及びその根拠

上記により通知された薬価算定案に対する意見を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名
称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣 殿

薬価基準収載医薬品に関する供給開始報告書

平成 年 月 日

厚生労働省医政局長 殿

所在地
会社名
代表者

印

		報 告 事 項
1. 薬価基準収載医薬品コード(12桁コード)		
2. 収 載 名 (販 売 名)		
3. 規格単位		
4. 承認番号及び承認年月日		
5. 製造販売業者名		
6. 薬価基準収載年月日		
7. 供給開始年月		
8. 供給開始を証明する書面 (医療機関等に対する販売伝票の写)		別添
9. 薬価基準収載後3ヵ月以内に供給することができなかつた場合はその理由		
10. JANコード	包装単位	J A N コ ー ド

(注) 本報告書は、規格単位別に作成すること。

再算定候補品目要件該当性検討資料
(再算定要件該当性資料)

区 分	1 市場拡大再算定、2 効能変化再算定、3 用法用量変化再算定	
名 称 等	一般的名称	
	販売名 規格単位	
成分及び分量又は本質		
用法及び用量		
効能又は効果		
承認日、承認番号 再審査期間 一部変更承認日 再審査期間		
これまでの再算定		
<p>1) 市場拡大再算定の場合は薬価収載時又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額を添付 なお、平成21年11月以降に小児又は希少疾病に係る効能・効果又は用法・用量が追加された場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付。また、市販後に集積された調査成績により真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合は当該調査成績の概要を添付</p> <p>2) 効能変化再算定又は用法用量変化再算定の場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付</p>		

上記により再算定候補品目の要件該当性に関する検討資料を提出します。

年 月 日

住所

法人にあっては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名
称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣 殿

再算定品目案不服意見書

区分	1 市場拡大再算定、2 効能変化再算定、3 用法用量変化再算定
<p>通知された再算定品目の概要</p> <p>販売名</p> <p>汎用規格</p> <p>主たる効能</p> <p>主たる効能の1日用量</p> <p>予想年間販売額</p> <p>販売額の推移</p>	
再算定品目案に対する意見及びその根拠	

上記により通知された再算定品目案に対する意見を提出します。

年 月 日

住所

法人にあつては、主
たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名
称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣 殿

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について（案）

第1章 定義

1 特定保険医療材料

特定保険医療材料とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）における医療材料の支給に要する平均的な費用の額が、診療報酬とは別に定められる医療材料をいう。

2 機能区分

機能区分とは、構造、使用目的、医療上の効能及び効果等からみて類似していると認められる特定保険医療材料の一群として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める区分をいう。

3 基準材料価格

基準材料価格とは、特定保険医療材料の保険償還価格として、機能区分毎に定められる価格をいう。

4 基準材料価格改定

基準材料価格改定とは、厚生労働省が実施する材料価格調査の結果に基づき、基準材料価格に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

5 新規収載品

新規収載品とは、新たに保険償還の対象とされた医療材料の銘柄をいう。

6 既収載品

既収載品とは、既に保険償還の対象である医療材料の銘柄をいう。

7 新規機能区分

新規機能区分とは、新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）と明らかに異なるものと認められ、新規収載品が属する機能区分として新たに設定された機能区分をいう。

8 既存機能区分

既存機能区分とは、既収載品が属している機能区分をいう。

9 類似機能区分

類似機能区分とは、当該新規機能区分と類似性が最も高い既存の機能区分をいう。

10 類似機能区分比較方式

類似機能区分比較方式とは、類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する

新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

11 原価計算方式

原価計算方式とは、新規収載品の製造又は輸入に要する原価に、販売費及び一般管理費（薬事法（昭和35年法律第145号）第77条の5第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた特定医療機器に係る対策費用を含む。）、営業利益率（業界の実情を踏まえつつ、新規収載品の革新性の度合いに応じて±50%の範囲内で調整を行う。）、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

12 補正加算

補正加算とは、類似機能区分比較方式で算定される新規機能区分に対して行われる画期性加算、有用性加算、改良加算、市場性加算（Ⅰ）及び市場性加算（Ⅱ）をいう。

13 画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分に対する別表1に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

14 有用性加算

有用性加算とは、画期性加算の3つの要件のうちいずれか1つを満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表1に定める算式により算定される額の加算をいう。

15 改良加算

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。）に対する別表1に定める算式により算定される額の加算をいう。

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であっても、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、別表1に別に定める算式により算定される額を加算する。

イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ 小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に

比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。

ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

ヘ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること。

ト 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養が安全かつ容易であることが、客観的に示されていること。

16 市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表1に定める算式により算定される額の加算をいう。

17 市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分に対する別表1に定める算式により算定される額の加算をいう。

18 価格調整

価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（四ヶ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の1.5倍に相当する額を上回る場合に、別表2に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

19 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式とは、当該機能区分に属する全ての既収載品（材料価格調査時以降に保険適用されたことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既収載品及び第3章第3節に該当する新規収載品を除く。）の市場実勢価格、消費税率その他を考慮した別表3に定める算式により行う原則的な基準材料価格の改定方式をいう。

20 再算定

再算定とは、市場実勢価格加重平均値一定幅方式に代えて、別表4に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

第2章 特定保険医療材料の保険償還価格

第1節 保険償還価格の原則

特定保険医療材料の保険償還価格は、当該特定保険医療材料が属する機能区分（「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成24年2月 日医発 第 号、保発 第 号）4(1)②に基づき、当該機能区分の基準の見直しが行われる場合を含む。）の基準材料価格とする。

第3章 新規機能区分の基準材料価格の算定

第1節 類似機能区分がある場合

1 基準材料価格算定の原則

類似機能区分比較方式により、当該新規機能区分の類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

2 補正加算

1の規定に関わらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、1により算定された額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

3 価格調整

当該新規収載品について、価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第2節 類似機能区分がない場合

1 基準材料価格算定の原則

原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

2 価格調整

当該新規収載品について、価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第3節 新規収載品に係る特例（暫定価格）

保険適用通知により、当該新規収載品に係る機能区分が明確化されるまでの間、暫定価格で保険償還が認められた新規収載品については、定義通知からみて当該新規収載品と最も類似すると認められる既存の特定保険医療材料が属する機能区分の基準材料価格により保険償還を行う。

第4節 新規収載品に係る特例（迅速な保険導入に係る評価）

1 対象とする医療機器

次のいずれかの要件を満たす場合、迅速な保険導入に係る評価の対象とする。

イ 類似機能区分比較方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で補正加算の要件を満たした場合

ロ 原価計算方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で保険医療材料専門組織において補正加算の要件を満たすものと同等の有用性があると判断された場合

2 評価の対象となる要件

迅速な保険導入に係る評価の対象とするのは1の医療機器のうち、次のいずれの要件も満たす場合とし、当該要件が確認できる資料をそれぞれ保険適用希望書に添付すること。

イ 日本での薬事法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日から180日以内又は日本での薬事法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日と比較して早い場合（アメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出前を含む。）

ロ 薬事法に基づく総審査期間のうち、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合には150日以内、新医療機器の通常品目の場合には240日以内

3 評価

迅速な保険導入に係る評価は、新規機能区分の価格に追加して、2年間に限り、当該医療機器に対して、補正加算額の50/100又は原価計算方式により算出された額の5/100を算定できることとする。

第4章 既存機能区分の基準材料価格の改定

1 基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表5に定める方式により改定する。

2 再算定

イ 平成24年3月までに基準材料価格を決定した機能区分

1にかかわらず、当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）における国別の価格が計算できる場合（三カ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格1」という。）の1.5倍以上である場合については、別表4に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

ロ 平成24年4月以降に基準材料価格を決定した機能区分

1にかかわらず、当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分

に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）における国別の価格が計算できる場合（四ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加重平均値（以下「既存品外国平均価格2」という。）の1.5倍以上である場合については、別表4に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

なお、外国における価格が把握出来ない機能区分については、当該機能区分が属する分野の各機能区分の市場実勢価格加重平均値と既存品外国平均価格1又は既存品外国平均価格2の比率の指数その他の方法により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

3 迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器の特例

第3章第4節の評価については、1による基準材料価格改定を行う際は、当該評価を受けた医療機器の市場実勢価格から除外する。

また、当該医療機器については、1及び2による基準材料価格改定後の当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

4 歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例

健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年厚生大臣告示第54号）の別表第二第2章第12部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表6に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、1の規定に関わらず、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して6ヶ月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表7に定める算式により算定される額に改定する。

5 中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

1又は2の規定に関わらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第5章 機能区分の見直しに伴う基準材料価格の算定

1 当該機能区分に既収載品が属する場合

既存の機能区分の見直しが行われ、当該機能区分に既収載品（第3章第3節に該当する新規収載品を除く。）が属するものに係る基準材料価格については、市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額とする。ただし、当該機能区分に属する全ての既収載品の基準材料価格改定前の保険償還価格を、当該既収載品の年間販売量で加重平均した額を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

2 中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

1の規定に関わらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第6章 保険上の算定制限の見直しに伴う基準材料価格の再評価

特定保険医療材料の保険上の算定制限の見直しが行われた場合は、必要に応じて、保険適用時の保険償還価格設定の状況及び保険上の算定制限の見直しに伴う状況の変化を踏まえ、再評価を行う。

第7章 実施時期等

1 実施時期等

イ 本基準は、平成24年度基準材料価格改定から適用する。ただし、材料価格基準において、当該機能区分の基準材料価格が保険医療機関等における購入価格によるものとされているものについては、保険医療機関等における実購入価格を当該特定保険医療材料の保険償還価格とする。

ロ イにより、保険医療機関等における実購入価格が保険償還価格とされている特定保険医療材料の基準材料価格を新たに設定する場合については、第5章の規定に関わらず、当該機能区分に属する既収載品の税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税相当額を加えた額とする。

2 改正手続き等

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の見直し等、特定保険医療材料の基準材料価格算定の基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

別表 1

補正加算の計算方法

1 基本的考え方

- (1) 一つの補正加算に該当する場合
加算額 = 算定値 × α (補正加算率)
- (2) 二つの補正加算に該当する場合
加算額 = 算定値 × ($\alpha_1 + \alpha_2$)

2 各補正加算率の計算方法

補正加算率 (α) の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B) / \log(0.5 \times B/B)}$$

- A : 当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)
- B : 当該新規機能区分の類似機能区分が属する分野の基準材料価格を相加平均した額
- X : 算定値

ただし、 α の値は次の各区分に定める範囲内とする。

- 画期性加算 : $25 / 100 \leq \alpha \leq 150 / 100$
- 有用性加算 : $2.5 / 100 \leq \alpha \leq 45 / 100$
- 改良加算 : $0.5 / 100 \leq \alpha \leq 30 / 100$
- 市場性加算 (I) : $5 / 100 \leq \alpha \leq 15 / 100$
- 市場性加算 (II) : $1.5 / 100 \leq \alpha \leq 4.5 / 100$

また、 $0.5A / 100 \leq \alpha \leq 1.5A / 100$ であり、Aの範囲は次のとおり。

(改良加算について、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合は、 $1 \leq A \leq 10$ とする。)

- 画期性加算 $50 \leq A \leq 100$
- 有用性加算 $5 \leq A \leq 30$
- 改良加算 $1 \leq A \leq 20$
- 市場性加算 (I) $A = 10$
- 市場性加算 (II) $1 \leq A \leq 5$

別表 2

価格調整の計算方法

当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の 1.5 倍に相当する額を超える場合

次の算式により算定される額

$$\text{外国平均価格} \times 1.5$$

別表 3

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の計算方法

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全} \\ \text{ての既収載品の保険医療} \\ \text{機関等における平均的購} \\ \text{入価格（税抜市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right) \times \left(1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right) + \text{一定幅}$$

消費税率：消費税法(昭和63年法律第108号)第29条に定める率

地方消費税率：地方税法(昭和25年法律第226号)第72条の83に定める率

(注) 1 平成24年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の4/100に相当する額とする。

2 機能区分の見直しが行われた区分における一定幅については、改定後の基準材料価格の基礎となる算定値（税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税及び地方消費税を加えた額）の4/100に相当する額とする。

別表 4

再算定の計算方法

次の算式により算定される額

ただし、市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値を超えることはできない。

$$\left(\begin{array}{l} \text{基準材料価格改定前の} \\ \text{当該機能区分の基準材} \\ \text{料価格} \end{array} \right) \times \frac{B \times 1.5}{A}$$

A：当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値

B：既存品外国平均価格 1 又は既存品外国平均価格 2

(注) 上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の 75 / 100 に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

別表 5

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の 基準材料価格の改定方法

1 対象区分の選定の基準

- ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。
- イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。
(関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等)
- ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。
(保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。)

2 算定方法

原価計算方式により算定すること。

別表 6

歯科用貴金属機能区分

品名
歯科用純金地金（金99.99%以上）
歯科鑄造用14カラット金合金インレー用（JIS適合品）
歯科鑄造用14カラット金合金鉤用（JIS適合品）
歯科鑄造用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）
歯科鑄造用14カラット合金用金ろう（JIS適合品）
歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鑄造用金銀パラジウム合金板状（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 棒状 パラタルバー用（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 棒状 リンガルバー用（金12%以上 JIS適合品）
歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 JIS適合品）
歯科鑄造用銀合金 第1種 （銀60%以上インジウム5%未満 JIS適合品）
歯科鑄造用銀合金 第2種 （銀60%以上インジウム5%以上 JIS適合品）
歯科用銀ろう（JIS適合品）
歯科用プラスメタル（銀25%以上パラジウム5%以上）
歯科用プラスメタル（銀25%以上）

別表 7

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

1 基準材料価格改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に属する全} \\ \text{ての既収載品の保険医療} \\ \text{機関等における平均的購} \\ \text{入価格（税抜市場実勢価} \\ \text{格の加重平均値）} \end{array} \right) + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right] + \text{一定幅}$$

$$\text{補正幅} = X - Y$$

X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降における金、銀及びパラジウムのそれぞれの取引価格の平均値に、別表 6 に定める当該機能区分に属する特定保険医療材料の標準的な金、銀及びパラジウムの含有比率をそれぞれ乗じて算定される額の合計額（以下「平均素材価格」という。）

Y = 材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

(注) 平成 24 年度基準材料価格改定における歯科用貴金属機能区分の一定幅は、改定前の基準材料価格の 4 / 100 に相当する額とする。

2 随時改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l} \text{当該機能区分に係る} \\ \text{随時改定時前の基準} \\ \text{材料価格} \end{array} \right) + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

$$\text{補正幅} = X - Y$$

X = 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格

Y = 当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

(注) 上記の算式により算定される額が次の条件に該当する場合には、基準材料価格を改定しない。

$$0.95 \leq \frac{\text{2により算定される額}}{\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格}} \leq 1.05$$

医療機器の保険適用等に関する取扱いについて（案）

1 保険医療機器の区分

医療機器の保険適用上の区分は次のとおりとする。

A 1（包括） 当該医療機器を用いた技術が、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定方法告示」という。）に掲げられている項目のいずれかによって評価され、保険診療で使用できるものであって、A 2（特定包括）以外のもの。
（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）に相当しないもの）

A 2（特定包括） 当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のうち特定のものにおいて評価され、保険診療で使用できる別に定める特定診療報酬算定医療機器の区分のいずれかに該当するもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）に相当しないもの）

B（個別評価） 当該医療機器が、特定保険医療材料及びその材料価格（以下「材料価格基準」という。）に掲げられている機能区分のいずれかに該当するもの。（C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）に相当しないもの）

C 1（新機能） 当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）において材料価格基準における新たな機能区分の設定又は見直しについて審議が必要なもの。

C 2（新機能・新技術） 当該医療機器を用いた技術が算定方法告示において、新たな技術料を設定し評価すべきものであって、中医協において保険適用の可否について審議が必要なもの。

F 保険適用に馴染まないもの。

2 決定区分A 1（包括）、A 2（特定包括）又はB（個別評価）を希望する医療機器の保険適用手続き

(1) 保険適用希望書の提出

決定区分A 1（包括）、A 2（特定包括）又はB（個別評価）を希望する医療機器の製造販売業者は、薬事法（昭和35年法律第145号）の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙1、2又は3に定める保険適用希望書を提出すること。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

(2) 保険適用時期

決定区分A1（包括）、A2（特定包括）又はB（個別評価）として希望のあった医療機器について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、決定区分に応じそれぞれ次のとおり保険適用する。ただし、(4)の保険適用不服意見書の提出を行った場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合及び追加資料の要求等を行った場合はこの限りでない。

① 決定区分A1（包括）

保険適用希望書が受理された日（内容等に係る不備の補正が終了した日）から起算して後、20日（ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日、1月2日、1月3日、12月29日、12月30日及び12月31日（以下「休日等」という。）を除いて計算する日数とする。）を経過した日から保険適用とする。

② 決定区分A2（特定包括）及びB（個別評価）

各月10日までに保険適用希望書が受理された（内容等に係る不備の補正が終了した）ものについては、翌月1日から保険適用する。

(3) 決定案の事前連絡

決定区分A1（包括）、A2（特定包括）又はB（個別評価）として希望のあった医療機器が希望する機能区分等（決定区分A1（包括）については当該決定区分を、A2（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、B（個別評価）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由を付記した決定案を通知する。

(4) 保険医療材料専門組織の関与

- ① 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙6に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。
- ② 提出された保険適用不服意見書等を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、決定区分を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

(5) 保険適用等の決定通知及び中医協への報告

決定区分A2（特定包括）又はB（個別評価）として希望のあった医療機器について、保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等及び都道府県知事に対し通知する。

- ① 決定区分及び機能区分等
- ② 保険適用開始年月日

また、決定区分A2（特定包括）又はB（個別評価）として保険適用することが適当と認められた医療機器については、その結果を中医協に報告する。

(6) 決定区分非A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B（個別評価）の取扱い

- ① 決定区分A 1（包括）、A 2（特定包括）又はB（個別評価）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Fの場合を除き、それぞれ非A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B（個別評価）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記2の（2）と同様とする。

- ② 決定区分非A 1（包括）、非A 2（特定包括）又は非B（個別評価）として決定された医療機器については、他の機能区分等による再希望を妨げない。

3 決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）を希望する医療機器の保険適用手続き

(1) 保険適用希望書の提出

決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）を希望する医療機器の製造販売業者は、薬事法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙4又は5に定める保険適用希望書を提出すること。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

(2) 審査に係る標準的な事務処理期間

① 決定区分C 1（新機能）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して4月（審査に係る標準的な事務処理期間が80日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、(5)③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

② 決定区分C 2（新機能・新技術）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月1日から起算して5月（審査に係る標準的な事務処理期間が100日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、(5)③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

(3) 上記(2)の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

- ① 保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間
② 追加資料の要求等に係る期間
③ 休日等

(4) 保険適用希望者からの意見聴取

決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器については、当該保険適用希望書の審査に際し必要に応じ製造販売業者から意見を聴取する。

(5) 保険医療材料専門組織の関与と中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、材料価格基準への収載における取扱いを決定する。

- ① 決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器の機能区分設定等に関し、次の事項について保険医療材料専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、1回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 類似機能区分の有無（類似機能区分比較方式か原価計算方式かの妥当性）

ウ 類似機能区分選定の妥当性（暫定価格による保険償還を希望する場合を含む。）

エ 補正加算適用の妥当性（加算要件への適否）

オ 製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

カ 価格調整における類似外国医療材料の選定の妥当性

なお、保険医療材料専門組織は、外国平均価格や各国の価格が大きく異なる場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、販売実績などを含めた外国価格の参考となる資料の提出を求めることができる。

キ 新規の機能区分の定義の妥当性

ク 既存の機能区分の定義を見直す場合の妥当性

- ② 保険医療材料専門組織の検討を経た決定案（暫定価格を希望している場合は選定した類似機能区分及び基準材料価格を含む。）は、中医協総会での審議の前にその理由を付記し製造販売業者に通知する。

- ③ 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙6又は7に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

- ④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、さらに不服の有無について確認する。

- ⑤ C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）として通知した決定案について製造販売業者の不服がないことを確認した医療機器及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料専門組織の検討を経て最終的に決定された機能区分については中医協総会で審議し、その了承を求める。

(6) 保険適用時期

- ① 決定区分C 1 新機能として決定された医療機器（4(1)②に該当する場合を除く。）については、1年に4回を標準として保険適用する。保険適用時期については、1月、4月、7月及び10月を基準とする。
- ② 決定区分C 2（新機能・新技術）として決定された医療機器については、1年に4回を標準として保険適用する。保険適用時期については、1月、4月、7月及び10月を基準とする。

(7) 保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

- ① 決定区分
- ② 保険適用開始年月日
- ③ 暫定価格等

(8) 決定区分非C 1（新機能）、非C 2（新機能・新技術）の取扱い

- ① 決定区分C 1（新機能）又はC 2（新機能・新技術）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Fの場合を除き、それぞれ非C 1（新機能）又は非C 2（新機能・新技術）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記3(2)と同様とする。

- ② 決定区分非C 1（新機能）又は非C 2（新機能・新技術）として決定された医療機器については、他の区分による再希望を妨げない。

4 新規機能区分の設定手続き

(1) 新規機能区分設定の基本的な考え方

- ① 新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）からみて、既存の機能区分とは明らかに異なるものと認められる場合には、新規機能区分を設定する。
- ② 既存の機能区分の基準には形式的に該当しないことから決定区分C 1（新機能）となる場合には既存の機能区分の基準を見直す。

(2) 保険医療材料専門組織の関与と中医協による承認

新規機能区分の設定又は既存の機能区分の見直しについては、保険医療材料専門組織の検討を経て、中医協において審議し了承を求める。その際、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。

5 再算定手続き

材料価格基準に規定する機能区分のうち、基準材料価格改定の際に、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」(平成24年2月 日保発 第 号)第4章2に規定する再算定により基準材料価格を改定することとなっている機能区分については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し決定する。

- (1) 各機能区分に属する医療機器の外国価格については、関係する製造販売業者から、毎年、別紙8-1及び8-2に定める外国価格報告書の提出を求める。
- (2) 提出された外国価格報告書に基づき（製造販売業者から外国価格報告書の提出がない場合は、この限りでない。）、保険医療材料専門組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定の対象として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者に通知する。
- (3) 通知された再算定案に対して、不服がある製造販売業者は、1回に限り別紙9に定める再算定案不服意見書を提出することができる。
- (4) 再算定案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。
当該意見を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、再度再算定案を決定する。
この再算定案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。
- (5) 通知した再算定案について、製造販売業者に不服がないことが確認された機能区分及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料専門組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる機能区分については、当該再算定案をもって中医協総会で審議する。
- (6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。
- (7) 中医協総会で了承された再算定対象機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者にその旨を通知した上で、その後の基準材料価格改定時に再算定により基準材料価格を改定する。

6 その他

(1) 事前相談

保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等保険適用手続きに関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

(2) 医療機器の供給について

- ① 製造販売業者は、その販売等を行う医療機器が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、当該保険適用後、遅滞なく、販売等を行い当該医療機器の

医療機関への供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

- ② 当該医療機器が、市場の相当を占めているにも拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。なお、報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機関も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

医療機器保険適用希望書
(決定区分 A 1 (包括))

販 売 名			
製品名・製品コード	製品名		製品コード
類 別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 <small>(又は最終一部変更年月日)</small>	
使用目的、 効能又は効果			
製品概要			
担当者連絡先	担当者名	電話番号：	
		F A X 番号：	
		E - m a i l：	
備 考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書
(決定区分 A 2 (特定包括))

希望する特定診療報酬 算定医療機器の区分	
保険適用希望種別	1. 新規 2. 販売名、製品名、製品コードの追加・変更 3. 使用目的、効能又は効果の追加・変更
算定する関連診療 報酬項目	

販 売 名			
製品名・製品コード	製品名		製品コード
類 別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 (又は最終一部変更年月日)	
製品概要			
医療機関向け 取扱い説明書又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書	有	無
	パンフレット	有	無
メンテナンスの 要・不要	要 . 不要		
希望小売価格 (参考)			
担当者連絡先	担当者名	電話番号 :	
		F A X 番号 :	
		E - m a i l :	
備 考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書
(決定区分B (個別評価))

希望する特定保険 医療材料の区分	機能区分コード			
	B			
保険適用希望種別	1. 新規 2. 販売名、製品名、製品コードの追加・変更 3. 使用目的、効能又は効果の追加・変更			
関連する診療報酬項目				

販 売 名			
製品名・製品コード	製品名		製品コード
類 別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 (又は最終一部変更年月日)	
製品概要			
医療機関向け 取扱説明書又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱説明書 有 ・ 無 パンフレット 有 ・ 無		
メンテナンスの 要・不要	要 ・ 不要		
希望小売価格 (参考)			
担当者連絡先	担当者名	電話番号 :	
		F A X 番号 :	
		E - m a i l :	
備 考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

厚生労働大臣

殿

医療機器保険適用希望書
〔決定区分 C 1（新機能）、C 2（新機能・新技術）（類似機能区分がある場合）〕

販 売 名			
製品名・製品コード		製品名	製品コード
類 別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 (又は最終一部変更年月日)	
製品概要			
医療機関向け 取扱い説明書又は パンフレットの有無		医療機関向け取扱い説明書 有 ・ 無 パンフレット 有 ・ 無	
メンテナンスの 要・不要		要 ・ 不要	
算 定 希 望 内 容	算定方式	類似機能区分比較方式	
	類似機能区分		
	補正加算		
	算定希望価格		
	外国平均価格及び 外国平均価格との 比		
	迅速な保険導入に 係る評価の希望の 有無	有 ・ 無	
	暫定価格希望の 有無	有 ・ 無	
担当者連絡先		担当者名	電話番号： F A X 番号： E - m a i l：
備 考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

医療機器保険適用希望書
 [決定区分 C 1 (新機能)、C 2 (新機能・新技術) (類似機能区分がない場合)]

販 売 名				
製品名・製品コード		製品名	製品コード	
類 別		一般的名称		
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 (又は最終一部変更年月日)		
製品概要				
医療機関向け 取扱い説明書又は パンフレットの有無		医療機関向け取扱い説明書 有 ・ 無 パンフレット 有 ・ 無		
メンテナンスの 要・不要		要 ・ 不要		
算 定 希 望 内 容	算定方式		原価計算方式	
	原 価 計 算	製品原価		
		一般管理販売費		
		営業利益		
		流通経費		
		消費税相当額		
		算定希望価格		
	外国平均価格及び 外国平均価格との 比			
迅速な保険導入に 係る評価の希望の 有無		有 ・ 無		
担当者連絡先		担当者名	電話番号： F A X 番号： E - m a i l：	
備 考				

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成 年 月 日

住所
氏名

印

保険適用不服意見書

通知された決定案 決定案：	
区分案に対する意見	
決定案について	
新規文献等の提出の有無	有 ・ 無

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

平成 年 月 日

住所

法人にあつては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣

殿

保険適用不服意見書

通知された類似機能区分案 類似機能区分案：	
類似機能区分案に対する意見	
類似機能区分について	
新規文献等の提出の有無	有 ・ 無

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

平成 年 月 日

住所

法人にあつては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあつては、名称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣

殿

外国価格報告書（製品毎）

対象機能区分	企業名	日本			アメリカ合衆国			連合王国			ドイツ			フランス			オーストラリア		
		製品名	現地 価格	備考	製品名	現地 価格	備考	製品名	現地 価格	備考	製品名	現地 価格	備考	製品名	現地 価格	備考	製品名	現地 価格	備考

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 3 とすること。
 - 2 一つのシートに全ての製品を記載すること。

上記により、外国価格報告書を提出します。

平成 年 月 日

住所
氏名

印

厚生労働大臣 殿

外国価格報告書（製品毎）

対象機能区分	企業名	日本			アメリカ合衆国			連合王国			ドイツ			フランス			オーストラリア		
		製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A3とすること。
 - 2 一つのシートに全ての対象機能区分を記載すること。
 - 3 「現地価格」欄には、製品毎の価格を相加平均して記載すること。
 - 4 「日本」の「備考」欄には、可能な限り、対象機能区分における国内シェアを記載すること。また、その他の国の「備考」欄には、何も記載する必要はないこと。

上記により、外国価格報告書を提出します。

平成 年 月 日

住所
氏名

印

厚生労働大臣 殿

再算定案不服意見書

通知された再算定案の概要
対象となる機能区分

再算定案に対する不服意見及びその根拠

上記により、通知された再算定案に対する不服意見を提出します。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

厚生労働大臣

殿

24年改定の医科重点項目について

1. 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。

約1,200億円

2. 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。

約1,500億円

3. がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

約2,000億円

診療報酬の被災地特例について

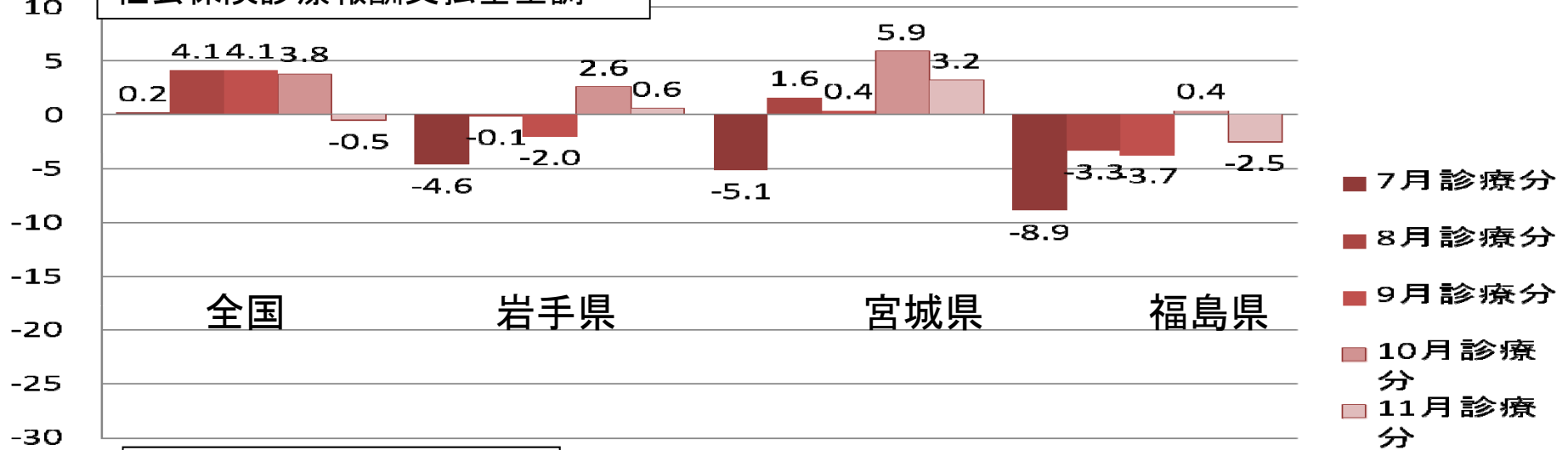
特例措置の概要			
1	月平均夜勤時間数	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(72時間以下)について、二割以内の変動であれば、当面、変更の届出を不要とする。	平成23年9月6日 事務連絡
2	看護配置	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、二割以内の変動であれば、当面、変更の届出を不要とする。	平成23年9月6日 事務連絡
3	平均在院日数	被災地の医療機関において、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合にも、二割以内の変動の場合は届出を行わなくても良く、特例的に従来 of 入院基本料等を算定できることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
4	外来機能の閉鎖	入院医療や在宅医療を行う保険医療機関において、外来機能を閉鎖してもよいこととする。	平成23年9月6日 事務連絡
5	在宅患者訪問診療料等	在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費について、週三回を超えて算定できることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
6	歯冠補綴物・クラウンブリッジ	歯科補綴物やブリッジの装着日が震災によって診療録が紛失したため、不明になった場合に装着日から二年が経ったものと取り扱うことができることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
7	180日超入院	住居の損壊、その他の東日本大震災に起因するやむを得ない事情により保険医療機関からの退院に著しい困難を伴う患者は、入院期間が180日を超えた場合も、入院基本料の減額を行わないこととする。	平成23年11月15日 厚生労働省告示 第433号

※平成24年3月31日で期限が切れるもの

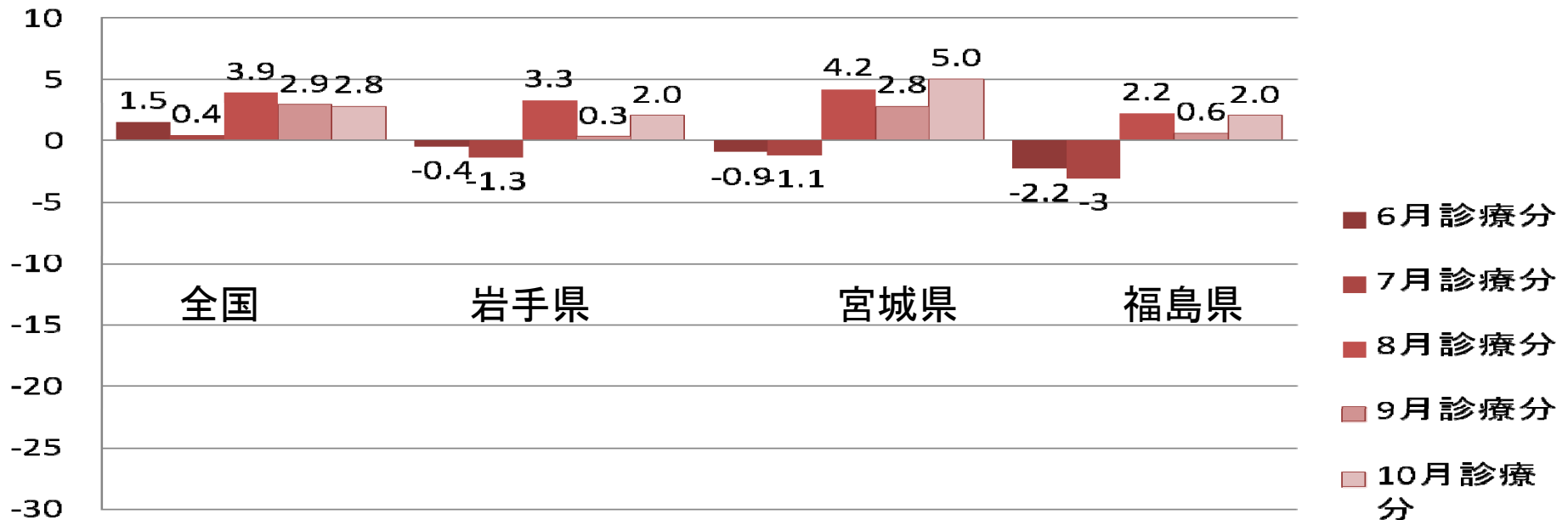
被災地における震災後のレセプト受付状況(前年同月比)

単位:%

社会保険診療報酬支払基金調べ



国民健康保険中央会調べ



※ 社会保険診療報酬支払基金及び国保連合会の報告に基づき保険局で作成

被災地特例措置の延長に対する考え方

論点

- 診療報酬の特例措置は、大部分が期限を定めていない当面の間の措置であるが、入院基本料の施設基準に関する緩和など一部は、平成24年3月31日までの措置となっている。
- これらの措置について、平成24年4月1日以降、どのように取り扱うか。

考え方

【7月1日報告】

- 保険医療機関からは、「保険医療機関及び保険医療 養担当規則」第11条の3及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成22年3月5日厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知)に基づいて、毎年、7月1日時点の施設基準の状況の報告が行われる。(以下「7月1日報告」)

【利用状況の把握について】

- 昨年(平成23年)は、7月1日報告と併せて、震災の特例措置の利用状況についても届出を求め、利用状況を把握したところ。
- 今年度末で期限を迎える特例措置もあるが、昨年7月以降は利用状況の届出調査を行っていない。

【対応案】

- 東日本大震災以降に出された診療報酬にかかる特例措置については、今年度末で期限を迎える措置も含めて、当面、平成24年9月30日まで延長してはどうか。
(7月1日報告と併せて、全国の保険医療機関に対して、一連の特例措置のこれまでの利用状況を含めて調査を行い、利用状況を把握した上で、その後の措置のあり方を検討してはどうか。)

○参照条文

保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和三十二年厚生省令第十五号)

(報告)

- 第十一条の三** 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。
- 2 前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (平成22年3月5日厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知)

第3 届出受理後の措置等

- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること

歯科訪問診療の対応について

中医協 総-6-2
24. 2. 10

- ・被災3県においては、「常時寝たきりの状態等」の表現について、一部に誤解を生じ、仮設住宅等に居住する「疾病、傷病のために通院による歯科治療困難な患者」に必要な歯科訪問診療が実施されていない例もあると聞いている。
- ・歯科訪問診療料の対象者について、できる限り誤解が生じにくいように、表現の見直しを行うこととしているが、被災3県においては前倒して実施する。

骨子における「重点課題」及び「四つの視点」関連項目（抜粋）

現 行	改定案
<p>[算定要件]</p> <p>・歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>・<u>歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。</u>なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。(改)</p>

被災3県(岩手県、宮城県、福島県)の歯科医療機関の状況等

医療機関の被災状況

	被災した歯科医療機関数	歯科医療機関数	被災した歯科医療機関の割合
岩手県	125	606	約20%
宮城県	404	1,047	約40%
福島県	381	906	約40%

※被災した歯科医療機関数(平成23年7月11日現在)

※歯科医療機関数(平成20年10月1日現在)

平成23年度第1次補正予算での対応

1. 仮設診療所・仮設歯科診療所の整備 1,263百万円(医科844百万円、歯科418百万円)

- 東日本大震災による被害が甚大な地域においては、地震や津波により沿岸地域を中心に診療所の建物が壊滅状態となり、その復興には相当な時間を要することになる。
- 避難所や仮設住宅で生活する被災者に医療を提供する体制を迅速に確保するため、仮設診療所(薬局を併設するものを含む)・仮設歯科診療所を整備する。

- ・対象経費 : 仮設診療所設置費用、医療機器購入費 等
- ・補助率 : 定額



2. 歯科巡回診療車の整備 101百万円

- 歯科疾患は、咀嚼機能を低下させるため、避難所や仮設住居等、環境の異なった場所で長く生活する高齢者や障害者にとっては、十分な栄養の摂取困難に繋がり、全身の衰弱が一層進む場合がある。
- 仮設住宅で生活する、通院困難な介護が必要な高齢の被災者や障害等を抱える被災者への歯科保健医療を確保するため、歯科巡回診療車を整備する。

- ・対象経費 : 巡回診療用の自動車購入費、車載用の医療関係機器購入費 等
- ・補助率 : 定額



「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」並びに「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」の一部改正に関するご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

意見の募集期間：平成24年1月10日(火)～平成24年1月31日(火)

告知方法：厚生労働省ホームページ

提出方法：メール、FAX、郵送

2. 意見内容

お寄せ頂いた御意見について、以下のようにとりまとめましたので、公表いたします。なお、とりまとめの都合上、同趣旨のものは集約しております。

意見総数： 13,863件

「一部改正案に賛成」： 855件

「一部改正案に反対」： 13,008件

3. 本パブリックコメントの集計結果は、中央社会保険医療協議会に報告されます。

「一部改正案に賛成」

内容	意見件数
保険薬局の選択は、調剤や服薬指導の質で決められるべき。	195件
ポイント付与は実質的に一部負担金の減免にあたる。	189件
ポイント付与は医療保険制度の健全な運営を害する。	137件
ポイント付与は患者の誘導であり、不適切である。	55件
ポイント付与を認めると、保険医療の世界に過度の競争主義を持ち込んでしまう。	31件
ポイント付与の対象である保険調剤は公費で賄われており、不適切。	29件
ポイント付与は過剰なサービス。	23件
ポイントの付与は被保険者間に不公平さを生じさせる。	17件
その他の一部改正案への賛成意見	179件
合計	855件

「一部改正案に反対」

内容	意見件数
クレジットカード・電子マネーは禁止しないというのは、整合性がない。	2788件
ポイント付与をしているのは自己負担分なので、医療保険制度上、問題はない。	1557件
ポイント付与は生活者・消費者のメリットであり、それを禁止するべきではない。	1374件
ポイントは経済的に助かる、楽しみにしているので無くさないで欲しい。	1073件
ポイント付与は既に定着をし、急に辞めてしまえば、混乱が生じる。	648件
ポイント付与は面分業・セルフメディケーションに資するので、継続をすべき。	477件
ポイント付与を省令で禁止することはおかしい。憲法違反である。	431件
ポイント付与の禁止は民間企業の営業努力を阻害する。	382件
政府は一度ポイント認めたにも関わらず、ポイントを禁止することはおかしい。	230件
その他の一部改正案への反対意見	4048件
合計	13008件

【一部改正案に賛成】

○保険薬局の選択は、調剤や服薬指導の質で決められるべき

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険薬局の選択はポイント付与の有無ではなく、適正な保険調剤を行い、良質な医療を提供していることでなされるべき。・ 保険薬局においては、ポイントによる利益で患者様に来てもらうよりも、患者のQOL向上を目指したサービスを提供することで来てもらうべき。・ 保険薬局はポイントの提供といった経済的付加価値によらず、正確な調剤、懇切丁寧な服薬指導の質を高め競い合うことで、患者から選ばれるべき。・ 消費者にとって必要なことはポイントがたまり、ポイントで買い物ができることではない。最も大切なことは正確な調剤、分かりやすい服薬指導、何でもすぐに相談できる地域に根付いた薬局がすぐ近くにあるということ。

等の同趣旨意見 195 件

○ポイントの付与は実質的に一部負担金の減免に当たる

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険調剤に係る一部負担金について、支払の際のいわゆる「ポイント」の提供、及び「ポイント」の使用については、事実上の値引きであり、慎むべきである。医療費の一部負担金を減額することは、療担規則で禁じられており、違法である。・ ポイント制度はポイントの還元により商品等の購入が可能で、実質的な自己負担率の値引き行為である。・ 保険調剤にポイントを付与して、OTC商品等を買えるようにすることは、値引きに等しく、禁止するべき。・ 保険調剤等の一部負担金に物品のサービスであるポイント付与を流用することは、医療提供に対し、そぐわしくない。また、ポイント付与及びこれに係る経費は会計処理上販促費となり、健康保険法の禁ずる値引き行為にあたるものである。・ ドラッグストアの行っている調剤に独自のポイント加算を付けることは、本来の医療行為に関係のない行為であり、禁止すべき。ポイントが貯まれば値引きをするわけであり、それをうたい文句として、処方せん獲得を目的としたチラシを巻いているのが現状。

等の同趣旨意見 189 件

○ポイント付与は医療保険制度の健全な運営を害する

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険薬局における健康保険事業の健全な運営を損なう恐れがある。・ ポイント付与する行為は、過剰な景品類の提供に繋がるなど保険薬局の本来業務という観点から見れば不適切であり、医療保険制度には馴染まない行為である。・ 保険調剤によりポイントを付与することは公的資金により個人にポイントが付与されることになる。ポイントがつくからという理由で医療機関にいかない状態であっても、受診するようになるかもしれない、そうなった場合はひっ迫している保険財政がますますひっ迫しかねない。・ ポイントを付与することは、保険診療、保険調剤の負担金で別の物を買うことと変わりが無い。ポイントを付与することが難しい小規模薬局はなんらかの商品を渡したりするようになるおそれがあり、健康保険事業が難しくなるおそれがある。・ エコポイント制度を見れば明らかなように、そもそもポイント制は消費を促すものである。医療保険にかかわる消費にポイント制が導入されれば、消費者に保険医療受診の機会を促してしまう結果になる。・ 本来はセルフメディケーションで済ましていたことでさえ、医療保険を使う治療を受ける結果になることを促しかねない。それこそ、軽度な医療の増大を起せば、本来重度・高度・希少な医療に使われるべき財政を圧迫することになる。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 137件</p>

○ポイント付与は患者の誘導であり、不適切である

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険診療の一部負担金にポイントを付与する行為については、安売りによる集客を狙った行為であり、保険診療に馴染まない。・ そもそも保険調剤は、公法上の契約であって、それ故に細部にわたり、一定のルール付けがなされている。「ポイント」は紛れもなく経済上のメリットを付与者、被付与者ともに前提としているものであって、そのポイント制度を保険調剤に適用するのは、一部負担金を免除して、患者を誘導する行為に他ならない。・ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の第二条の三に、「保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない」とされており、ポイント付与は「景品」で患者を誘導する行為と同じであり、健全な運営とは言えない。・ 「ポイントサービス」とは物品販売において、値引きの代替品であり、金券と同じ扱いに値いするものである。もともと保険調剤の一部負担金の値引きは禁止されている。患者の一部負担金に金券と同じ扱いの「ポイントサービス」をすることは、

実質的に患者に金銭を与えていることに等しい。このような行為は、公的な医療行為に経済上の利益を提供することで、患者の診療・調剤等の誘因を図るものである。
等の同趣旨意見 55 件

○ポイント付与を認めると、保険医療の世界に過度の競争主義を持ち込んでしまう

意見の内容

- ・ 経済上の利益提供により、患者を誘導されるような事態になれば、値引き競争、利益優先となり、患者の健康を後回しに考えられる可能性があり、結果として正しい治療が受けられず医療費の増大に繋がる恐れがある。
- ・ ポイント制が保険調剤等の一部負担金にも認められた場合、保険医療の安売りに繋がってしまい、今後患者は「良い医療」ではなく、「安価な医療」を選択する可能性も否定できない。
- ・ 大型店・チェーン店でのポイント制が許可されることになれば、小型店の開店、減少が進み、結果的には薬局の過疎化を招く。
- ・ ポイント制度が認められると過度の値引き競争が行われると考えられる。

等の同趣旨意見 31 件

○ポイント付与の対象である調剤報酬は公費で賄われており、不適切

意見の内容

- ・ ポイントの付与自体は、民間における物販に対するサービス行為であり、保険調剤という国の資金で運営される公的なサービスについては、馴染まない。
- ・ 公的な資金で運営されている保険調剤を一般のショッピングと同じレベルで考えるべきではない。従って、ポイント付与は妥当ではない。
- ・ 医療保険は税金とともに運用されているものなので、税の使い方として、一般的には勝手に一部負担金の支払い分にポイントを付ける等のことは許されるものではない。

等の同趣旨意見 29 件

○ポイント付与は過剰なサービス

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険調剤の一部負担金にポイント付与をする行為については、保険調剤時の過剰な景品類の提供に繋がるなど、保険薬局の本来業務という観点から見れば、不適切もしくは過剰なサービス行為である。・ 保険調剤において、「ポイント」の付与は、健康保険法の中で違反とされている過剰なサービスによる受診及び必要以上の薬の処方につながる事が予想される。本来の医療活動をきちんとされている店舗よりおまけのつく店舗の方が得なような誤解が患者の一部で起きている。
等の同趣旨意見 <u>23</u> 件

○ポイント付与は被保険者間の不公平さを生じさせる

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ ある人にはポイント還付があり、別の人は受けられないことになると同じ保険料負担をしている人でもたくさん病気をして健康保険を多く利用する人ほどポイントで得をすることになるのではないか。・ 保険調剤にポイントを付与するということは、大手ドラッグストアと小規模薬局との支払に差が生じることになり、公平な医療提供にはならなくなる。ポイント欲しさに、大手ドラッグストアに行ける人が得をして、行けない人は損をするということになりかねない。・ 保険調剤に係る一部負担金へのポイントサービスについて、ポイントサービスを金銭の還付と考えたら、医療費を多額に使用した人により多く還付することになり、健康に注意している人ほど損をすることになる。
等の同趣旨意見 <u>17</u> 件

○その他の一部改正案に対する賛成意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険医療において、ポイントが個人に付与されることに違和感を覚える。・ 調剤という行為は物販とは異なり、患者と医療者とのコミュニケーションにより適切なケアを選択するという風潮を醸成していくためにも、コストを追求するポイント制は廃止すべき。・ 薬局が個々に定めることのできるポイント付与については、薬局毎・もしくは日付により還元率が異なり（ポイント〇倍デー等）、保険診療における、全国一律サービスを著しく損ねてしまう。この点において、個々でポイントの付与率を決めることのできないクレジットカード支払いとは大きく異なる。・ 保険調剤は全国どこでも同じ自己負担金でなくてはならない。・ 病院、診療所ではポイントが付かないのに、薬局だけにポイントが許されるのは不公平である。調剤へのポイント付与が認められると診療台へのポイント付与を反対する理由が無くなり、保険医療制度の崩壊が危ぶまれる。
等の意見 <u>179</u> 件

【一部改正案に反対】

○クレジットカード・電子マネーは禁止しないのは、整合性がない

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ クレジットカード支払へのポイントが問題なく、現金払いへのポイント付与が認められないことは、現金利用者にとって不利益が生じるのではないか。・ 調剤のポイント付与を禁止するのなら、クレジットカード、電子マネーも中止にするべき。・ クレジットカードにおける決裁においては、クレジットポイントが自動的に付与されるシステムとなっているが、クレジットカードのポイントは認められるという矛盾があり、公平、公正にかけるものであるのではないか。・ クレジット支払いでポイントが付くことは明白であり、それを容認しつつ、企業が負担するポイントカードを禁止するのは公平性・倫理観からも納得できない。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 <u>2788</u>件</p>

○ポイント付与をしているのは自己負担部分なので、医療保険制度上問題ない

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 保険調剤の公費に対するポイント付与ではなく、消費者の自己負担（3割）にかかるポイント付与である。消費者の選択の自由を優先するべきであり、消費者視点を優先的に継続することが適当である。・ 国が負担している部分のお金ではなく、自分が支払っている部分についているポイントを禁止するのはいかがなものか。・ 医療費の自己負担3割へのポイント付与は法律で可能となっているはずである。・ 自己負担金へのポイント付与は保険制度上も問題ないと認識している。・ そもそも保険調剤等の一部負担金の受領に際してポイントを付与し、そのポイントを利用する際は、一部負担金の減額を目的としてポイントを利用するのではなく、保険調剤以外の商品の購入の際に用いられるものであり一部負担金の減額に当たらない。・ 自分で支払っている金額にポイントが付くのは当たり前ではないか。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 <u>1557</u>件</p>

○ポイント付与は生活者・消費者のメリットであり、それを禁止するべきではない

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 調剤ポイントは、生活者が受けるメリットであって、法令によって、その権利を奪うことはできない。・ 利用者にとってメリットがある。お年寄りなどの低所得の方の救済の役に立つ。・ 国民が自分達にとってメリットのあるところで薬を受け取ることはごく自然であり、ドラッグストアなどに患者が分散されることは、待ち時間の面でもメリットがある。・ 生活者のためポイント付与継続が望ましい。企業は地域密着医療を推進し、患者がいつでもどこでも処方せんを受け取れる体制を提供することで、患者の負担を減らすことが望ましい。・ 調剤ポイントは、消費者側のメリットであり、保険調剤以外の商品を購入する時に使用するので、廃止にする意味がない。

等の同趣旨意見 1374件

○ポイントは経済的に助かる・楽しみにしているので無くさないで欲しい

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ ポイント目当てで薬局に通っている方もいるので、引き続きポイント制は継続させるべき。・ 調剤ポイントが付くことで、少しでも経済的メリットがあり、家計が助かるので、ポイント付与は継続してほしい。・ 調剤ポイントの付与を禁止することは、患者の楽しみを奪うことになる。ただ薬をとりに来るのではなく、目に見えて貯まっていくポイントを楽しみにしている患者もいる。・ ポイントが貯まるのが楽しみで、調剤を購入している利用客もたくさんいる。禁止してしまうと、調剤の売り上げにも大きく響く。・ 消費者の立場から、調剤ポイントが使用できた方が嬉しい。・ ポイントを貯めて、商品券や商品を交換する事で少しでも生活は助かるし、楽しみでもある。・ 自己負担額にポイントが付くという楽しみで、通院の煩わしさが少しでも軽減するのではないか。・ 必死にポイントを貯めている利用客がたくさんいる。2倍の日にわざわざ来たり、ポイントカードを忘れてショックを受ける人もいる。従って、調剤にもポイントをつけてほしい。

等の同趣旨意見 1073件

○ポイント付与は既に定着しており、急に辞めてしまえば混乱が生じる

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ ポイント制について、今現在、利用者からの不満やクレームがないにも関わらず、それを突然廃止にするという行為は誰の利益にもならない。・ 患者・利用客に浸透してきた調剤ポイントを中止することは混乱を招くことになる。患者・利用客に納得のいく説明が行えるように十分な説明と根拠を示してもらいたい。・ 現在ポイント付与をしておきながら、急に中止をした場合には利用客の混乱及び不満を招く。・ 急にポイント付与を辞めた場合に、患者の理解を得られるかが不安。各店舗でのクレームが多くなると予想される。・ 現在も中止報道に不安を抱く患者・利用客がいる。

等の同趣旨意見 648 件

○調剤ポイント付与は面分業・セルフメディケーションに資するので、継続をするべき

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 調剤ポイント付与によるセルフメディケーションに対する意識を高め、より健康な生活を送ることができる。・ 調剤ポイント付与によって、門前薬局に通っていた患者が移ってきている。調剤ポイントによって面分業やセルフメディケーションが推進され、今後のあるべき方向に向かっている。・ ドラッグストア併設の調剤薬局でも、患者に対し地域密着型かかりつけ薬局のメリットを充分説明し、理解いただいている。その上でポイントを付けて患者にどちらの薬局を選ぶのか選択いただいている。ポイントはきっかけに過ぎず、ポイント継続により分業が促進される。・ 利用客は利便性を求めており、ポイント付与は門前薬局から脱却していくチャンスで、面分業を活性化する一つである。

等の同趣旨意見 477 件

○ポイント付与を省令で禁止することはおかしい。憲法違反である

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 法律で可能となっている調剤ポイントをその下位の省令で禁止することは、憲法で保障されている営業の自由を脅かすものではないか。・ 省令によって消費者・利用者の権利は奪うことはできない。・ 顧客サービスのひとつとして、制限される適切な法的背景が見当たらない。法的な規制がないのであれば、通知や規則で縛るべきではない。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 <u>431</u> 件</p>

○ポイント付与の禁止は民間企業の営業努力を阻害する

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 調剤ポイント付与に関しては、各々の企業や薬局の努力によって、行われるものであり、ポイント付与の禁止は行政による民業圧迫行為となる。・ 保険薬局のポイント付与については、企業努力によるものであり、禁止は消費者に対するサービス低下を招く。・ ポイント付与は、企業努力であり、利用客に対するサービスの一助である。継続することに問題・支障はない。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 <u>382</u> 件</p>

○政府は一度ポイント付与を認めたにも関わらず、ポイントを禁止することはおかしい

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 調剤ポイント付与の問題があがった際に、その時点では、違法と言う判断がされなかったにも関わらず、ポイント付与を開始した企業がある今になって違法とするのはおかしい。・ 国会での質問に対する回答では、療養担当規則でも問題ないということではなかったか。厚生労働省がOKを出してから時間が経過しすぎている。場当たりの対応である。・ 調剤の自己負担金支払におけるポイント付与に関して、厚労省として「制約するものではない」とのコメントがあった。さらに国会質疑においても「規制する規定はない」とはっきり明言しており、国民に周知されている。これを中央社会保険医療協議会の意見でポイント付与禁止に切り替える趣旨が理解できない。 <p style="text-align: right;">等の同趣旨意見 <u>230</u> 件</p>

○その他の一部改正案への反対意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">・ 調剤ポイント廃止は困るので、やめて頂きたい。・ 調剤ポイントを継続して、どこでも、好きな調剤へ行ける環境を整えて欲しい。患者にも選ぶ権利がある。・ 調剤ポイント付与については、規制の対象となることは理解できない訳ではない。しかし、現場では、利用者のポイント付与に対する声は大きく、利用者の利便性や、店舗と利用者をつなぐ大きな助力になっている事は明白であり、現状では、一概に禁止することのマイナス面の方が大きい。・ ポイント制度そのものは、多方面で利用されているし、今後、もっと利用範囲を広げていくものと思われる。
等の意見 <u>4048</u> 件

保険薬局における一部負担金に対するポイント付与禁止に関する考え方

保険薬局における調剤一部負担金に対するポイント付与については、昨年の中医協で以下の考え方が示された。

平成23年11月2日 中央社会保険医療協議会 資料(抜粋)

(2) 対応案

○ 一部負担金等の受領に応じて、専らポイントの付与及びその還元を目的とするポイントカードについては、ポイントの付与を認めないことを原則としてはどうか。

○ 一方で、現金と同様の支払い機能を持つ、クレジットカードや、一定の汎用性のある電子マネーによる支払に伴い生じるポイントの付与は、これらのカードが患者の支払の利便性向上が目的であることに鑑み、やむを得ないものとして認めることとしてはどうか。

○ これらについては、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正することとし、各薬局等における準備期間も必要であることから、施行は平成24年4月1日としてはどうか。



- ・現在調剤ポイントを付与している事例が相当程度あった。
- ・禁止規定を明確化した上で、保険薬局における周知及び準備の期間を十分に設けるために、一部改正については、**平成24年10月1日**を施行日としてはどうか。

中医協 総-7-3
24.2.10

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書(案)

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の一部改正について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件のうち、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の一部改正（経済上の利益の提供による誘引の禁止）については、別紙1から別紙3までのとおり改正案を答申する。

別紙 1

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【平成24年10月1日施行】

改正案	現行
<p><u>（経済上の利益の提供による誘引の禁止）</u> <u>第二条の四の二 保険医療機関は、患者に</u> <u>対して、第五条の規定により受領する費</u> <u>用の額に応じて当該保険医療機関が行う</u> <u>収益業務に係る物品の対価の額の値引き</u> <u>をすることその他の健康保険事業の健全</u> <u>な運営を損なうおそれのある経済上の利</u> <u>益の提供により、当該患者が自己の保険</u> <u>医療機関において診療を受けるように誘</u> <u>引してはならない。</u></p>	<p>（新設）</p>

別紙 2

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

【平成24年10月1日施行】

改正案	現行
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止)</p> <p><u>第二条の三の二 保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。</u></p>	<p>(新設)</p>

別紙 3

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成24年10月1日施行】

改正案	現行
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止) <u>第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(経済上の利益の提供による誘引の禁止) <u>第二十五条の三の二 保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。</u></p>	<p>(新設)</p>

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

1. 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ（別添）。
2. 今般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

(1) 1月27日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
アムロジピンベシル酸塩	ノルバスク錠 2.5mg ノルバスク錠 5mg ノルバスク OD錠 2.5mg ノルバスク OD錠 5mg 【ファイザー（株）】 アムロジン錠 2.5mg アムロジン錠 5mg アムロジン OD錠 2.5mg アムロジン OD錠 5mg 【大日本住友製薬（株）】	<小児適応の追加> 高血圧症
エナラプリルマレイン酸塩	レニベース錠 2.5 レニベース錠 5 レニベース錠 10 【MSD（株）】	<小児適応の追加> 高血圧症
バルサルタン	ディオバン錠 20mg ディオバン錠 40mg ディオバン錠 80mg ディオバン錠 160mg 【ノバルティス ファーマ（株）】	<小児適応の追加> 高血圧症
リシノプリル	ゼストリル錠 5 ゼストリル錠 10 ゼストリル錠 20 【アストラゼネカ（株）】 ロンゲス錠 5mg ロンゲス錠 10mg ロンゲス錠 20mg 【塩野義製薬（株）】	<小児適応の追加> 高血圧症

(2) 2月1日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
スルファメトキサゾール・トリメトプリム	バクタ配合錠 バクタ配合顆粒 【塩野義製薬（株）】 バクトラミン配合錠 バクトラミン配合顆粒 【中外製薬（株）】	<適応の追加> （適応菌種） ニューモシスチス・イロベチー （適応症） ニューモシスチス肺炎、ニューモシスチス肺炎の発症抑制※ ※ニューモシスチス肺炎のリスクを有する患者が対象
メトロニダゾール	フラジール内服錠 250mg 【塩野義製薬（株）】	<適応の追加> ・アメーバ赤痢 ・ランブル鞭毛虫感染症 ・嫌気性菌感染症 （適応菌種） 本剤に感性のペプトストレプトコッカス属、バクテロイデス属、プレボテラ属、ポルフィロモナス属、フソバクテリウム属、クロストリジウム属、ユーバクテリウム属 （適応症） 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、深在性皮膚感染症、骨髄炎、肺炎、肺膿瘍、腹膜炎、腹腔内膿瘍、肝膿瘍、骨盤内炎症性疾患、脳膿瘍 ・感染性腸炎 （適応菌種） 本剤に感性のクロストリジウム・ディフィシル （適応症） 感染性腸炎（偽膜性大腸炎を含む）

(参考)

- 適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページに公表されている。
http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html
- 上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

〔平成22年8月25日〕
中 医 協 了 承

○ 適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

- ① 検討会議^{※)}において、医療上の必要性が高いと判断
- ② 検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成
- ③ 検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断
- ④ 検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

※)「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

○ このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。