

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
第1章 基本診療料		
第1部 初・再診料		
第1節 初診料		
A 0 0 0 初診料	<p>【注の見直し】</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、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</p>	<p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、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</p>

【注の見直し】

かかわらず、209点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るもの）の数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

かかわらず、209点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るもの）の数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

【注の見直し】

注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したもの）をいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載され

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したもの）をいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生

【注の見直し】

ている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。) が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、209点を算定する。

注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間)をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。)又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児の場合においては、345点)を所定点数に加算する。

注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間)をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。)又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点)を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関
(注7のただし書に規定するものを除く。)
にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣
が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療
機関が表示する診療時間内の時間に限る。）
において妊婦に対して初診を行った場合は、
注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、3
65点又は695点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出
た保険医療機関（許可病床数が200床未満の
病院又は診療所に限る。）において初診を行
った場合は、機能強化加算として、80点を所
定点数に加算する。

第2節 再診料

A 0 0 1 再診料

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以
上である病院に限る。）における医療用医薬
品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療
機関において再診を行った場合には、注1の
規定にかかわらず、53点を算定する。

注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす
保険医療機関（許可病床数が200床以上ある
病院に限る。）において再診を行った場合
には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率
再診料として、53点を算定する。

【注の見直し】

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

→

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。

→

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- | | |
|-------------|-----|
| イ 地域包括診療加算1 | 25点 |
| ロ 地域包括診療加算2 | 18点 |

【注の見直し】

注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患

→

注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患

(疑いのものを除く。) を有するものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。) に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

(疑いのものを除く。) を有するものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。) に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- | | |
|-----------------|-----|
| イ 認知症地域包括診療加算 1 | 35点 |
| ロ 認知症地域包括診療加算 2 | 28点 |

→
注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点

【注の追加】

(追加)

を更に所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注16 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

【注の見直し】

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

【注の見直し】

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

【注の見直し】

注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、54点を算定する。

【注の見直し】

注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合において

【注の追加】

(追加)

は、250点) を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関(区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において妊婦に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 0 0 3 オンライン診療料(月1回) 70点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
注2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番

号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する月は、別に算定できない。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

1 7対1入院基本料	1,591点
2 10対1入院基本料	1,332点
3 13対1入院基本料	1,121点
4 15対1入院基本料	960点

1 急性期一般入院基本料 イ 急性期一般入院料1	1,591点
ロ 急性期一般入院料2	1,561点
ハ 急性期一般入院料3	1,491点
ニ 急性期一般入院料4	1,387点
ホ 急性期一般入院料5	1,377点
ヘ 急性期一般入院料6	1,357点
ト 急性期一般入院料7	1,332点
2 地域一般入院基本料 イ 地域一般入院料1	1,126点
ロ 地域一般入院料2	1,121点
ハ 地域一般入院料3	960点

【注の見直し】

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

→
注5 地域一般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

から転院した患者又は介護保険法（平成9年法律第123号）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。

は介護老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」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。

【注の削除】

注6 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算 1	55点
ロ 看護必要度加算 2	45点
ハ 看護必要度加算 3	25点

→ (削除)

【注の削除】

注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注 6 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A 1 0 1 療養病棟入院基本料（1日
につき）

【項目の見直し】

1 療養病棟入院基本料 1

イ 入院基本料A 1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点）
ロ 入院基本料B 1,755点（生活療養を受

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料A 1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,795点）
ロ 入院料B 1,755点（生活療養を受ける

ける場合にあっては、1,741点)

ハ 入院基本料C 1,468点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,454点)

ニ 入院基本料D 1,412点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,397点)

ホ 入院基本料E 1,384点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,370点)

ヘ 入院基本料F 1,230点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,215点)

ト 入院基本料G 967点 (生活療養を受ける場合にあっては、952点)

チ 入院基本料H 919点 (生活療養を受ける場合にあっては、904点)

リ 入院基本料 I 814点 (生活療養を受ける場合にあっては、800点)

2 療養病棟入院基本料 2

イ 入院基本料A 1,745点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,731点)

ロ 入院基本料B 1,691点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,677点)

ハ 入院基本料C 1,403点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,389点)

ニ 入院基本料D 1,347点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,333点)

ホ 入院基本料E 1,320点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,305点)

ヘ 入院基本料F 1,165点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,151点)

ト 入院基本料G 902点 (生活療養を受ける場合にあっては、888点)

場合にあっては、1,741点)

ハ 入院料C 1,468点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,454点)

ニ 入院料D 1,412点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,397点)

ホ 入院料E 1,384点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,370点)

ヘ 入院料F 1,230点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,215点)

ト 入院料G 967点 (生活療養を受ける場合にあっては、952点)

チ 入院料H 919点 (生活療養を受ける場合にあっては、904点)

リ 入院料 I 814点 (生活療養を受ける場合にあっては、800点)

2 療養病棟入院料 2

イ 入院料A 1,745点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,731点)

ロ 入院料B 1,691点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,677点)

ハ 入院料C 1,403点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,389点)

ニ 入院料D 1,347点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,333点)

ホ 入院料E 1,320点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,305点)

ヘ 入院料F 1,165点 (生活療養を受ける場合にあっては、1,151点)

ト 入院料G 902点 (生活療養を受ける場合にあっては、888点)

チ 入院基本料H 854点（生活療養を受け
る場合にあっては、840点）
リ 入院基本料 I 750点（生活療養を受け
る場合にあっては、735点）

チ 入院料H 854点（生活療養を受ける場
合にあっては、840点）
リ 入院料 I 750点（生活療養を受ける場
合にあっては、735点）

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟について
ては、当分の間、地方厚生局長等に届け出た
場合に限り、当該病棟に入院している患者
(第3節の特定入院料を算定する患者を除
く。)について、特別入院基本料として、57
6点（生活療養を受ける場合にあっては、562
点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基
本料2については、注1に規定する別に厚生
労働大臣が定める施設基準に適合するものと
して地方厚生局長等に届け出していた病棟であ
って、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定
めるもののみに適合しなくなったものとして
地方厚生局長等に届け出た病棟については、
当該病棟に入院している患者（第3節の特定
入院料を算定する患者を除く。）について、
当該基準に適合しなくなった後の直近3月に
限り、月平均夜勤時間超過減算として、それ
ぞれの所定点数から100分の15に相当する点
数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定
める場合には、算定できない。

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟について
ては、当分の間、地方厚生局長等に届け出た
場合に限り、当該病棟に入院している患者
(第3節の特定入院料を算定する患者を除
く。)について、特別入院基本料として、57
6点（生活療養を受ける場合にあっては、562
点）を算定できる。

【注の見直し】

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態
の場合は、当該基準に従い、当該患者につき

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に
厚生労働大臣が定める状態のものに対して、

じよくそう
、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

じよくそう
必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ	じよくそう 褥瘡対策加算 1	15点
ロ	じよくそう 褥瘡対策加算 2	5点

【注の見直し】

注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

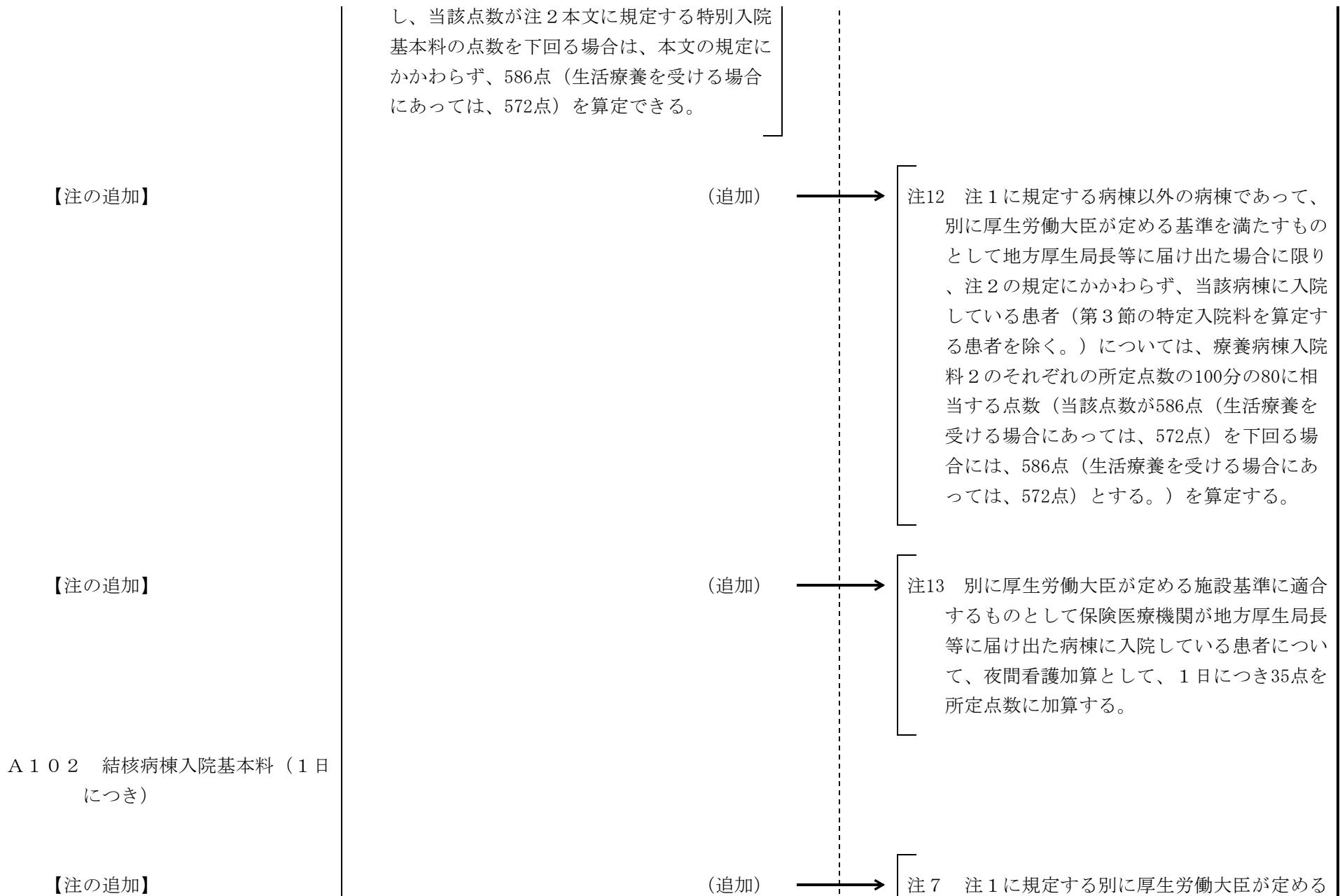
注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注10 療養病棟入院基本料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1

注10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日に

	日につき10点を所定点数に加算する。	→	つき50点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	<p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。</p>	→	<p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p>
【注の削除】	<p>注12 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（療養病棟入院基本料2を届け出していた病棟に限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただ</p>	→	(削除)



		<p>施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p>
A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）	【注の追加】	<p>(追加) →</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>
	【注の追加】	<p>(追加) →</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、</p>

A 105 専門病院入院基本料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A 108 有床診療所入院基本料（1
日につき）

【注の追加】

(追加)

る。

イ 14日以内の期間

129点

ロ 15日以上30日以内の期間

104点

【注の追加】

(追加)

注10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

注11 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

→

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき5点を所定点数に加算する。

→

注11 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき20点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

→

注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの

A 109 有床診療所療養病床入院基
本料（1日につき）

【注の見直し】

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態
の場合は、当該基準に従い、当該患者につき
、褥瘡評価実施加算として、1日につき15
点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出
た診療所である保険医療機関に入院している
患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療
機関の一般病棟から転院した患者又は介護老
人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人
ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から
入院した患者については、転院又は入院した
日から起算して14日を限度として、救急・在
宅等支援療養病床初期加算として、1日につ
き150点を所定点数に加算する。

については、当該基準に係る区分に従い、入
院日から起算して15日以降30日までの期間に
限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき
所定点数に加算する。

- | | |
|------------|------|
| イ 介護連携加算 1 | 192点 |
| ロ 介護連携加算 2 | 38点 |

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態
にあり、必要な褥瘡対策を行った場合は、
患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次
に掲げる点数を所定点数に加算する。

- | | |
|------------|-----|
| イ 褥瘡対策加算 1 | 15点 |
| ロ 褥瘡対策加算 2 | 5点 |

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方厚生局長等に届け出
た診療所である保険医療機関に入院している
患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療
機関の一般病棟から転院した患者又は介護老
人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム
、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自
宅から入院した患者については、転院又は入院した
日から起算して14日を限度として、救急・在
宅等支援療養病床初期加算として、1日につき
150点を所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

A 200 総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A 206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

【注の見直し】

注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 207-2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【点数の見直し】

1 医師事務作業補助体制加算 1		→	
イ 15対 1 補助体制加算	870点	920点	
ロ 20対 1 補助体制加算	658点	708点	
ハ 25対 1 補助体制加算	530点	580点	
ニ 30対 1 補助体制加算	445点	495点	
ホ 40対 1 補助体制加算	355点	405点	
ヘ 50対 1 補助体制加算	275点	325点	
ト 75対 1 補助体制加算	195点	245点	
チ 100対 1 補助体制加算	148点	198点	
2 医師事務作業補助体制加算 2		→	
イ 15対 1 補助体制加算	810点	860点	
ロ 20対 1 補助体制加算	610点	660点	
ハ 25対 1 補助体制加算	490点	540点	
ニ 30対 1 補助体制加算	410点	460点	
ホ 40対 1 補助体制加算	330点	380点	
ヘ 50対 1 補助体制加算	255点	305点	
ト 75対 1 補助体制加算	180点	230点	
チ 100対 1 補助体制加算	138点	188点	

A 207-3 急性期看護補助体制加
算（1日につき）

【点数の見直し】

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	→	210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		190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

170点
130点

【注の見直し】

注 1 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び
処遇の改善を図るための看護業務の補助の体
制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定
める施設基準に適合しているものとして地方
厚生局長等に届け出た病棟に入院している患
者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等
を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算
を算定できるものを現に算定している患者に
限る。）について、入院した日から起算して
14日を限度として所定点数に加算する。

注 1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図
るための看護業務の補助の体制その他の事項
につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に
適合しているものとして地方厚生局長等に届
け出た病棟に入院している患者（第1節の入
院基本料（特別入院基本料等を除く。）のう
ち、急性期看護補助体制加算を算定できるも
のを現に算定している患者に限る。）について、
入院した日から起算して14日を限度として
所定点数に加算する。

【注の見直し】

注 2 夜間における看護業務の補助の体制につき
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た
病棟に入院している患者については、当該施
設基準に係る区分に従い、1日につき次に掲
げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算す
る。

- イ 夜間30対 1 急性期看護補助体制加算
40点
- ロ 夜間50対 1 急性期看護補助体制加算
35点
- ハ 夜間100対 1 急性期看護補助体制加算
20点

注 2 夜間における看護業務の補助の体制につき
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た
病棟に入院している患者については、当該基
準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる
点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 夜間30対 1 急性期看護補助体制加算
90点
- ロ 夜間50対 1 急性期看護補助体制加算
85点
- ハ 夜間100対 1 急性期看護補助体制加算
70点

【注の見直し】

注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、10点を更に所定点数に加算する。

→
注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。

A 207-4 看護職員夜間配置加算
(1日につき)

【項目の見直し】

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 看護職員夜間12対1配置加算 | |
| イ 看護職員夜間12対1配置加算1 | 80点 |
| ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 | 60点 |
| 2 看護職員夜間16対1配置加算 | 40点 |

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 看護職員夜間12対1配置加算 | |
| イ 看護職員夜間12対1配置加算1 | 95点 |
| ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 | 75点 |
| 2 看護職員夜間16対1配置加算 | |
| イ 看護職員夜間16対1配置加算1 | 55点 |
| ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 | 30点 |

A 213 看護配置加算 (1日につき)
)

【点数の見直し】

12点 → 25点

A 214 看護補助加算 (1日につき)
)

【点数の見直し】

- | | |
|-----------|------|
| 1 看護補助加算1 | 109点 |
| 2 看護補助加算2 | 84点 |
| 3 看護補助加算3 | 56点 |

- | |
|------|
| 129点 |
| 104点 |
| 76点 |

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。

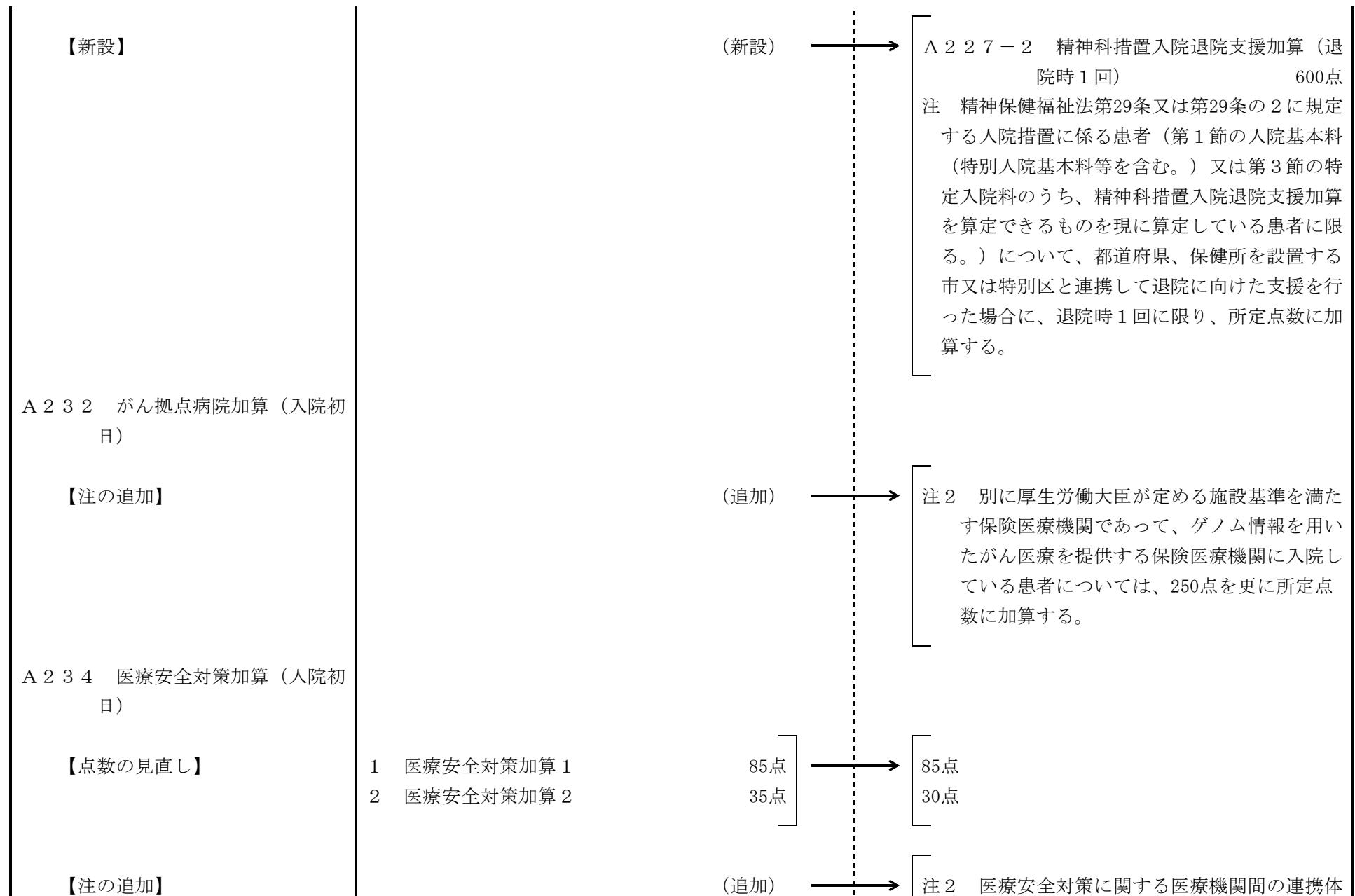
A 2 2 6 – 2 緩和ケア診療加算（1
日につき）

【点数の見直し】

400点 → 390点

【注の追加】

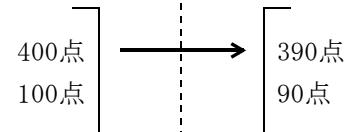
(追加) →
注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。



A 2 3 4 – 2 感染防止対策加算（入院初日）

【点数の見直し】

- 1 感染防止対策加算 1
2 感染防止対策加算 2



【注の追加】

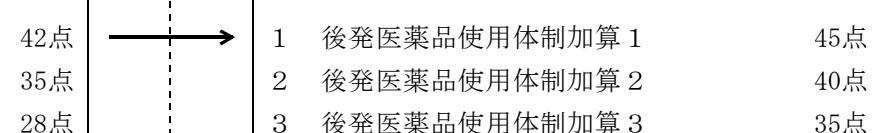
(追加)

注 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

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】

- 1 後発医薬品使用体制加算 1
2 後発医薬品使用体制加算 2
3 後発医薬品使用体制加算 3

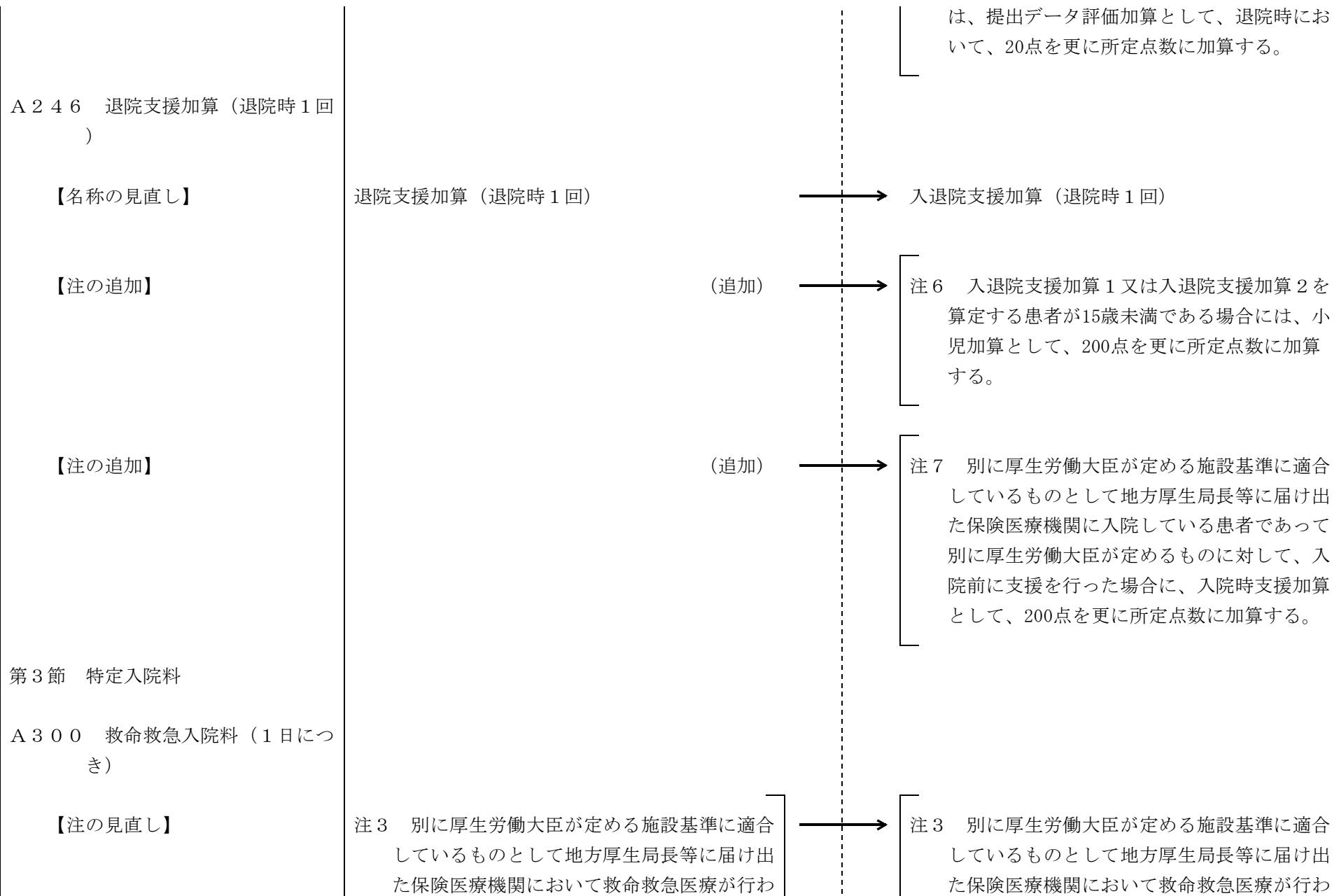


制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点

ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点

		4 後発医薬品使用体制加算 4	22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。）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。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	
A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）			
【項目の見直し】	1 データ提出加算 1 イ 200床以上の病院の場合 120点 ロ 200床未満の病院の場合 170点 2 データ提出加算 2 イ 200床以上の病院の場合 130点 ロ 200床未満の病院の場合 180点	1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点 2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点	
【注の追加】	(追加)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者について	



れた場合には、1日につき1,000点を所定点数に加算する。

れた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急体制充実加算1	1,500点
ロ 救急体制充実加算2	1,000点
ハ 救急体制充実加算3	500点

【注の削除】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。

(削除)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料（1日につき）

【注の追加】

(追加)

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H 0 0 0 に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H 0 0 1 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H 0 0 1 - 2 に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H 0 0 2 に掲げる運動器リハビリテーション料、H 0 0 3 に掲げる呼吸器

A 301-4 小児特定集中治療室管理料（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、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

→
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

A 307 小児入院医療管理料（1日につき）

【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2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬

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

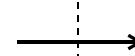
、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、^{じよくそう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、^{じよくそう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

A 308 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
2,025点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,011点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
1,811点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,796点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
1,657点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,642点)

- 
- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,085点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,071点)
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
2,025点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,011点)
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
1,861点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,846点)
 - 4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4
1,806点

【注の削除】

注 3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者 1 人につき 1 日につき 40 点を所定点数に加算する。

（生活療養を受ける場合にあっては、1,791点）

5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5
1,702点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,687点）

6 回復期リハビリテーション病棟入院料 6
1,647点

（生活療養を受ける場合にあっては、1,632点）

（削除）

【注の見直し】

注 4 診療に係る費用（注 2、注 3 及び注 5 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1 のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の

注 3 診療に係る費用（注 2 及び注 4 に規定する加算、当該患者に対して行った第 2 章第 1 部医学管理等の区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定するものに限る。）、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退

A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 地域包括ケア病棟入院料 1 2,558点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,544点)
- 2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,544点)
- 3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,044点)
- 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,044点)

-
- 1 地域包括ケア病棟入院料 1 2,738点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,724点)
 - 2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,738点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,724点)
 - 3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,558点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,544点)
 - 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,558点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,544点)
 - 5 地域包括ケア病棟入院料 3 2,238点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,224点)
 - 6 地域包括ケア入院医療管理料 3 2,238点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,224点)
 - 7 地域包括ケア病棟入院料 4 2,038点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,024点)
 - 8 地域包括ケア入院医療管理料 4 2,038点
(生活療養を受ける場合にあっては、2,024点)

【注の見直し】

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

→

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機

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

関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,371点、2,371点、2,191点、2,191点、1,943点、1,943点、1,743点又は1,743点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,357点、2,357点、2,177点、2,177点、1,929点、1,929点、1,729点又は1,729点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療

【注の見直し】

注 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

→
注 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注 6 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1の

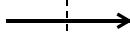
→
注 6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援

イに限る。) 及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。) は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流^{かん}、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。) は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

【注の追加】

(追加)



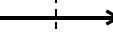
注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき55点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)



注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
イ 年6日以内であること。

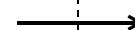
		□ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。
A 310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）		
【項目の見直し】		
1 30日以内の期間 2 31日以上60日以内の期間 3 61日以上の期間	4,926点 4,400点 3,300点	 1 緩和ケア病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 5,051点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,514点 ハ 61日以上の期間 3,350点 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 4,826点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,370点 ハ 61日以上の期間 3,300点
A 311 精神科救急入院料（1日につき）		
【注の追加】		
	(追加)	 注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。
A 311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）		
【注の追加】		
	(追加)	 注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料（1
日につき）

【注の見直し】

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。

しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。



注 3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- | | |
|------------|-----|
| イ 30日以内の期間 | 84点 |
| ロ 31日以上の期間 | 40点 |

【注の見直し】

注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号 H 0 0 3—2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号 H 0 0 7—3 に掲げる認知症患者リ

注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号 H 0 0 3—2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）



A 3 1 7 特定一般病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

ハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8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。

、区分番号H 0 0 4に掲げる摂食機能療法、区分番号H 0 0 7—3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

注4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ

注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ

	<p>2,191点又は1,763点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>	<p>2,371点、2,191点、1,943点又は1,743点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。</p>
第4節 短期滞在手術等基本料		
A400 短期滞在手術等基本料		
【項目の見直し】	<p>1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）</p>	<p>1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）</p>

	2,856点		2,856点
2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）	4,918点	2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合）	4,918点
(生活療養を受ける場合にあっては、4,890点)		(生活療養を受ける場合にあっては、4,890点)	
3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）		3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	
イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帶用装置を使用した場合 17,300点		イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,265点	
(生活療養を受ける場合にあっては、17,229点)		(生活療養を受ける場合にあっては、9,194点)	
ロ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点		ロ D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,090点	
(生活療養を受ける場合にあっては、7,420点)		(生活療養を受ける場合にあっては、6,019点)	
ハ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,349点		ハ D 4 1 3 前立腺針生検法 11,334点	
(生活療養を受ける場合にあっては、9,278点)		(生活療養を受ける場合にあっては、11,263点)	
ニ D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,000点		ニ K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術 19,394点	
(生活療養を受ける場合にあっては、5,929点)		(生活療養を受ける場合にあっては、19,323点)	
ホ D 4 1 3 前立腺針生検法 11,380点		ホ K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 41,072点	
(生活療養を受ける場合にあっては、11,309点)		(生活療養を受ける場合にあっては、41,001点)	
ヘ K 0 0 8 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 19,993点		ヘ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側) 22,010点	
(生活療養を受ける場合にあっては、19,922点)		(生活療養を受ける場合にあっては、21,939点)	
ト K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術 19,313点		ト K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側) 37,272点	
(生活療養を受ける場合にあっては、19,242点)		(生活療養を受ける場合にあっては、37,201点)	
チ K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 40,666点		チ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 19,967点	
(生活療養を受ける場合にあっては、40,595点)			

リ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズ
を挿入する場合 □ その他のもの（片側）
22,096点
(生活療養を受ける場合にあっては、22,025点)
ヌ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズ
を挿入する場合 □ その他のもの（両側）
37,054点
(生活療養を受ける場合にあっては、36,983点)
ル K 282 水晶体再建術 2 眼内レンズ
を挿入しない場合（片側） 20,065点
(生活療養を受ける場合にあっては、19,994点)
ヲ K 282 水晶体再建術 2 眼内レンズ
を挿入しない場合（両側） 30,938点
(生活療養を受ける場合にあっては、30,867点)
ワ K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ
ンチメートル未満 19,806点
(生活療養を受ける場合にあっては、19,735点)
カ K 616-4 経皮的シャント拡張術・血
栓除去術 37,588点
(生活療養を受ける場合にあっては、37,517点)
ヨ K 617 下肢静脈瘤手術 1 拔去切
除術 24,013点
(生活療養を受ける場合にあっては、23,942点)
タ K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療
法（一連として） 12,669点
(生活療養を受ける場合にあっては、12,598点)
レ K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結
紮術 11,749点
(生活療養を受ける場合にあっては、11,678点)
ゾ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ

(生活療養を受ける場合にあっては、19,896点)
リ K 616-4 経皮的シャント拡張術・血
栓除去術 37,350点
(生活療養を受ける場合にあっては、37,279点)
ヌ K 617 下肢静脈瘤手術 1 拔去切
除術 23,655点
(生活療養を受ける場合にあっては、23,584点)
ル K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療
法（一連として） 12,082点
(生活療養を受ける場合にあっては、12,011点)
ヲ K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結
紮術 11,390点
(生活療養を受ける場合にあっては、11,319点)
ワ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
ア（3歳未満に限る。） 34,388点
(生活療養を受ける場合にあっては、34,317点)
カ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
ア（3歳以上6歳未満に限る。） 27,515点
(生活療養を受ける場合にあっては、27,444点)
ヨ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
ア（6歳以上15歳未満に限る。） 24,715点
(生活療養を受ける場合にあっては、24,644点)
タ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ
ア（15歳以上に限る。） 24,540点
(生活療養を受ける場合にあっては、24,469点)
レ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両
側）（3歳未満に限る。） 68,168点
(生活療養を受ける場合にあっては、68,097点)
ゾ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両
側）（3歳以上6歳未満に限る。）

ア (3歳未満に限る。) 35,052点 (生活療養を受ける場合にあっては、34,981点)	54,494点 (生活療養を受ける場合にあっては、54,423点)
ツ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (3歳以上6歳未満に限る。) 28,140点 (生活療養を受ける場合にあっては、28,069点)	ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) 43,122点 (生活療養を受ける場合にあっては、43,051点)
ネ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (6歳以上15歳未満に限る。) 25,498点 (生活療養を受ける場合にあっては、25,427点)	ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) 50,397点 (生活療養を受ける場合にあっては、50,326点)
ナ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ ア (15歳以上に限る。) 24,466点 (生活療養を受ける場合にあっては、24,395点)	ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,163点 (生活療養を受ける場合にあっては、14,092点)
ラ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) 68,729点 (生活療養を受ける場合にあっては、68,658点)	ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 17,699点 (生活療養を受ける場合にあっては、17,628点)
ム K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。) 55,102点 (生活療養を受ける場合にあっては、55,031点)	ム K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) 12,079点 (生活療養を受ける場合にあっては、12,008点)
ウ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) 43,921点 (生活療養を受ける場合にあっては、43,850点)	ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 27,934点 (生活療養を受ける場合にあっては、27,863点)
ヰ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) 50,212点 (生活療養を受ける場合にあっては、50,141点)	ヰ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 17,552点 (生活療養を受ける場合にあっては、17,481点)
ノ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,314点 (生活療養を受ける場合にあっては、14,243点)	ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,354点 (生活療養を受ける場合にあっては、34,283点)
オ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上	

<p>17,847点 (生活療養を受ける場合にあっては、17,776点)</p> <p>ク K 7 4 3 痘核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)</p> <p>12,291点 (生活療養を受ける場合にあっては、12,220点)</p> <p>ヤ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 28,010点 (生活療養を受ける場合にあっては、27,939点)</p> <p>マ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術</p> <p>17,344点 (生活療養を受ける場合にあっては、17,273点)</p> <p>ケ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術</p> <p>34,438点 (生活療養を受ける場合にあっては、34,367点)</p> <p>フ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放 射線治療 59,855点 (生活療養を受ける場合にあっては、59,784点)</p>	<p>オ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放 射線治療 59,998点 (生活療養を受ける場合にあっては、59,927点)</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>注2 保険医療機関 (診療所を除く。) において、当該手術を行った場合 (入院した日から起算して5日までの期間に限る。) は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p>	 <p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合 (入院した日から起算して5日までの期間に限る。) は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第1部 医学管理等		
【通則の新設】	(新設)	<p>→ 通則</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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料、区分番号B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B 0 0 1 の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 9 に掲げる地域包括診療料、区分番号B 0 0 1 - 2 - 10 に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B 0 0 1 - 3 に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が 2 月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月 1</p>

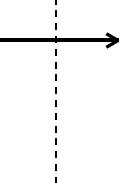
B 0 0 1 特定疾患治療管理料

2 特定薬剤治療管理料

【項目の見直し】

特定薬剤治療管理料

470点



イ 特定薬剤治療管理料 1	470点
ロ 特定薬剤治療管理料 2	100点

【注の追加】

(追加)

注 7 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月 1 回に限り所定点数を算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

【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

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を

回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

5 小児科療養指導料

【注の見直し】

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。

限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

【注の追加】

(追加)

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

7 難病外来指導管理料

【注の追加】

(追加)

注 5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、50点を所定点数に加算する。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【注の見直し】

注 5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

注 5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

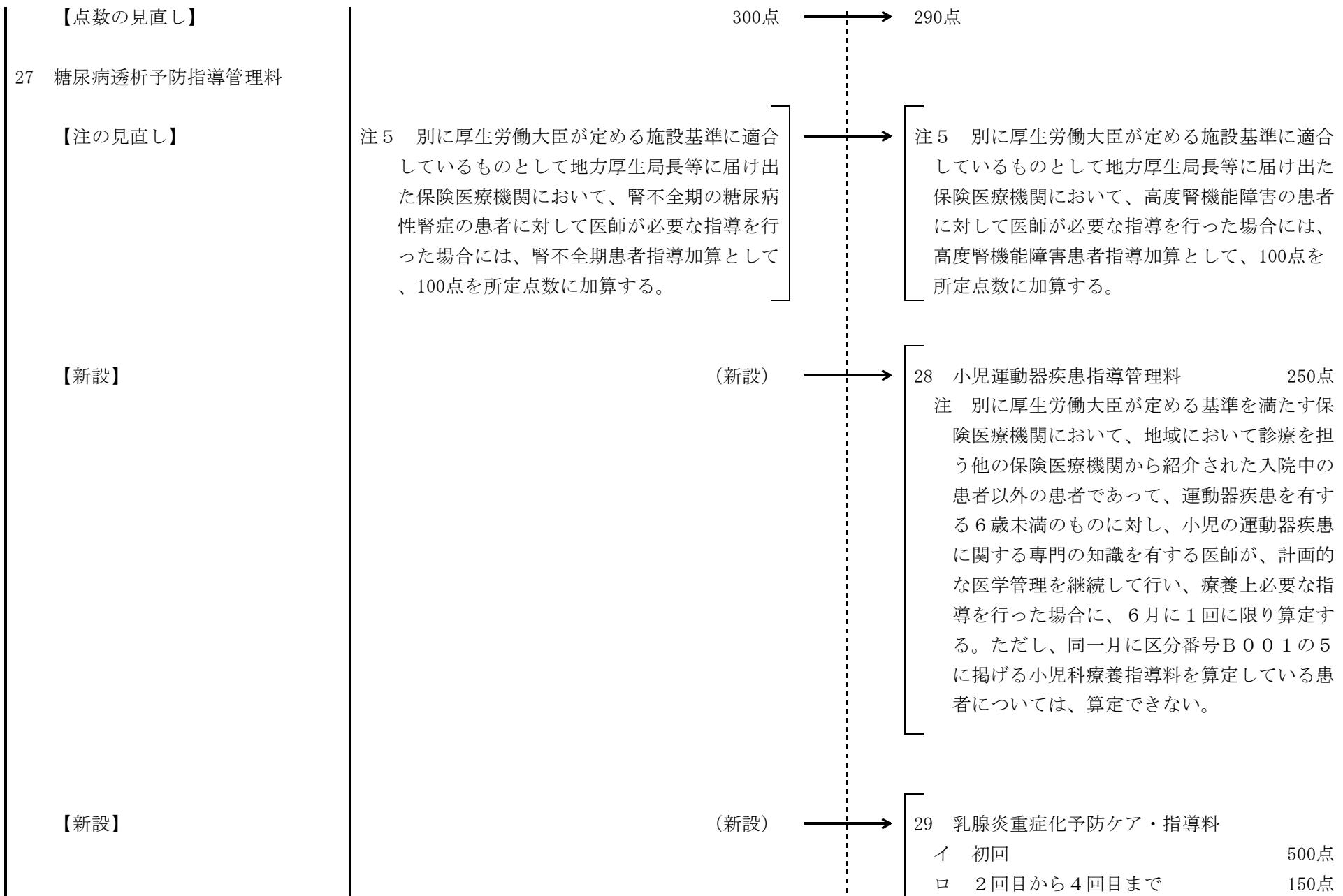
15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【注の追加】

(追加)

注 3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。

24 外来緩和ケア管理料



B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1
日につき）

【注の追加】

(追加)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。

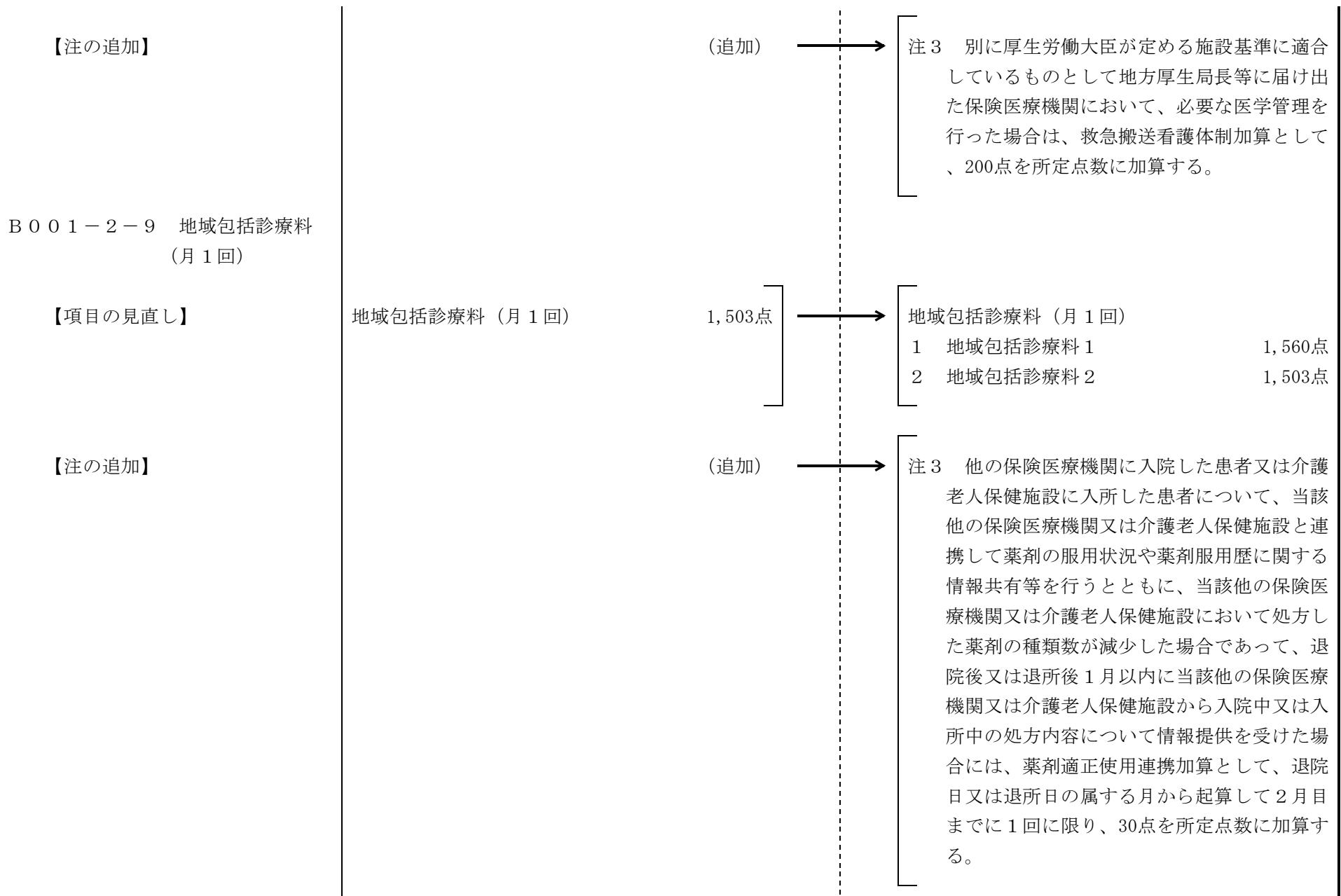
B 0 0 1 - 2 - 5 院内トリアージ実
施料

【点数の見直し】

100点

300点

B 0 0 1 - 2 - 6 夜間休日救急搬送
医学管理料



B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診
療料（月 1 回）

【項目の見直し】

認知症地域包括診療料（月 1 回）

1,515点



認知症地域包括診療料（月 1 回）

1 認知症地域包括診療料 1

1,580点

2 認知症地域包括診療料 2

1,515点

【注の追加】

(追加)

注 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 2 - 11 小児かかりつけ診
療料（1 日につき）

【注の追加】

(追加)

注 4 1 のイ又は 2 のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗

【新設】

(新設)



菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1,000点

注 1 がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

注 3 注 1 の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるもの

B 0 0 4 退院時共同指導料 1

【注の見直し】

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。

のとする。

→

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号 B 0 0 5において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号 B 0 0 5において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と 1 回以上共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。

B 0 0 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1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

【注の見直し】

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師

→

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医で

B 0 0 5 – 1 – 2 介護支援連携指導料

【名称の見直し】

介護支援連携指導料

→ 介護支援等連携指導料

【注の見直し】

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介

ある歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス

	<p>護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p>	<p>又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p>
B005-7 認知症専門診断管理料		
【項目の見直し】	<p>1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) ロ 診療所型の場合 500点</p> <p>2 (略)</p>	<p>1 認知症専門診断管理料 1 イ (略) ロ 連携型の場合 500点</p> <p>2 (略)</p>
B005-7-2 認知症療養指導料	<p>認知症療養指導料 350点</p>	<p>認知症療養指導料</p> <p>1 認知症療養指導料 1 350点 2 認知症療養指導料 2 300点 3 認知症療養指導料 3 300点</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保</p>

【注の追加】

(追加)

険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

注3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

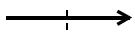
【注の見直し】

注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

【新設】

(新設)



B 0 0 5 - 7 - 3 認知症サポート指導料

450点

注 1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注 2 注 1 の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

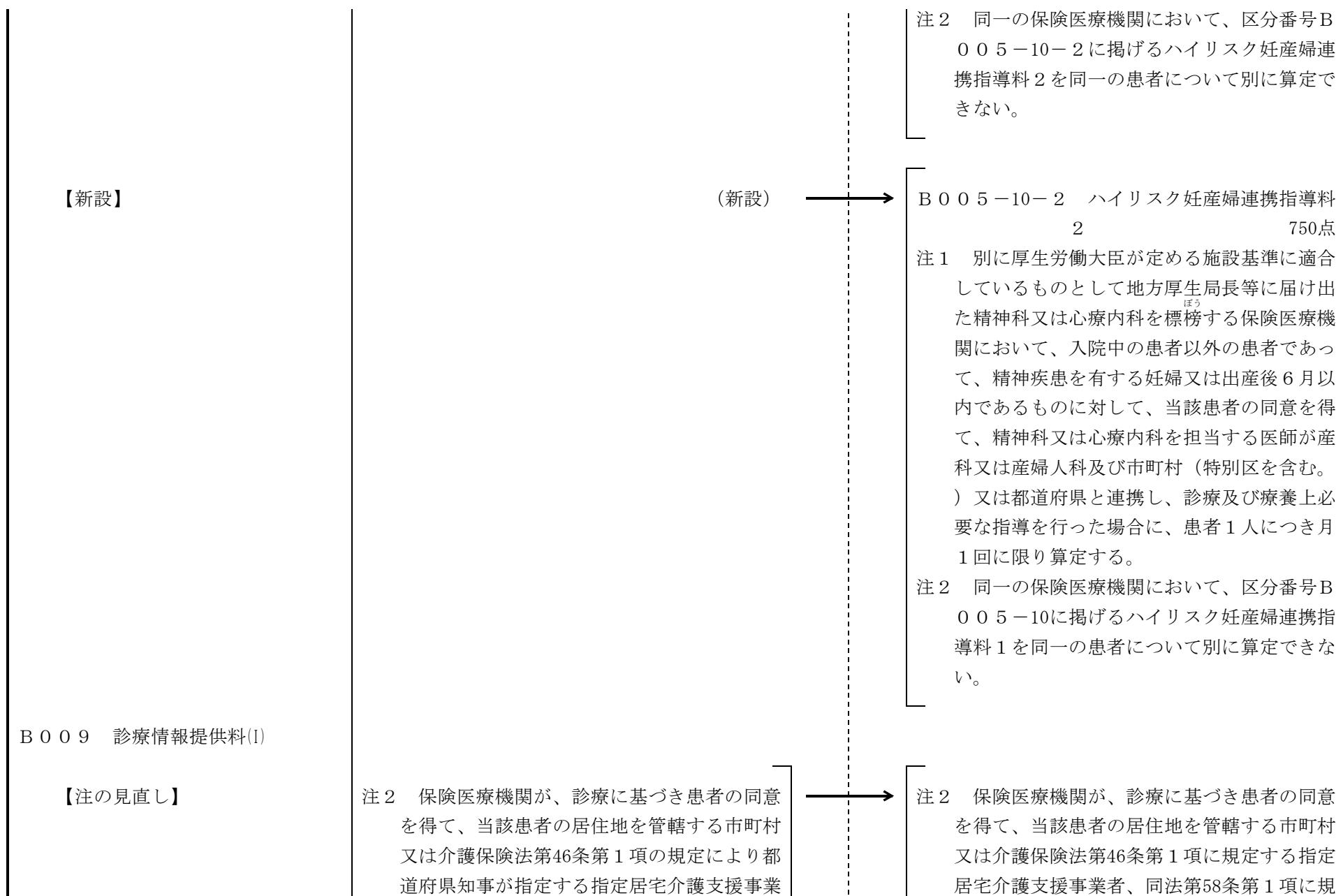
(新設)



B 0 0 5 - 10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1

1,000点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。



	<p>者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p>	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注15 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該</p>

【新設】

(新設)

患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

B 0 1 0 - 2 診療情報連携共有料 120点

注 1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

注 2 区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料 (I) (同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。) を算定した同一月においては、別に算定できない。

項 目	現 行	改 正 案										
第2章 特掲診療料												
第2部 在宅医療												
第1節 在宅患者診療・指導料												
C 0 0 1 在宅患者訪問診療料（1日につき）												
【名称の見直し】	在宅患者訪問診療料（1日につき）	→ 在宅患者訪問診療料(I)（1日につき）										
【項目の見直し】	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 同一建物居住者以外の場合</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">833点</td> <td rowspan="2">→</td> <td>1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点</td> </tr> <tr> <td>2 同一建物居住者の場合</td> <td style="text-align: right;">203点</td> <td>ロ 同一建物居住者の場合 203点</td> </tr> </table>	1 同一建物居住者以外の場合	833点	→	1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点	2 同一建物居住者の場合	203点	ロ 同一建物居住者の場合 203点	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: right;">833点</td> </tr> <tr> <td>ロ 同一建物居住者の場合 203点</td> </tr> </table>	1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点	833点	ロ 同一建物居住者の場合 203点
1 同一建物居住者以外の場合	833点	→	1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点									
2 同一建物居住者の場合	203点		ロ 同一建物居住者の場合 203点									
1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833点	833点											
ロ 同一建物居住者の場合 203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	→ 注 1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人										

、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A 0 0 0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又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。

ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C 0 0 1－2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号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、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料、区分番号C 0 0 0に掲げる往診料又は区分番号C 0 0 2の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

【注の見直し】

注2 2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A 0 0 0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

→
注2 2については、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹

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。

介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

【注の見直し】

注6 在宅で死亡した患者(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養

→
注6 在宅で死亡した患者(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る。)には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲

実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

(1) 病床を有する場合 6,000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

げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

① 病床を有する場合 6,500点

② 病床を有しない場合 5,500点

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

① 病床を有する場合 6,500点

② 病床を有しない場合 5,500点

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点

【注の見直し】

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 7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注 8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。ただし、注 7 の加算を算定する場合は、算定できない。

→
注 8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注 7 に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

【新設】

(新設)

→
C 0 0 1 - 2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（1日につき） 144点

注 1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号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、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料又は区分番号C 0 0 0に掲げる往診料は、算定しない。

イ 当該保険医療機関が、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的

な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）

□ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

注2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に限り算定する。

注3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。

注4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行つた訪問診療については14日を限度として算定する。

注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

- (1) 病床を有する場合 6,200点
- (2) 病床を有しない場合 5,200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
4,200点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合
3,200点

注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料

C 002 在宅時医学総合管理料（月
1回）

【点数の見直し】

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で
あって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合
- (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に
対し、月2回以上訪問診療を行っている場
合
①～③ (略)
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合
(1)の場合を除く。)
① 単一建物診療患者が1人の場合
4,600点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下
の場合
2,500点
- ③ ①及び②以外の場合
1,300点
- (3) 月1回訪問診療を行っている場合
①～③ (略)
- ロ 病床を有しない場合

(II)について準用する。この場合において、
同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居す
る有料老人ホーム等」と、「1を算定する場
合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注
8中「1を算定する場合」とあるのは「注1
のイの場合」と、「注7に規定する加算」と
あるのは「注6において準用するC 001の
注7に規定する加算」と読み替えるものとす
る。

4,500点

2,400点

1,200点

	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)		
	(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が1人の場合 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ③ ①及び②以外の場合	4,200点 2,300点 1,200点	4,100点 2,200点 1,100点
2	(3) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)		
2	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。) の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)		
	ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。) ① 单一建物診療患者が1人の場合 ② 单一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ③ ①及び②以外の場合	3,800点 2,100点 1,100点	3,700点 2,000点 1,000点
	ハ 月1回訪問診療を行っている場合 ① 单一建物診療患者が1人の場合 ② 单一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,280点 1,260点	2,300点 1,280点

(3) (1)及び(2)以外の場合	660点	680点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合		
(1)～(3) (略)		
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,850点	2,750点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,575点	1,475点
(3) (1)及び(2)以外の場合	850点	750点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,710点	1,760点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	945点	995点
(3) (1)及び(2)以外の場合	510点	560点

【注の追加】

(追加)

注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

【注の追加】	(追加) →	注10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
【注の追加】	(追加) →	注11 区分番号 I 0 0 2 に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料[I]の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
【注の追加】	(追加) →	注12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。
C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）		
【点数の見直し】	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で	→

	あって別に厚生労働大臣が定めるものの場合		
	イ 病床を有する場合		
	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
	①～③ (略)		
	(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。)		
	① 単一建物診療患者が1人の場合	3,300点	3,200点
	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,800点	1,700点
	③ ①及び②以外の場合	1,300点	1,200点
	(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
	①～③ (略)		
	ロ 病床を有しない場合		
	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
	①～③ (略)		
	(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。)		
	① 単一建物診療患者が1人の場合	3,000点	2,900点
	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,650点	1,550点
	③ ①及び②以外の場合	1,200点	1,100点
	(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
	①～③ (略)		
2	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院		

	(1に規定するものを除く。)の場合		
	イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
	(1)～(3) (略)		
	ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。)		
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,700点	2,600点
	(2) 单一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点	1,400点
	(3) (1)及び(2)以外の場合	1,100点	1,000点
	ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
	(1) 单一建物診療患者が1人の場合	1,620点	1,640点
	(2) 单一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	900点	920点
	(3) (1)及び(2)以外の場合	660点	680点
3	1及び2に掲げるもの以外の場合		
	イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
	(1)～(3) (略)		
	ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。)		
	(1) 单一建物診療患者が1人の場合	2,050点	1,950点
	(2) 单一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,125点	1,025点
	(3) (1)及び(2)以外の場合	850点	750点
	ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
	(1) 单一建物診療患者が1人の場合		

		1,230点			1,280点
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	675点			725点
	(3) (1)及び(2)以外の場合	510点			560点
			(追加)		
					→ 注4 区分番号I 002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C 001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1又は区分番号C 001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
			(追加)		
					→ 注5 区分番号C 002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。
C 003 在宅がん医療総合診療料					
	【注の見直し】				
		注2 患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。		→	注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
C 005 在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき)					

【項目の見直し】

1・2 (略)
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

1・2 (略)
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケ
ア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専
門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

【注の見直し】

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が

注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が

定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

注6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

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一緒に訪問看護・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一緒に訪問看護・指導を行う場合 300点

師と同時に訪問看護・指導を行う場合

450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一緒に訪問看護・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一緒に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点
- ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と一緒に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
 - (1) 1日に1回の場合 300点
 - (2) 1日に2回の場合 600点
 - (3) 1日に3回以上の場合 1,000点

【注の見直し】

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に患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共に療養上必要な指導を行った場合には、

→
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状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共に、カンファレンスに参加し、それらの者と共に療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等

在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、2,000点を所定点数に加算する。

注10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点

ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者

【注の追加】

(追加)

(ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。) であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000点

【注の追加】

(追加)

注13 1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、特定行為業務（同項に規定する特定行為業務をいう。以下同じ。）が円滑に行われるよう、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）に関して当該事業者の介護の業務に従事する者（社会福祉士及び介護福祉士法附則第3条第1項に規定する介護の業務に従事する者をいう。以下同じ。）に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

注14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い

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

【項目の見直し】

1・2 (略)

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

1・2 (略)

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

【注の見直し】

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C 0 1 3に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者に限る。）であ

、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

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。

いる者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

→
注4 区分番号C005の注3から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C 008 在宅患者訪問薬剤管理指導
料

【項目の見直し】

- 1 同一建物居住者以外の場合
2 同一建物居住者の場合

650点
300点

- 1 単一建物診療患者が 1 人の場合 650点
2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320点
3 1 及び 2 以外の場合 290点

【注の見直し】

注 1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

→ 注 1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【注の追加】

(追加)

→ 注 4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼

C 009 在宅患者訪問栄養食事指導料

【項目の見直し】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 530点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 450点 |

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が 1 人の場合 | 530点 |
| 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 | 480点 |
| 3 1 及び 2 以外の場合 | 440点 |

児加算として、100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注 1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

注 1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

C 011 在宅患者緊急時等カンファレンス料

【注の見直し】

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

→

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

C 012 在宅患者共同診療料

【注の見直し】

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患

→

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患

者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

【注の見直し】

注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一

注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一

建物居住者に限る。) であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

建物居住者に限る。) であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C 103 在宅酸素療法指導管理料

【注の追加】

(追加)

→
注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

→
C 105-3 在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料 2,500点
注 在宅半固体栄養経管栄養法を行っている入院

C 1 0 7 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法
指導管理料

【注の追加】

(追加)

中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固体栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。

C 1 1 0 - 4 在宅仙骨神経刺激療法
指導管理料

【注の見直し】

注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

注 便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、^{ばうこう}在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱^{ばうこう}管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱^{ばうこう}管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

C 117 在宅経腸投薬指導管理料 4,000点

注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ
・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っている
ものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

C 118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

2,800点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【新設】

(新設)

C 119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

950点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

注 2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算と

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C 150 血糖自己測定器加算

【項目の見直し】

1 月20回以上測定する場合	400点
2 月40回以上測定する場合	580点
3 月60回以上測定する場合	860点
4 月80回以上測定する場合	1,140点
5 月100回以上測定する場合	1,320点
6 月120回以上測定する場合	1,500点

1 月20回以上測定する場合	350点
2 月30回以上測定する場合	465点
3 月40回以上測定する場合	580点
4 月60回以上測定する場合	830点
5 月90回以上測定する場合	1,170点
6 月120回以上測定する場合	1,490点

【注の見直し】

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

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

【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～ハ (略)

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

して、500点を所定点数に加算する。

<p>【新設】</p> <p>C 1 6 2 在宅経管栄養法用栄養管セット加算</p> <p>【注の見直し】</p> <p>C 1 6 5 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(新設) → C 1 5 2 – 3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。</p> <p>注 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。 → 注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固体栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固体栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C 1 0 5 – 3に掲げる在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,100点 → 3,750点 1,000点</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										
D 0 0 4 – 2 悪性腫瘍組織検査										
【注の追加】	(追加) →	<p>注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <table> <tr> <td>イ 2項目</td><td>4,000点</td></tr> <tr> <td>ロ 3項目以上</td><td>6,000点</td></tr> </table>	イ 2項目	4,000点	ロ 3項目以上	6,000点				
イ 2項目	4,000点									
ロ 3項目以上	6,000点									
D 0 0 6 出血・凝固検査										
【注の見直し】	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から35までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <table> <tr> <td>イ 3項目又は4項目</td><td>530点</td></tr> <tr> <td>ロ 5項目以上</td><td>722点</td></tr> </table>	イ 3項目又は4項目	530点	ロ 5項目以上	722点	<p>→ 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <table> <tr> <td>イ 3項目又は4項目</td><td>530点</td></tr> <tr> <td>ロ 5項目以上</td><td>722点</td></tr> </table>	イ 3項目又は4項目	530点	ロ 5項目以上	722点
イ 3項目又は4項目	530点									
ロ 5項目以上	722点									
イ 3項目又は4項目	530点									
ロ 5項目以上	722点									

【新設】

(新設)

D 006-13 骨髄微小残存病変量測定

1 遺伝子再構成の同定に用いるもの

3,500点

2 モニタリングに用いるもの

2,100点

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

D 008 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13から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から47までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ (略)

D 009 腫瘍マーカー

【注の見直し】

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から26までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ (略)

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ～ハ (略)

D 012 感染症免疫学的検査

【注の追加】

(追加)

41

		注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。
D 014 自己抗体検査	【注の見直し】	注 本区分の9から14まで及び17に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
	(追加)	注1 本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
	【注の追加】	注2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。
D 018 細菌培養同定検査	【注の追加】	(追加) 注2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。
D 023 微生物核酸同定・定量検査	【注の見直し】	7 注 H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジエノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの 8 注 H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジエノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの

として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K 8 6 7に掲げる子宮頸部(腔部)切除術若しくは区分番号K 8 6 7-3に掲げる子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む。)を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

15

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

【注の追加】

(追加)

注 5、6、8(百日咳菌核酸検出に限る。)又は9(結核菌群核酸検出に限る。)に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

第2款 検体検査判断料

D 0 2 6 検体検査判断料

【注の見直し】

注7 区分番号D 0 1 5の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算

注7 区分番号D 0 1 5の17に掲げる免疫電気泳動法(抗ヒト全血清)又は24に掲げる免疫電気泳動法(特異抗血清)を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、

	として、50点を所定点数に加算する。		その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。
第3節 生体検査料			
【通則の見直し】	<p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80又は100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～タ （略）</p>	→	<p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～タ （略）</p>
【通則の見直し】	<p>2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。</p>	→	<p>2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>
D 215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）			
【項目の見直し】	<p>3 心臓超音波検査 イ～ハ （略） ニ 胎児心エコー法 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出</p>	→	<p>3 心臓超音波検査 イ～ハ （略） ニ 胎児心エコー法 300点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届</p>

	た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。
D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定（一連につき）		注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。
【注の追加】	(追加)	注2 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する。
【新設】	(新設)	D 2 5 6 - 3 光干渉断層血管撮影 400点 注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D 2 5 6に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】	(新設)	D 2 6 3 - 2 コントラスト感度検査 207点 注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。
【新設】	(新設)	D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析 265点 注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月

		1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号D 2 6 5 - 2に掲げる角膜形狀解析検査及び区分番号D 2 7 4に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
【新設】	(新設)	D 2 7 5 - 2 前房车漏出検査 149点 注 緑内障濾過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房车漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。
D 2 8 2 - 4 ダーモスコピー	(追加)	注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。

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			
D001 2	Bence Jones蛋白定性(尿)	9	→	9	D001 2			
D001 2	尿グルコース	9	→	9	D001 2			
D001 3	ウロビリノゲン(尿)	16	→	16	D001 3			
D001 3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)	16	→	16	D001 3			
D001 3	尿浸透圧	16	→	16	D001 3			
D001 4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17	→	17	D001 4			
D001 5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41	→	41	D001 5			
D001 6	アルブミン定性(尿)	49	→	49	D001 6			
D001 7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	72	→	72	D001 7			
D001 7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72	→	72	D001 7			
D001 8	アルブミン定量(尿)	108	→	105	D001 8			
D001 9	トランスフェリン(尿)	110	→	107	D001 9			
D001 9	ウロポルフィリン(尿)	110	→	108	D001 10			
D001 10	δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿)	112	→	112	D001 11			
D001 11	ポリアミン(尿)	115	→	115	D001 12			
D001 12	ミオイノシトール(尿)	120	→	120	D001 13			
D001 13	コプロポルフィリン(尿)	143	→	139	D001 14			
D001 14	ポルリフォビリノゲン(尿)	191	→	191	D001 15			
D001 14	総ヨウ素(尿)	191	→	191	D001 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		
D001 15	IV型コラーゲン(尿)	200	→ 194	D001 16	
- -	シュウ酸(尿)	-	→ 200	D001 17	(新設)
D001 16	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210	→ 210	D001 18	
- -	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)	-	→ 210	D001 18	(新設)
D002	尿沈渣(鏡検法)	27	→ 27	D002	
D002 注3	染色標本加算	9	→ 9	D002 注3	
D002-2	尿沈渣(フローサイトメトリー法)	24	→ 24	D002-2	
D003	糞便検査			D003	
D003 1	虫卵検出(集卵法)(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 1	ウロビリン(糞便)	15	→ 15	D003 1	
D003 2	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 2	
D003 3	虫体検出(糞便)	23	→ 23	D003 3	
D003 4	糞便中脂質	25	→ 25	D003 4	
D003 5	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 5	
D003 6	虫卵培養(糞便)	40	→ 40	D003 6	
D003 7	糞便中ヘモグロビン	41	→ 41	D003 7	
D003 8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56	→ 56	D003 8	
D003 9	キモトリプシン(糞便)	80	→ -	-	(削除)
- -	カルプロテクチン(糞便)	-	→ 276	D003 9	(新設)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	酸度測定(胃液)	15	→ -	-	(削除)
D004 2	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 1	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 2	
D004 4	膣液一般検査	62	→ 62	D004 3	
D004 5	精液一般検査	70	→ 70	D004 4	
D004 6	頸管粘液一般検査	75	→ 75	D004 5	
D004 7	顆粒球エラスターーゼ定性(子宮頸管粘液)	100	→ 100	D004 6	
D004 7	IgE定性(涙液)	100	→ 100	D004 6	

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 8	顆粒球エラスターーゼ(子宮頸管粘液)	128	→ 125	D004 7	
D004 9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170	→ -	-	(削除)
D004 10	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 8	
D004 11	II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300	→ -	-	(削除)
D004 12	IgGインデックス	439	→ 426	D004 9	
D004 13	オリゴクローナルバンド	543	→ 538	D004 10	
D004 14	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髓液)	601	→ 593	D004 11	
D004 15	リン酸化タウ蛋白(髓液)	660	→ 641	D004 12	
D004 15	タウ蛋白(髓液)	660	→ 641	D004 12	
D004-2	悪性腫瘍組織検査			D004-2	
D004-2 1	悪性腫瘍遺伝子検査			D004-2 1	
D004-2 1	イ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
D004-2 1	ロ EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ハ K-ras遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ニ EWS-Fli1遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ホ TLS-CHOP遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ヘ SYT-SSX遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ト c-kit遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
D004-2 1	チ マイクロサテライト不安定性検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D004-2 1	
D004-2 1	ヌ BRAF遺伝子検査	6,520	→ 6,520	D004-2 1	
D004-2 1	ル RAS遺伝子検査	2,500	→ 2,500	D004-2 1	
- -	ヲ ROS1融合遺伝子検査	-	→ 2,500	D004-2 1	(新設)
D004-2 注	2項目	-	→ 4,000	D004-2 注	(新設)
D004-2 注	3項目以上	-	→ 6,000	D004-2 注	(新設)
D004-2 2	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,500	→ 2,500	D004-2 2	
(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査			D005	

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 1	赤血球沈降速度(ESR)	9	→	9	D005 1
D005 2	網赤血球数	12	→	12	D005 2
D005 3	血液浸透圧	15	→	15	D005 3
D005 3	血液浸透圧、好酸球(鼻汁・喀痰)	15	→	15	D005 3
D005 3	末梢血液像(自動機械法)	15	→	15	D005 3
D005 4	好酸球数	17	→	17	D005 4
D005 5	末梢血液一般検査	21	→	21	D005 5
D005 6	末梢血液像(鏡検法)	25	→	25	D005 6
D005 6	注 特殊染色加算(特殊染色ごとに)	27	→	27	D005 6
D005 7	血中微生物検査	40	→	40	D005 7
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→	45	D005 8
D005 9	ヘモグロビンA1 _C (HbA1 _C)	49	→	49	D005 9
D005 10	自己溶血試験	50	→	50	D005 10
D005 10	血液粘稠度	50	→	50	D005 10
D005 11	ヘモグロビンF(HbF)	60	→	60	D005 11
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	233	→	233	D005 12
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスクレアーゼ(TdT)	250	→	250	D005 13
D005 14	骨髄像	837	→	837	D005 14
D005 14	注 特殊染加算(特殊染色ごとに)	40	→	40	D005 14
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)	2,000	→	2,000	D005 15
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→	15	D006 1
D006 2	プロトロンビン時間(PT)	18	→	18	D006 2
D006 2	全血凝固時間	18	→	-	-
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

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	フィブリノゲン定量	23	→	23	D006 4
D006 4	クリオフィブリノゲン	23	→	23	D006 4
D006 5	トロンビン時間	25	→	25	D006 5
D006 6	蛇毒試験	28	→	28	D006 6
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→	28	D006 6
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	→	28	D006 6
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)	29	→	29	D006 7
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→	--	(削除)
D006 8	血小板凝集能	50	→	50	D006 8
D006 9	血小板粘着能	64	→	64	D006 9
D006 10	アンチトロンビン活性	70	→	70	D006 10
D006 10	アンチトロンビン抗原	70	→	70	D006 10
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性	80	→	80	D006 11
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量	80	→	80	D006 11
D006 11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量	80	→	80	D006 11
D006 11	プラスミン	80	→	80	D006 11
D006 11	プラスミン活性	80	→	80	D006 11
D006 11	α_1 -アンチトリプシン	80	→	80	D006 11
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	93	→	93	D006 12
D006 13	プラスミノゲン活性	100	→	100	D006 13
D006 13	プラスミノゲン抗原	100	→	100	D006 13
D006 13	凝固因子インヒビター定性(クロスマキシング試験)	100	→	100	D006 13
D006 14	フィブリノゲン分解産物(FgDP)	116	→	--	(削除)
D006 15	Dダイマー定性	131	→	128	D006 14
D006 16	プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)	134	→	131	D006 15
D006 17	Dダイマー半定量	135	→	131	D006 15
D006 18	von Willebrand因子(VWF)活性	136	→	136	D006 16
D006 19	α_2 -マクログロブリン	138	→	138	D006 18

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 20	Dダイマー	141	→ 137	D006 17	
D006 21	PIVKA-II	143	→ 143	D006 19	
D006 22	凝固因子インヒビター	155	→ 152	D006 20	
D006 22	von Willebrand因子(VWF)抗原	155	→ 155	D006 21	
D006 23	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC)	162	→ 162	D006 22	
D006 24	プロテインS抗原	167	→ 162	D006 22	
D006 25	プロテインS活性	170	→ 170	D006 23	
D006 26	β-トロンボグロブリン(β-TG)	177	→ 177	D006 24	
D006 27	血小板第4因子(PF ₄)	178	→ 178	D006 25	
D006 28	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	191	→ 186	D006 26	
D006 29	プロトロンビンフラグメントF1+2	193	→ 193	D006 27	
D006 30	トロンボモジュリン	205	→ 205	D006 28	
D006 31	凝固因子(第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	229	→ 229	D006 29	
D006 32	フィブリノモノマー複合体	233	→ 233	D006 30	
D006 33	プロテインC抗原	247	→ 246	D006 31	
D006 33	tPA・PAI-1複合体	247	→ 247	D006 32	
D006 34	プロテインC活性	255	→ 248	D006 33	
D006 35	フィブリノペプチド	300	→ -	-	(削除)
- -	ADAMTS13活性	-	→ 400	D006 34	(新設)
- -	ADAMTS13インヒビター	-	→ 600	D006 35	(新設)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	722	→ 722	D006 注	
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100	→ 2,100	D006-2	
D006-3	Major BCR-ABL1			D006-3	
D006-3 1	mRNA定量(国際標準値)			D006-3 1	
D006-3 1	イ 診断の補助に用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 1	ロ モニタリングに用いるもの	2,520	→ 2,520	D006-3 1	
D006-3 2	mRNA定量(1以外のもの)	1,200	→ 1,200	D006-3 2	

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	遺伝学的検査	3,880	→	-	D006-4
- -	処理が容易なもの	-	→	3,880	D006-4 1
- -	処理が複雑なもの	-	→	5,000	D006-4 2
- -	処理が極めて複雑なもの	-	→	8,000	D006-4 3
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,712	→	2,631	D006-5
D006-5 注	分染法加算	397	→	397	D006-5 注
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→	2,504	D006-6
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,100	→	2,100	D006-7
D006-8	サイトケラチン19(KRT19) mRNA検出	2,400	→	2,400	D006-8
D006-9	WT1 mRNA	2,520	→	2,520	D006-9
D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	10,000	→	10,000	D006-10
- -	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	-	→	3,300	D006-11 (新設)
- -	EGFR遺伝子検査(血漿)	-	→	2,100	D006-12 (新設)
- -	骨髄微小残存病変量測定				D006-13 (新設)
- -	遺伝子再構成の同定に用いるもの	-	→	3,500	D006-13 1 (新設)
- -	モニタリングに用いるもの	-	→	2,100	D006-13 2 (新設)
	(生化学的検査(I))				
D007	血液化学検査				
D007 1	総ビリルビン	11	→	11	D007 1
D007 1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→	11	D007 1
D007 1	総蛋白	11	→	11	D007 1
D007 1	アルブミン	11	→	11	D007 1
D007 1	尿素窒素	11	→	11	D007 1
D007 1	クレアチニン	11	→	11	D007 1
D007 1	尿酸	11	→	11	D007 1
D007 1	アルカリホスファターゼ(ALP)	11	→	11	D007 1
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→	11	D007 1
D007 1	γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)	11	→	11	D007 1

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	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	→	-	(削除)
D007 1	クレアチン	11	→	11	D007 1
D007 1	グルコース	11	→	11	D007 1
D007 1	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)	11	→	11	D007 1
D007 1	アミラーゼ	11	→	11	D007 1
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→	11	D007 1
D007 1	クレアチンキナーゼ(CK)	11	→	11	D007 1
D007 1	アルドラーゼ	11	→	11	D007 1
D007 1	遊離コレステロール	11	→	11	D007 1
D007 1	鉄(Fe)	11	→	11	D007 1
D007 1	血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)	11	→	11	D007 1
D007 1	不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)	11	→	11	D007 1
D007 1	総鉄結合能(TIBC)(比色法)	11	→	11	D007 1
D007 2	リン脂質	15	→	15	D007 2
D007 3	HDL-コレステロール	17	→	17	D007 3
D007 3	無機リン及びリン酸	17	→	17	D007 3
D007 3	総コレステロール	17	→	17	D007 3
D007 3	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→	17	D007 3
D007 3	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→	17	D007 3
D007 4	LDL-コレステロール	18	→	18	D007 4
D007 4	蛋白分画	18	→	18	D007 4
D007 5	銅(Cu)	23	→	23	D007 5
D007 6	リバーゼ	24	→	24	D007 6

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 7	イオン化カルシウム	26	→	26	D007 7
D007 8	マンガン(Mn)	27	→	27	D007 8
D007 9	ムコ蛋白	29	→	29	D007 9
D007 10	ケトン体	30	→	30	D007 10
D007 11	アポリポ蛋白			D007	11
D007 11	イ 1項目の場合	31	→	31	D007 11
D007 11	ロ 2項目の場合	62	→	62	D007 11
D007 11	ハ 3項目以上の場合	94	→	94	D007 11
D007 12	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	32	→	32	D007 12
D007 13	グアナーゼ	35	→	35	D007 13
D007 14	有機モノカルボン酸	47	→	47	D007 14
D007 14	胆汁酸	47	→	47	D007 14
D007 15	ALPアイソザイム	48	→	48	D007 15
D007 15	アミラーゼアイソザイム	48	→	48	D007 15
D007 15	γ-GTアイソザイム	48	→	48	D007 15
D007 15	LDアイソザイム	48	→	48	D007 15
D007 15	重炭酸塩	48	→	48	D007 15
D007 16	ASTアイソザイム	49	→	49	D007 16
D007 16	リポ蛋白分画	49	→	49	D007 16
D007 17	アンモニア	50	→	50	D007 17
D007 18	CKアイソザイム	55	→	55	D007 18
D007 18	グリコアルブミン	55	→	55	D007 18
D007 19	コレステロール分画	57	→	57	D007 19
D007 20	ケトン体分画	59	→	59	D007 20
- -	遊離脂肪酸	-	→	59	D007 20
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→	70	D007 21
D007 22	グルコースー6-リン酸デヒドログナーゼ(G-6-PD)	80	→	80	D007 22
D007 22	リポ蛋白分画(PAGディスク電気泳動法)	80	→	80	D007 22

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 22	1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	80	→	80	D007 22
D007 22	グリココール酸	80	→	80	D007 22
D007 23	CK-MB	90	→	90	D007 23
D007 24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	95	→	95	D007 24
D007 24	LDアイソザイム1型	95	→	95	D007 24
- -	総カルニチン	-	→	95	D007 24
- -	遊離カルニチン	-	→	95	D007 24
D007 25	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	96	→	96	D007 25
D007 26	リポ蛋白(a)	107	→	107	D007 26
D007 27	ヘパリン	108	→	108	D007 27
D007 28	フェリチン半定量	114	→	111	D007 28
D007 28	フェリチン定量	114	→	111	D007 28
D007 28	エタノール	114	→	113	D007 29
D007 29	ペントシジン	118	→	118	D007 31
D007 30	心筋トロポニンI	120	→	117	D007 30
D007 30	KL-6	120	→	117	D007 30
D007 30	イヌリン	120	→	120	D007 32
D007 30	心筋トロポニンT(TnT)定性・定量	120	→	120	D007 32
D007 31	アルミニウム(Al)	121	→	118	D007 31
D007 32	シスタチンC	124	→	121	D007 33
D007 33	リポ蛋白分画(HPLC法)	129	→	129	D007 34
D007 34	肺サーファクタント蛋白-A(SP-A)	130	→	130	D007 35
D007 34	ガラクトース	130	→	130	D007 35
D007 35	肺サーファクタント蛋白-D(SP-D)	140	→	136	D007 36
D007 36	血液ガス分析	144	→	140	D007 37
D007 36	亜鉛(Zn)	144	→	144	D007 39
D007 36	プロコラーゲン-III-ペプチド(P-III-P)	144	→	140	D007 37
D007 36	IV型コラーゲン	144	→	143	D007 38

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 36	セレン	144	→	144	D007 39
D007 37	ミオグロビン定性	147	→	143	D007 38
D007 37	ミオグロビン定量	147	→	143	D007 38
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性	147	→	143	D007 38
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量	147	→	143	D007 38
D007 37	アルブミン非結合型ピルビン	147	→	143	D007 38
D007 38	ピルビン酸キナーゼ(PK)	150	→	150	D007 41
D007 39	アンギオテンシンⅠ転換酵素(ACE)	152	→	148	D007 40
D007 39	IV型コラーゲン・7S	152	→	148	D007 40
D007 39	ビタミンB ₁₂	152	→	148	D007 40
D007 40	葉酸	162	→	158	D007 42
D007 41	ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	180	→	180	D007 43
D007 42	ヒアルロン酸	184	→	184	D007 44
D007 42	心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ	184	→	184	D007 44
D007 43	アセトアミノフェン	190	→	190	D007 47
D007 43	腎分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性	190	→	185	D007 45
D007 44	レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C)	191	→	189	D007 46
D007 44	トリプシン	191	→	189	D007 46
D007 45	マロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)	200	→	200	D007 49
D007 45	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	200	→	194	D007 48
D007 46	ホスフォリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204	→	204	D007 50
D007 47	赤血球コプロポルフィリン	210	→	210	D007 51
D007 48	リポ蛋白リパーゼ(LPL)	223	→	223	D007 52
D007 49	肝細胞増殖因子(HGF)	227	→	227	D007 53
D007 50	CKアイソフォーム	230	→	--	- (削除)
D007 50	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→	--	- (削除)
D007 51	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→	250	D007 54
D007 51	α-フェトプロテイン(AFP)定性(腎分泌液)	250	→	--	- (削除)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 52	ビタミンB ₁	259	→	253	D007 55
D007 53	ビタミンB ₂	263	→	256	D007 56
D007 54	赤血球プロトポルフィリン	280	→	272	D007 57
D007 55	プロカルシトニン(PCT)定量	310	→	301	D007 58
D007 55	プロカルシトニン(PCT)半定量	310	→	301	D007 58
D007 55	プレセプシン定量	310	→	301	D007 58
- -	インフリキシマブ定性	-	→	310	D007 59 (新設)
D007 56	ビタミンC	314	→	314	D007 60
D007 57	1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	400	→	388	D007 61
- -	25-ヒドロキシビタミンD	-	→	400	D007 62 (新設)
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	93	→	93	D007 注
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	99	→	99	D007 注
D007 注	包括項目:10項目以上	115	→	112	D007 注

(生化学的検査(II))

D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→	55	D008 1
D008 2	11-ハイドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	→	60	D008 2
D008 3	ホモバニリン酸(HVA)	69	→	69	D008 3
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→	90	D008 4
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→	95	D008 5
D008 6	プロラクチン(PRL)	98	→	98	D008 6
D008 7	レニン活性	103	→	100	D008 7
D008 8	トリヨードサイロニン(T ₃)	108	→	105	D008 8
D008 9	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	110	→	107	D008 9
D008 9	ガストリン	110	→	107	D008 9
D008 10	レニン定量	111	→	111	D008 11
D008 11	インスリン(IRI)	112	→	109	D008 10
D008 12	サイロキシン(T ₄)	114	→	111	D008 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		
D008 13	成長ホルモン(GH)	117	→	114	D008 12
D008 13	卵胞刺激ホルモン(FSH)	117	→	114	D008 12
D008 13	C-ペプチド(CPR)	117	→	114	D008 12
D008 13	黄体形成ホルモン(LH)	117	→	114	D008 12
D008 14	アルドステロン	131	→	128	D008 13
D008 14	テストステロン	131	→	128	D008 13
D008 15	遊離サイロキシン(FT ₄)	134	→	130	D008 14
D008 15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)	134	→	134	D008 15
D008 15	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)	134	→	130	D008 14
D008 15	コルチゾール	134	→	130	D008 14
D008 15	サイロキシン結合グロブリン(TBG)	134	→	130	D008 14
D008 16	サイログロブリン	137	→	137	D008 17
D008 17	脳性Na利尿ペプチド(BNP)	140	→	136	D008 16
D008 17	サイロキシン結合能(TBC)	140	→	140	D008 18
D008 17	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→	140	D008 18
D008 18	カルシトニン	141	→	141	D008 19
D008 19	ヒト胎盤性ラクトゲン(HPL)	144	→	140	D008 18
D008 19	ヒト総毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	144	→	140	D008 18
D008 20	ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	146	→	142	D008 20
D008 20	ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	146	→	142	D008 20
D008 21	グルカゴン	150	→	150	D008 21
D008 22	プロゲステロン	159	→	155	D008 22
D008 23	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	160	→	156	D008 23
D008 23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	160	→	156	D008 23
D008 24	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	165	→	161	D008 24
D008 25	遊離テストステロン	166	→	166	D008 27
D008 26	低カルボキシ化オステオカルシン(ucOC)	167	→	162	D008 25
D008 27	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド(Intact P I NP)	168	→	168	D008 28

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 28	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)(尿)	169	→	169	D008 29
D008 29	オステオカルシン(OC)	170	→	165	D008 26
D008 29	セクレチン	170	→	170	D008 30
D008 29	低単位ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170	→	170	D008 30
D008 29	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	170	→	170	D008 30
D008 29	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	170	→	170	D008 30
D008 30	サイクリックAMP(cAMP)	175	→	175	D008 31
D008 31	エストリオール(E ₃)	180	→	180	D008 33
D008 31	エストロゲン半定量	180	→	180	D008 33
D008 31	エストロゲン定量	180	→	180	D008 33
D008 31	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	180	→	180	D008 33
D008 31	副甲状腺ホルモン(PTH)	180	→	175	D008 31
D008 31	カテコールアミン分画	180	→	175	D008 31
D008 32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	181	→	176	D008 32
D008 33	エストラジオール(E ₂)	187	→	182	D008 34
D008 34	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	194	→	194	D008 36
D008 35	デオキシピリジノリン(DPD)(尿)	196	→	191	D008 35
D008 36	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	→	200	D008 37
D008 37	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	206	→	200	D008 37
D008 37	カテコールアミン	206	→	200	D008 37
D008 38	エリスロポエチン	209	→	209	D008 38
D008 39	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	213	→	213	D008 39
D008 39	17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)	213	→	213	D008 39
D008 39	抗IA-2抗体	213	→	213	D008 39
D008 39	プレグナンジオール	213	→	213	D008 39
D008 40	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→	220	D008 40
D008 41	メタネフリン	229	→	223	D008 41
D008 42	ソマトメジンC	230	→	224	D008 42

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 43	心房性Na利尿ペプチド(ANP)	233	→ 227	D008 43	
D008 43	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	233	→ 227	D008 43	
D008 44	抗利尿ホルモン(ADH)	235	→ 235	D008 44	
D008 45	ブレグナントリオール	243	→ 240	D008 45	
D008 46	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 46	
D008 47	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 47	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	623	→ 623	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80	→ 80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	108	→ 105	D009 2	
D009 3	α-フェトプロテイン(AFP)	110	→ 107	D009 3	
D009 3	組織ポリペプタイド抗原(TPA)	110	→ 110	D009 4	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	110	→ 110	D009 4	
D009 4	DUPAN-2	124	→ 121	D009 5	
D009 4	NCC-ST-439	124	→ 121	D009 5	
D009 4	CA15-3	124	→ 121	D009 5	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	124	→ 124	D009 6	
D009 5	エラスターーゼ1	129	→ 129	D009 7	
D009 6	前立腺特異抗原(PSA)	134	→ 130	D009 8	
D009 6	CA19-9	134	→ 130	D009 8	
D009 7	CA72-4	146	→ 146	D009 10	
D009 7	SPan-1	146	→ 146	D009 10	
D009 7	シアリルTn抗原(STN)	146	→ 146	D009 10	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)	146	→ 146	D009 10	
D009 8	PIVKA-II半定量	147	→ 143	D009 9	
D009 8	PIVKA-II定量	147	→ 143	D009 9	

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 9	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 12	
D009 9	CA50	150	→ -	-	(削除)
D009 10	シアリルLe ^x —i抗原(SLX)	152	→ 152	D009 14	
D009 10	CA125	152	→ 148	D009 11	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定量(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 11	核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)	155	→ 151	D009 13	
D009 12	サイトケラチン8・18(尿)	160	→ 160	D009 16	
D009 13	遊離型PSA比(PSA F/T比)	162	→ 158	D009 15	
D009 14	抗p53抗体	163	→ 163	D009 17	
D009 15	BCA225	165	→ 165	D009 18	
D009 16	シアリルLe ^x 抗原(CSLEX)	170	→ 169	D009 20	
D009 16	I型プロコラーゲン-C-ペプチド(PICP)	170	→ -	-	(削除)
D009 16	I型コラーゲン-C-ペプチド(CTP)	170	→ 170	D009 21	
D009 16	SP1	170	→ -	-	(削除)
D009 17	サイトケラチン19フラグメント(シフラー)	172	→ 167	D009 19	
D009 18	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	175	→ 175	D009 22	
D009 19	CA54/61	184	→ 184	D009 23	
D009 19	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	184	→ 184	D009 23	
D009 20	遊離型フコース(尿)	190	→ -	-	(削除)
D009 20	CA602	190	→ 190	D009 24	
D009 20	α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)	190	→ 190	D009 24	
D009 21	γ-セミノプロテイン(γ-Sm)	194	→ 194	D009 25	
- -	ヒト精巣上体蛋白4(HE4)	-	→ 200	D009 26	(新設)
D009 22	CA130	200	→ -	-	(削除)
D009 22	ヒト総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	→ -	-	(削除)
D009 23	臍癌胎児性抗原(POA)	220	→ -	-	(削除)
D009 23	可溶性メソテリン関連ペプチド	220	→ 220	D009 27	
D009 24	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	314	→ 314	D009 28	

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 24	癌胎兒性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	314	→	314	D009 28
D009 25	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→	-	D009 29 (削除)
D009 25	HER2蛋白	320	→	320	D009 29
D009 26	可溶性インターロイキン-2レセプター(sIL-2R)	451	→	438	D009 30
D009 注2	包括項目:2項目	230	→	230	D009 注2
D009 注2	包括項目:3項目	290	→	290	D009 注2
D009 注2	包括項目:4項目以上	420	→	420	D009 注2
D010	特殊分析			D010	
D010 1	糖分析(尿)	38	→	38	D010 1
D010 2	結石分析	120	→	120	D010 2
D010 3	チロシン	200	→	200	D010 3
D010 4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比(BTR)	291	→	288	D010 4
D010 5	アミノ酸			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	304	→	295	D010 5
D010 5	ロ 5種類以上	1,212	→	1,212	D010 5
D010 6	アミノ酸定性	350	→	350	D010 6
D010 7	脂肪酸分画	429	→	429	D010 7
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,176	→	1,176	D010 8
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→	24	D011 1
D011 1	Rh(D)血液型	21	→	24	D011 1
D011 2	Coombs試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30	→	34	D011 2
D011 2	ロ 間接	34	→	47	D011 2
D011 3	不規則抗体	159	→	159	D011 4
D011 4	Rh(その他の因子)血液型	160	→	156	D011 3
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	196	→	191	D011 5

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 6	血小板関連IgG(PA-IgG)	204	→	204	D011 6
D011 7	ABO血液型亜型	260	→	260	D011 7
D011 8	抗血小板抗体	262	→	262	D011 8
D011 9	血小板第4因子一ヘパリン複合体抗体(IgG、IgM及びIgA抗体)	390	→	390	D011 10
D011 9	血小板第4因子一ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)	390	→	389	D011 9
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒血清反応(STS)定性	15	→	15	D012 1
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)定性	15	→	15	D012 1
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)半定量	15	→	15	D012 1
D012 1	抗ストレプトリジンO(ASO)定量	15	→	15	D012 1
D012 2	トキソプラズマ抗体定性	26	→	26	D012 2
D012 2	トキソプラズマ抗体半定量	26	→	26	D012 2
D012 3	抗ストレプトキナーゼ(ASK)定性	29	→	29	D012 3
D012 3	抗ストレプトキナーゼ(ASK)半定量	29	→	29	D012 3
D012 4	梅毒トレポネーマ抗体定性	32	→	32	D012 4
D012 4	マイコプラズマ抗体定性	32	→	32	D012 4
D012 4	マイコプラズマ抗体半定量	32	→	32	D012 4
D012 5	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)半定量	34	→	-	(削除)
D012 5	梅毒血清反応(STS)半定量	34	→	34	D012 5
D012 5	梅毒血清反応(STS)定量	34	→	34	D012 5
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体半定量	53	→	53	D012 6
D012 6	梅毒トレポネーマ抗体定量	53	→	53	D012 6
D012 7	アデノウイルス抗原定性(糞便)	60	→	60	D012 7
D012 7	迅速ウレアーゼ試験定性	60	→	60	D012 7
D012 8	ロタウイルス抗原定性(糞便)	65	→	65	D012 8
D012 8	ロタウイルス抗原定量(糞便)	65	→	65	D012 8
D012 9	ヘルコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70	→	70	D012 9
D012 9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→	70	D012 9

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 10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→	75	D012 10
D012 11	ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	79	→	79	D012 11
D012 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→	80	D012 12
D012 12	ヘルコバクター・ピロリ抗体	80	→	80	D012 12
D012 12	百日咳菌抗体定性	80	→	80	D012 12
D012 12	百日咳菌抗体半定量	80	→	80	D012 12
D012 13	HTLV-I 抗体定性	85	→	85	D012 13
D012 13	HTLV-I 抗体半定量	85	→	85	D012 13
D012 14	トキソプラズマ抗体	93	→	93	D012 14
D012 15	トキソプラズマIgM抗体	95	→	95	D012 15
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量	100	→	-	(削除)
D012 17	抗酸菌抗体定量	116	→	116	D012 16
D012 17	HIV-1抗体	116	→	116	D012 16
D012 17	抗酸菌抗体定性	116	→	116	D012 16
D012 18	HIV-1, 2抗体定性	121	→	118	D012 17
D012 18	HIV-1, 2抗体半定量	121	→	118	D012 17
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	121	→	118	D012 17
D012 18	HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	121	→	118	D012 17
D012 19	HIV-1, 2抗体定量	127	→	127	D012 18
D012 20	A群β溶連菌迅速試験定性	134	→	130	D012 19
D012 21	ノイラミニダーゼ定性	140	→	-	(削除)
D012 22	カンジダ抗原定性	142	→	138	D012 20
D012 22	カンジダ抗原半定量	142	→	138	D012 20
D012 22	カンジダ抗原定量	142	→	138	D012 20
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・膿液)	144	→	140	D012 21
D012 24	肺炎球菌抗原定性(尿・膿液)	146	→	146	D012 24
D012 24	ヘルコバクター・ピロリ抗原定性	146	→	146	D012 24
D012 24	RSウイルス抗原定性	146	→	142	D012 22

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 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性	146	→	142	D012 22
D012 24	梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量	146	→	142	D012 22
D012 25	インフルエンザウイルス抗原定性	147	→	143	D012 23
D012 26	ノロウイルス抗原定性	150	→	150	D012 25
D012 26	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	150	→	150	D012 25
D012 26	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	150	→	150	D012 25
D012 26	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	150	→	150	D012 25
D012 27	D-アラビニトール	160	→	160	D012 26
D012 27	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→	160	D012 26
D012 28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	164	→	160	D012 26
D012 29	アスペルギルス抗原	165	→	164	D012 27
D012 30	大腸菌O157抗原定性	170	→	165	D012 28
D012 30	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170	→	170	D012 29
D012 31	大腸菌O157抗体定性	175	→	173	D012 30
D012 32	HTLV-I 抗体	177	→	173	D012 30
D012 33	淋菌抗原定性	180	→	180	D012 32
D012 33	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→	180	D012 32
D012 33	大腸菌血清型別	180	→	180	D012 32
D012 34	クリプトコックス抗原半定量	184	→	179	D012 31
D012 34	クリプトコックス抗原定性	184	→	179	D012 31
D012 35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	200	→	194	D012 33
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	200	→	194	D012 33
D012 36	ブルセラ抗体定性	206	→	206	D012 35
D012 36	ブルセラ抗体半定量	206	→	206	D012 35
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	206	→	206	D012 35
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210	→	210	D012 36
D012 37	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	210	→	210	D012 36
D012 37	肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・膿液)	210	→	204	D012 34

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 37	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→	210	D012 36
D012 37	レプトスピラ抗体	210	→	-	- (削除)
D012 38	ツツガムシ抗体半定量	213	→	213	D012 37
D012 38	(1→3) - β-D-グルカン	213	→	213	D012 37
D012 38	ツツガムシ抗体定性	213	→	213	D012 37
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	219	→	218	D012 38
D012 40	サイトメガロウイルス抗体	220	→	220	D012 39
D012 41	赤痢アメーバ抗体半定量	223	→	223	D012 40
D012 42	レジオネラ抗原定性(尿)	229	→	223	D012 40
D012 43	デングウイルス抗原定性	233	→	233	D012 41
- -	デングウイルス抗原・抗体同時測定定性	-	→	233	D012 41 (新設)
D012 44	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240	→	240	D012 42
D012 45	エンドトキシン	257	→	250	D012 43
D012 46	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→	-	(削除)
D012 47	HIV-1抗体(ウエスタンプロット法)	280	→	280	D012 45
D012 47	百日咳菌抗体	280	→	272	D012 44
D012 48	結核菌群抗原定性	291	→	291	D012 46
D012 49	ダニ特異IgG抗体	300	→	-	(削除)
D012 49	Weil-Felix反応	300	→	-	(削除)
D012 50	HIV-2抗体(ウエスタンプロット法)	380	→	380	D012 47
D012 51	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	398	→	387	D012 48
D012 52	HTLV-I 抗体(ウエスタンプロット法及びラインプロット法)	432	→	425	D012 49 (名称の変更)
D012 53	HIV抗原	600	→	600	D012 50
D012 54	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	900	→	900	D012 51
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原定性・半定量	29	→	29	D013 1
D013 2	HBs抗体定性	32	→	32	D013 2
D013 2	HBs抗体半定量	32	→	32	D013 2

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 3	HBs抗原	88	→	88	D013 3
D013 3	HBs抗体	88	→	88	D013 3
D013 4	HBe抗原	107	→	107	D013 4
D013 4	HBe抗体	107	→	107	D013 4
D013 5	HCV抗体定性・定量	114	→	111	D013 5
D013 5	HCVコア蛋白	114	→	111	D013 5
D013 6	HCVコア抗体	144	→	143	D013 7
D013 7	HBc抗体半定量・定量	145	→	141	D013 6
D013 8	HA-IgM抗体	146	→	146	D013 8
D013 8	HA抗体	146	→	146	D013 8
D013 8	HBc-IgM抗体	146	→	146	D013 8
D013 9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→	160	D013 9
D013 9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→	160	D013 9
D013 10	HE-IgA抗体定性	210	→	210	D013 10
D013 11	HCV血清群別判定	233	→	233	D013 11
D013 12	HBVコア関連抗原(HBcrAg)	281	→	274	D013 12
D013 13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→	330	D013 13
D013 14	HCV特異抗体価	340	→	340	D013 14
D013 14	HBVジノタイプ判定	340	→	340	D013 14
D013 注	包括項目:3項目	290	→	290	D013 注
D013 注	包括項目:4項目	360	→	360	D013 注
D013 注	包括項目:5項目以上	460	→	447	D013 注
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→	11	D014 1
D014 2	リウマトイド因子(RF)定量	30	→	30	D014 2
D014 3	抗サイログロブリン抗体半定量	37	→	37	D014 3
D014 3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→	37	D014 3
D014 4	Donath-Landsteiner試験	55	→	55	D014 4

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 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定性	108	→	105	D014 5
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)半定量	108	→	105	D014 5
D014 5	抗核抗体(蛍光抗体法)定量	108	→	105	D014 5
D014 6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)	110	→	110	D014 6
D014 6	抗インスリン抗体	110	→	110	D014 6
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	116	→	116	D014 7
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→	117	D014 8
D014 8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→	117	D014 8
D014 9	抗サイログロブリン抗体	144	→	144	D014 9
D014 9	抗RNP抗体定性	144	→	144	D014 9
D014 9	抗RNP抗体半定量	144	→	144	D014 9
D014 9	抗RNP抗体定量	144	→	144	D014 9
D014 10	抗Jo-1抗体定性	146	→	144	D014 9
D014 10	抗Jo-1抗体半定量	146	→	144	D014 9
D014 10	抗Jo-1抗体定量	146	→	144	D014 9
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146	→	146	D014 10
D014 11	抗Sm抗体定性	159	→	155	D014 11
D014 11	抗Sm抗体半定量	159	→	155	D014 11
D014 11	抗Sm抗体定量	159	→	155	D014 11
D014 12	抗SS-B/La抗体定性	162	→	161	D014 12
D014 12	抗SS-B/La抗体半定量	162	→	161	D014 12
D014 12	抗SS-B/La抗体定量	162	→	161	D014 12
D014 12	抗Scl-70抗体定性	162	→	162	D014 13
D014 12	抗Scl-70抗体半定量	162	→	162	D014 13
D014 12	抗Scl-70抗体定量	162	→	162	D014 13
D014 13	抗SS-A/Ro抗体定性	165	→	163	D014 14
D014 13	抗SS-A/Ro抗体半定量	165	→	163	D014 14
D014 13	抗SS-A/Ro抗体定量	165	→	163	D014 14

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 13	C _{1q} 結合免疫複合体	165	→	161	D014 12
D014 14	抗RNAポリメラーゼIII抗体	170	→	170	D014 15
D014 15	抗DNA抗体定量	173	→	172	D014 16
D014 15	抗DNA抗体定性	173	→	172	D014 16
D014 16	抗セントロメア抗体定量	184	→	184	D014 17
D014 16	抗セントロメア抗体定性	184	→	184	D014 17
D014 17	抗ARS抗体	190	→	190	D014 18
D014 18	モノクローナルRF結合免疫複合体	194	→	194	D014 20
D014 19	抗ミトコンドリア抗体定性	196	→	191	D014 19
D014 19	抗ミトコンドリア抗体半定量	196	→	191	D014 19
D014 20	IgG型リウマトイド因子	204	→	203	D014 22
D014 21	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→	200	D014 21
D014 22	C _{3d} 結合免疫複合体	210	→	--	--
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→	210	D014 23
D014 22	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→	210	D014 23
D014 23	抗カルジオリビンβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体	223	→	223	D014 25
D014 23	抗LKM-1抗体	223	→	221	D014 24
D014 24	抗カルジオリビン抗体	239	→	239	D014 27
D014 24	抗TSHレセプター抗体(TRAb)	239	→	232	D014 26
D014 25	IgG ₂ (TIA法によるもの)	239	→	239	D014 28
D014 26	抗デスマグレイン3抗体	270	→	270	D014 29
D014 26	抗BP180-NC16a抗体	270	→	270	D014 29
- -	抗MDA5抗体	-	→	270	D014 30
- -	抗TIF1-γ抗体	-	→	270	D014 30
- -	抗Mi-2抗体	-	→	270	D014 30
D014 27	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA)	276	→	275	D014 32
D014 27	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	276	→	273	D014 31
D014 28	ループスアンチコアグラント定量	281	→	281	D014 34

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 28	抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体)	281	→	277	D014 33
D014 28	ループスアンチコアグラント定性	281	→	281	D014 34
D014 29	抗好中球細胞質抗体(ANCA)定性	290	→	290	D014 35
D014 30	抗デスマグレイン1抗体	300	→	300	D014 36
D014 31	甲状腺刺激抗体(TSAb)	350	→	340	D014 37
D014 32	IgG ₄	388	→	377	D014 38
D014 33	IgG ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388	→	388	D014 39
D014 34	抗GM1IgG抗体	460	→	460	D014 40
D014 34	抗GQ1bIgG抗体	460	→	460	D014 40
D014 35	抗アセチルコリンレセプター抗体(抗AChR抗体)	856	→	847	D014 41
D014 36	抗グルタミン酸レセプター抗体	970	→	970	D014 42
D014 37	抗アクアポリン4抗体	1,000	→	1,000	D014 43
D014 37	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000	→	1,000	D014 43
- -	抗HLA抗体(スクリーニング検査)	-	→	1,000	D014 44 (新設)
- -	抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)	-	→	5,000	D014 45 (新設)
D014 注	包括項目:2項目	320	→	320	D014 注
D014 注	包括項目:3項目以上	490	→	490	D014 注
D015	血漿蛋白免疫学的検査				
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	16	→	16	D015 1
D015 1	C反応性蛋白(CRP)	16	→	16	D015 1
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→	30	D015 2
D015 2	グルコースー6一ホスファターゼ(G-6-Pase)	30	→	30	D015 2
D015 3	グルコースー6ーリン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)定性	34	→	34	D015 3
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→	34	D015 3
D015 4	血清補体値(CH ₅₀)	38	→	38	D015 4
D015 4	免疫グロブリン	38	→	38	D015 4
D015 5	クリオグロブリン定性	42	→	42	D015 5
D015 5	クリオグロブリン定量	42	→	42	D015 5

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 6	血清アミロイドA蛋白(SAA)	47	→	47	D015 6
D015 7	トランスフェリン(Tf)	60	→	60	D015 7
D015 8	C ₃	70	→	70	D015 8
D015 8	C ₄	70	→	70	D015 8
D015 9	セルロプラスミン	90	→	90	D015 9
D015 10	非特異的IgE半定量	100	→	100	D015 10
D015 10	非特異的IgE定量	100	→	100	D015 10
D015 11	特異的IgE半定量・定量	110	→	110	D015 12
D015 11	β ₂ -マイクログロブリン	110	→	107	D015 11
D015 11	トランスサイレチン(プレアルブミン)	110	→	107	D015 11
D015 12	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→	136	D015 13
D015 13	α ₁ -マイクログロブリン	144	→	140	D015 14
D015 13	ハプトグロビン(型補正を含む。)	144	→	140	D015 14
D015 14	C ₃ プロアクチベータ	160	→	160	D015 16
- -	免疫電気泳動法(抗ヒト全血清)	-	→	170	D015 17 (新設)
D015 15	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	163	→	159	D015 15
D015 16	ヘモペキシン	180	→	180	D015 18
D015 17	APRスコア定性	191	→	191	D015 20
D015 18	アトピー鑑別試験定性	194	→	194	D015 21
D015 18	TARC	194	→	189	D015 19
D015 19	癌胎児性フィプロネクチン定性(頸管腫分泌液)	204	→	204	D015 23
D015 20	Bence Jones蛋白同定(尿)	209	→	203	D015 22
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	210	→	- - -	(削除)
- -	免疫電気泳動法(特異抗血清)	-	→	230	D015 24 (新設)
D015 22	C ₁ インアクチベータ	276	→	276	D015 25
D015 23	免疫グロブリンL鎖κ／λ比	330	→	330	D015 26
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖κ／λ比	400	→	400	D015 27
D015 25	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	630	→	630	D015 28

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D016	細胞機能検査				
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	165	→ 161	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 3	
D016 2	T細胞サブセット検査(一連につき)	200	→ 194	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	204	→ 204	D016 4	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 5	
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→ 270	D016 6	
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)	345	→ -	D016 7	(項目の分割)
- -	イ 1薬剤	-	→ 345	D016 7	
- -	ロ 2薬剤	-	→ 425	D016 7	
- -	ハ 3薬剤以上	-	→ 515	D016 7	
(微生物学的検査)					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50	→ 50	D017 1	
D017 1	注 集菌塗抹法加算	32	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	61	→ 61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査				
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→ 160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	180	→ 180	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	210	→ 210	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	170	→ 170	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	160	→ 160	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→ 60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	118	→ 115	D018 注1	
- -	質量分析装置加算	-	→ 40	D018 注2	(新設)
D019	細菌薬剤感受性検査				
D019 1	1菌種	170	→ 170	D019 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		
D019 2	2菌種	220	→	220	D019 2
D019 3	3菌種以上	280	→	280	D019 3
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→	150	D019-2
D020	抗酸菌分離培養検査				
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	280	→	280	D020 1
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	210	→	204	D020 2
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	370	→	361	D021
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	380	→	380	D022
D023	微生物核酸同定・定量検査				
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→	130	D023 1
D023 2	淋菌核酸検出	204	→	204	D023 2
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	204	→	204	D023 2
D023 3	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	286	→	286	D023 4
D023 4	HBV核酸定量	287	→	279	D023 3
D023 4	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	287	→	450	D023 12
D023 5	レジオネラ核酸検出	292	→	292	D023 5
D023 6	マイコプラズマ核酸検出	300	→	300	D023 6
- -	EBウイルス核酸定量	-	→	310	D023 7 (新設)
D023 7	HCV核酸検出	360	→	360	D023 8
D023 7	HPV核酸検出	360	→	360	D023 8
D023 7	HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	360	→	360	D023 8
- -	百日咳菌核酸検出	-	→	360	D023 8 (新設)
D023 8	インフルエンザ核酸検出	410	→	410	D023 9
D023 8	抗酸菌核酸同定	410	→	410	D023 9
D023 8	結核菌群核酸検出	410	→	410	D023 9
D023 9	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー(MAC)核酸検出	421	→	421	D023 10
D023 10	HCV核酸定量	450	→	437	D023 11
D023 10	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→	450	D023 12

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 10	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→	450	D023 12
D023 10	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→	450	D023 12
D023 10	HTLV-1核酸検出	450	→	450	D023 12
D023 11	HIV-1核酸定量	520	→	520	D023 13
D023 11	注 濃縮前処理加算	130	→	130	D023 13
D023 12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→	850	D023 14
D023 12	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	850	→	850	D023 14
D023 12	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850	→	850	D023 14
- -	サイトメガロウイルス核酸検出	-	→	850	D023 14 (新設)
- -	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	-	→	1,700	D023 15 (新設)
D023 13	HPVジェノタイプ判定	2,000	→	2,000	D023 16
D023 14	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→	6,000	D023 17
- -	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	-	→	100	D023 注 (新設)
D023-2	その他の微生物学的検査				
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性	55	→	55	D023-2 1
D023-2 2	尿素呼気試験(UBT)	70	→	70	D023-2 2
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒(TDH) 定性	150	→	-	- (削除)
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	194	→	194	D023-2 3
D024	動物使用検査	170	→	170	D024
(基本的検体検査実施料)					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	入院の日から起算して4週間以内の期間	140	→	140	D025 1
D025 2	入院の日から起算して4週間を超えた期間	110	→	110	D025 2
第2款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料				
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→	34	D026 1
D026 2	血液学的検査判断料	125	→	125	D026 2
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→	144	D026 3

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 4	生化学的検査(II)判断料	144	→	144	D026 4
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→	144	D026 5
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→	150	D026 6
D026 注3	検体検査管理加算(I)	40	→	40	D026 注3
D026 注3	検体検査管理加算(II)	100	→	100	D026 注3
D026 注3	検体検査管理加算(III)	300	→	300	D026 注3
D026 注3	検体検査管理加算(IV)	500	→	500	D026 注3
D026 注4	注 国際標準検査管理加算	40	→	40	D026 注4
D026 注5	遺伝カウンセリング加算	500	→	1,000	D026 注5
D026 注6	骨髓像診断加算	240	→	240	D026 注6
D026 注7	免疫電気泳動法診断加算	50	→	50	D026 注7
D027	基本的検体検査判断料	604	→	604	D027

第2節 削除

第3節 生体検査料

(呼吸循環機能検査等)

D200	スパイログラフィー等検査		D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	90 → 90	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	100 → 100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	140 → 140	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100 → 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010 → 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査		D201	
D201 1	呼吸抵抗測定		D201 1	
D201 1	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	150 → 150	D201 1	
D201 1	ロ その他の場合	60 → 60	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査	135 → 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布		D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135 → 135	D202 1	

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		
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	150	→ 180	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D206 注1 1	新生児加算	10,800	→ 10,800	D206 注1	
D206 注1 1	乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D206 注1	
D206 注1 2	新生児加算	12,000	→ 12,000	D206 注1	
D206 注1 2	乳幼児加算	4,000	→ 4,000	D206 注1	
D206 注2	円孔・欠損孔加算	800	→ 800	D206 注2	
D206 注2	ブロックンブロー加算	2,000	→ 2,000	D206 注2	
D206 注2	伝導機能検査加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	ヒス束心電図加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	診断ペーシング加算	200	→ 200	D206 注2	
D206 注2	期外刺激法加算	600	→ 600	D206 注2	
- -	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	-	→ 600	D206 注2	(新設)
D206 注2	冠動脈造影加算	1,400	→ 1,400	D206 注2	
D206 注3	血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算	400	→ 400	D206 注3	
D206 注4	冠動脈血流予備能測定検査加算	600	→ 600	D206 注4	
D206 注5	血管内視鏡検査加算	400	→ 400	D206 注5	
D206 注9	心腔内超音波検査加算	400	→ 400	D206 注9	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	

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		
D207 2	血流量測定	100	→	100	D207 2
D207 2	皮膚灌流圧測定	100	→	100	D207 2
D207 2	皮弁血流検査	100	→	100	D207 2
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	→	100	D207 2
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100	→	100	D207 2
D207 3	心拍出量測定	150	→	150	D207 3
D207 3	循環時間測定	150	→	150	D207 3
D207 3	循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの)	150	→	150	D207 3
D207 3	脳循環測定(色素希釈法によるもの)	150	→	150	D207 3
D207 3	注1 心拍出量測定加算	1,300	→	1,300	D207 3
D207 4	血管内皮機能検査(一連につき)	200	→	200	D207 4
D207 5	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→	1,350	D207 5
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→	130	D208 1
D208 2	ベクトル心電図	150	→	150	D208 2
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→	150	D208 2
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→	150	D208 3
D208 4	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200	→	200	D208 4
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→	90	D208 5
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→	380	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	→	1,750	D210 2
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→	1,500	D210-2
D210-3	植込型心電図検査	90	→	90	D210-3
D210-4	T波オルタナנס検査	1,100	→	1,100	D210-4

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		
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	1,200	→ 1,400	D211	
D211 注3	連続呼気ガス分析加算	200	→ 520	D211 注3	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→ 800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	200	→ 200	D211-3	
D211-4	シャトルウォーキングテスト	200	→ 200	D211-4	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 600	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	1検査	60	→ 60	D214 1	
D214 2	2検査	80	→ 80	D214 2	
D214 3	3又は4検査	130	→ 130	D214 3	
D214 4	5又は6検査	180	→ 180	D214 4	
D214 5	7検査以上	220	→ 220	D214 5	
D214 6	血管伸展性検査	100	→ 100	D214 6	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
- -	ロ 下肢血管	-	→ 450	D215 2	(新設)
D215 2	ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	
D215 3	ニ 胎児心エコー法	1,000	→ 300	D215 3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	注2 胎児心エコー法診断加算	- → 700	D215 3	(新設)	
D215 3	ホ 負荷心エコー法	1,680 → 2,010	D215 3		
D215 4	ドプラ法(1日につき)		D215 4		
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20 → 20	D215 4		
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150 → 150	D215 4		
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400 → 400	D215 4		
D215 5	血管内超音波法	3,600 → 4,290	D215 5		
D215 注1	造影剤使用加算	150 → 180	D215 注1		
D215 注2	パルスドプラ法加算	200 → 200	D215 注2		
D215 注7	微小栓子シグナル加算	150 → 150	D215 注7		
D215-2	肝硬度測定	200 → 200	D215-2		
D215-3	超音波エラストグラフィー	200 → 200	D215-3		
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 1	注 大腿骨同時撮影加算	90 → 90	D217 1		
D217 2	MD法	140 → 140	D217 2		
D217 2	SEXA法等	140 → 140	D217 2		
D217 3	超音波法	80 → 80	D217 3		
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査		D218		
D218 1	1時間以内の場合	400 → 480	D218 1		
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550 → 660	D218 2		
D218 3	1時間30分を超えた場合	700 → 840	D218 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		
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日を超えて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				
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	620	→	620	D221-2
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	→	100	D222 1
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	→	600	D222 2
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定(1日につき)	100	→	100	D222-2
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	→	30	D223
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	→	100	D223-2
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	→	100	D224
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→	130	D225 1
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	→	260	D225 2
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→	100	D225-2
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→	200	D225-3
D225-4	ヘッドアップティルト試験	980	→	980	D225-4
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	→	120	D226 1
D226 2	5回以上の場合	200	→	240	D226 2
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	125	→	125	D227 1
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	500	→	600	D227 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		
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	→ 180	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 540	D230 2	
D230 注1	バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算	1,300	→ 1,300	D230 注1	
D231	人工臍臓検査(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	700	→ 700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 780	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,300	→ 1,300	D234	
(脳波検査等)					
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	→ 720	D235	
D235 注1	賦活検査加算	250	→ 250	D235 注1	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	500	→ 500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)			D235-3	
D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査1	3,500	→ 3,500	D235-3 1	
D235-3 2	長期脳波ビデオ同時記録検査2	900	→ 900	D235-3 2	
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 804	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 804	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	→ 804	D236 3	
D236 4	聴性定常反応	800	→ 960	D236 4	
D236-2	光トポグラフィー			D236-2	
D236-2 1	脳外科手術の術前検査に使用するもの	670	→ 670	D236-2 1	

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		
D236-2 2	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	400 → 400	D236-2 2		
D236-2 2	ロ イ以外の場合	200 → 200	D236-2 2		
D236-3	脳磁図	5,100 → 5,100	D236-3		
D237	終夜睡眠ポリグラフィー		D237		
D237 1	携帶用装置を使用した場合	720 → 720	D237 1		
D237 2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250 → 250	D237 2		
D237 3	1及び2以外の場合	3,300 → 3,960	D237 3		
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000 → 5,000	D237-2		
D238	脳波検査判断料		D238		
D238 1	脳波検査判断料1	350 → 350	D238 1		
D238 2	脳波検査判断料2	180 → 180	D238 2		
(神経・筋検査)					
D239	筋電図検査		D239		
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあっては1筋につき))	300 → 300	D239 1		
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	150 → 200	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 → 800	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	450 → 500	D239-3		
D239-4	全身温熱発汗試験	600 → 600	D239-4		
D239-5	精密知覚機能検査	280 → 280	D239-5		
D240	神経・筋負荷テスト		D240		
D240 1	テンションテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130 → 130	D240 1		
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130 → 130	D240 2		
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200 → 200	D240 3		
D241	神経・筋検査判断料	180 → 180	D241		
D242	尿水力学的検査		D242		
D242 1	膀胱内圧測定	260 → 260	D242 1		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D242 2	尿道圧測定図	260	→	260	D242 2
D242 3	尿流測定	205	→	205	D242 3
D242 4	括約筋筋電図	310	→	310	D242 4
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	350	→	350	D244 1
D244 1	自記オージオメーターによる聴力検査	350	→	350	D244 1
D244 2	標準語音聴力検査	350	→	350	D244 2
D244 2	ことばのききとり検査	350	→	350	D244 2
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→	110	D244 3
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→	40	D244 3
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→	400	D244 4
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→	400	D244 5
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→	400	D244 5
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	→	150	D244 6
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→	1,300	D244-2 1
D244-2 2	2回目以降	700	→	700	D244-2 2
D245	鼻腔通気度検査	300	→	300	D245
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→	100	D246
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	290	→	290	D247 1
D247 2	チンパノメトリー	340	→	340	D247 2
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→	450	D247 3
D247 4	遊戯聴力検査	450	→	450	D247 4
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D247 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	蜗電図	750	→	750	D249
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→	20	D250 1
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→	120	D250 2
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査			D250 3	
D250 3	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300	→	300	D250 3
D250 3	ロ その他の場合	140	→	140	D250 3
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→	400	D250 4
D250 4	ロ その他の場合	260	→	260	D250 4
D250 5	重心動搖計	250	→	250	D250 5
D250 5	下肢加重検査	250	→	250	D250 5
D250 5	フォースプレート分析	250	→	250	D250 5
D250 5	動作分析検査	250	→	250	D250 5
D250 注	パワー・ベクトル分析加算	200	→	200	D250 注
D250 注	刺激又は負荷加算	120	→	120	D250 注
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコピ一	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

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		
(眼科学的検査)					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→	56	D255
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→	150	D255-2
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	-	→	-	D256 1
D256 1	イ アナログ撮影	54	→	54	D256 1
D256 1	ロ デジタル撮影	58	→	58	D256 1
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→	400	D256 2
D256 3	自発蛍光撮影法の場合	510	→	510	D256 3
D256 注2	広角眼底撮影加算	100	→	100	D256 注2
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→	200	D256-2
- -	光干渉断層血管撮影	-	→	400	D256-3 (新設)
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→	112	D257
D258	網膜電位図(ERG)	230	→	230	D258
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→	500	D258-2
D259	精密視野検査(片側)	38	→	38	D259
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→	195	D260 1
D260 2	静的量的視野検査	290	→	290	D260 2
D261	屈折検査	-	→	-	D261
D261 1	6歳未満の場合	69	→	69	D261 1
D261 2	1以外の場合	69	→	69	D261 2
D262	調節検査	70	→	70	D262
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方箋の交付を行う場合	69	→	69	D263 1
D263 2	1以外の場合	69	→	69	D263 2
- -	コントラスト感度検査	-	→	207	D263-2 (新設)
D264	精密眼圧測定	82	→	82	D264

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		
D264 注	負荷測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	84	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	105	→ 105	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70	→ 70	D267 1	
D267 2	1以外の場合	48	→ 48	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	48	→ 48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→ 150	D269-2	
D270	削除			D270	
D270-2	ロービジョン検査判断料	250	→ 250	D270-2	
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	48	→ 48	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	48	→ 48	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	48	→ 48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
- -	前眼部三次元画像解析	-	→ 265	D274-2	(新設)
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
- -	前房水漏出検査	-	→ 149	D275-2	(新設)
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
- -	涙道内視鏡検査	-	→ 640	D277-2	(新設)
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	

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		
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	中心フリッカ一試験	38	→	38	D282
D282-2	行動観察による視力検査			D282-2	
D282-2 1	PL(Preferential Looking)法	100	→	100	D282-2 1
D282-2 2	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	60	→	60	D282-2 2
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	→	200	D282-3 1
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	180	→	180	D282-3 2
D282-3 3	コンタクトレンズ検査料3	56	→	56	D282-3 3
D282-3 4	コンタクトレンズ検査料4	50	→	50	D282-3 4
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72	→	72	D282-4
(臨床心理・神経心理検査)					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→	80	D283 1
D283 2	操作が複雑なもの	280	→	280	D283 2
D283 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D283 3
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→	80	D284 1
D284 2	操作が複雑なもの	280	→	280	D284 2
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D284 3
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→	80	D285 1
D285 2	操作が複雑なもの	280	→	280	D285 2
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→	450	D285 3
(負荷試験等)					

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		
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1,280	→ 1,280	D286-2	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287	1
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287	1
D287 1	ロ ゴナドトロピン(LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287	1
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	1
D287 1	ニ プロラクチン(PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	1
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	1
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	2
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	3
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	4
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287	5
D287 5	イ 鉱質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	5
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	5
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287	6
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288	1
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288	2
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膵機能テスト(PFDテスト)	100	→ 100	D289	1
D289 2	肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2回法)	100	→ 100	D289	2
D289 2	ビリルビン負荷試験	100	→ 100	D289	2
D289 2	馬尿酸合成試験	100	→ 100	D289	2
D289 2	フィッシュバーグ	100	→ 100	D289	2
D289 2	水利尿試験	100	→ 100	D289	2
D289 2	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)	100	→ 100	D289	2
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289	2

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	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otope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otope摂取率(一連につき)	365	→	365	D293 1
D293 2	レノグラム	575	→	575	D293 2
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→	575	D293 2
D294	ラジオアイソotope検査判断料	110	→	110	D294
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査(片側)	600	→	720	D295

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		
D296	鼻咽腔直達鏡検査	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ピー(部位を問わざ一連につき)	600	→ 600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→ 720	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコピー	600	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコピー	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査(片側)	1,000	→ 1,000	D300-2	
D301	削除			D301	
D302	気管支ファイバースコピー	2,500	→ 2,500	D302	
D302 注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算	200	→ 200	D302 注	
- -	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	-	→ 320	D302-2	(新設)
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 7,200	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	
D305	削除			D305	
D306	食道ファイバースコピー	800	→ 800	D306	
D306 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D306 注1	
D306 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D306 注2	
D307	削除				
D308	胃・十二指腸ファイバースコピー	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注1	胆管・胰管造影法加算	600	→ 600	D308 注1	
D308 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D308 注2	
D308 注3	胆胆管・胰管鏡加算	600	→ 2,800	D308 注3	
D308 注4	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D308 注4	
D309	胆道ファイバースコピー	1,400	→ 4,000	D309	
D310	小腸内視鏡検査			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000	→ 7,800	D310 1	
D310 2	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→ 5,000	D310 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		
D310 3	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 4	その他のもの	1,700	→ 1,700	D310 4	
D310 注2	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D310 注2	
D310-2	消化管通過性検査	600	→ 600	D310-2	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコピー	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D312	
D313	大腸内視鏡検査			D313	
D313 1	ファイバースコピーによるもの			D313 1	
D313 1	イ S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 1	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 1	
D313 1	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 1	
D313 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,550	→ 1,550	D313 2	
D313 注1	粘膜点墨法加算	60	→ 60	D313 注1	
D313 注2	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D313 注2	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 2,160	D314	
D315	腹腔ファイバースコピー	1,800	→ 2,160	D315	
D316	クルドスコピー	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー	950	→ 950	D317	
D317 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317 注	
D317-2	膀胱尿道ファイバースコピー	890	→ 890	D317-2	
D317-2 注	狭帯域光強調加算	200	→ 200	D317-2 注	
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→ 1,200	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコピー(片側)	1,500	→ 1,800	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→ 220	D320	
D321	コレポスコピー	210	→ 210	D321	
D322	子宮ファイバースコピー	800	→ 800	D322	

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		
D323	乳管鏡検査	800	→ 960	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 2,040	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
D325 注1	新生児加算	10,800	→ 10,800	D325 注1	
D325 注1	乳幼児加算	3,600	→ 3,600	D325 注1	
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	25	→ 30	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注2	乳幼児加算	20	→ 25	D400 注2	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	220	→ 220	D403	
D403 注	乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	260	→ 260	D404 1	
D404 2	その他	280	→ 280	D404 2	
D404 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D404-2	骨髄生検	730	→ 730	D404-2	
D404-2 注	乳幼児加算	100	→ 100	D404-2 注	
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	60	→ 60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	180	→ 180	D406-2	

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	腎囊胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検(片側)			D409-2	
D409-2 1	併用法	5,000	→ 5,000	D409-2 1	
D409-2 2	単独法	3,000	→ 3,000	D409-2 2	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)			D410	
D410 1	生検針によるもの	650	→ 650	D410 1	
D410 2	その他	200	→ 200	D410 2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	4,000	→ 4,800	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→ 4,800	D415	
D415 注1	ガイドシース加算	500	→ 500	D415 注1	
D415 注2	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→ 1,000	D415 注2	
D415-2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	5,500	→ 5,500	D415-2	
- -	経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)	-	→ 5,500	D415-3	(新設)
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
D416 注	乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。)	500	→ 500	D417 1	(名称の変更)
- -	筋肉(心筋を除く。)	-	→ 1,500	D417 2	(新設)
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 4,600	D417 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		
D417 3	眼			D417 4	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 4	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	→ 350	D417 4	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 5	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 6	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 7	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 8	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 9	
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 10	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 11	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→ 400	D417 12	
D417 12	末梢神経	620	→ 1,620	D417 13	
D417 13	心筋	5,000	→ 6,000	D417 14	
D417 注	乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等からの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→ 210	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	→ 50	D419 3	
D419 4	前房水採取	350	→ 420	D419 4	
D419 5	副腎静脈サンプリング(一連につき)	4,800	→ 4,800	D419 5	
D419 6	鼻腔・咽頭拭い液採取	5	→ 5	D419 6	

別表2

第3部 検査 (名称を変更する項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012 52	HTLV-I 抗体(ウエスタンプロット法)	D012 49	HTLV-I 抗体(ウエスタンプロット法及びラインプロット法)
D417 1	皮膚(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。)	D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)

別表3

第3部 検査 (1つの検査を複数に分ける項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006-4	遺伝学的検査	D006-4 D006-4 1 D006-4 2 D006-4 3	遺伝学的検査 処理が容易なもの 処理が複雑なもの 処理が極めて複雑なもの
D016 6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	D016 7 D016 7 D016 7 D016 7	リンパ球刺激試験(LST) イ 1薬剤 ロ 2薬剤 ハ 3薬剤以上

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</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E 0 0 1又はE 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、</p>	<p>4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E 0 0 1又はE 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、</p>

その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点を所定点数に加算する。

その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。

【通則の見直し】

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

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

【通則の見直し】

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文

に規定する保険医療機関間で行った場合であつて、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。

に規定する保険医療機関間で行った場合であつて、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。

第2節 核医学診断料

E 101-2 ポジトロン断層撮影

【点数の見直し】

3 ¹³N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 → 9,000点

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)（一連につき）

【注の見直し】

注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい → 注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい

て、心臓のMR I撮影を行った場合は、心臓MR I撮影加算として、300点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

て、心臓のMR I撮影を行った場合は、心臓MR I撮影加算として、400点を所定点数に加算する。

注7 MR I撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MR I撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMR I撮影を行った場合は、頭部MR I撮影加算として、100点を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5部 投薬</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F 1 0 0 処方料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点</p>	 <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合</p>

<p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。</p>	<p>3 1及び2以外の場合 29点</p> <p>42点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注9 别に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p>
---	--

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4 点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3 点

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5 点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4 点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2 点

【注の追加】

(追加)

注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F 4 0 0において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A 2 5 0に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B 0 0 8 - 2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第3節 薬剤料

F 2 0 0 薬剤

【注の見直し】

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず

注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病

	<p>投与するものを除く。)を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>		<p>薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p>	→	<p>注4 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>
第5節 処方箋料			
F 4 0 0 処方箋料			
【項目の見直し】	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定す</p>	→	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定す</p>

	ものと除く。)を行った場合	40点		ものと除く。)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬 (当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合	40点
3	1及び2以外の場合	68点	3	1及び2以外の場合	68点
【注の見直し】			注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。		
【注の見直し】			注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。		
注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。			注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。		

【注の見直し】

注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付 1 回につきそれぞれ加算する。

イ 一般名処方加算 1	3 点
ロ 一般名処方加算 2	2 点

→
注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

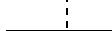
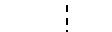
イ 一般名処方加算 1	6 点
ロ 一般名処方加算 2	4 点

【注の追加】

(追加)

→
注 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 250 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 008-2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

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>第1節 注射料</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G 0 2 0 無菌製剤処理料</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保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>	 <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第7部 リハビリテーション		
第1節 リハビリテーション料		
H 0 0 3 - 2 リハビリテーション総合計画評価料		
【項目の見直し】	リハビリテーション総合計画評価料 300点	 リハビリテーション総合計画評価料 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300点 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240点
【注の見直し】	注 1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生	 注 1 1について、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと

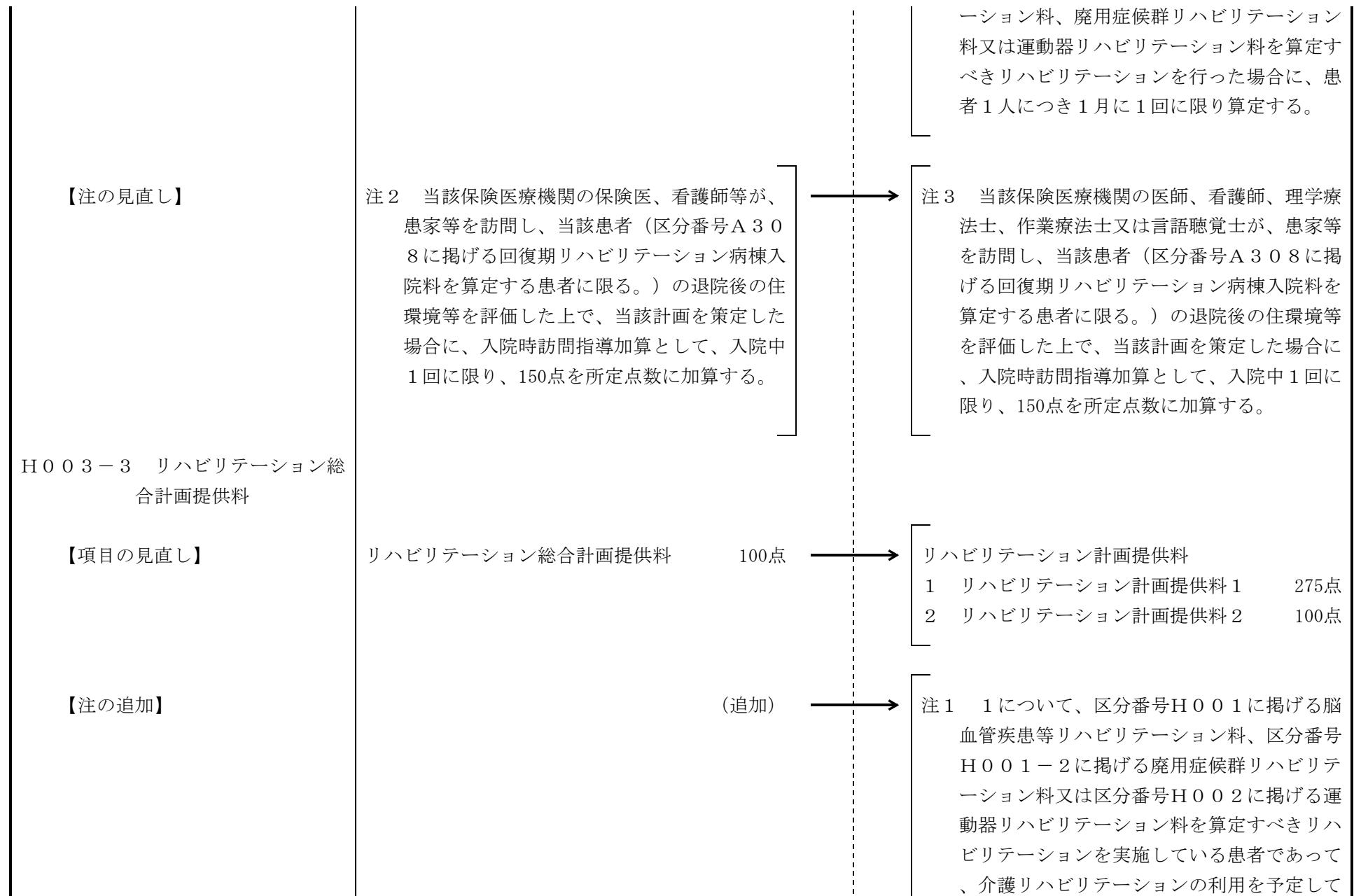
局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

して地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

→
注2 2について、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は運動器リハビリテーション料(II)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテ



いるものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

【注の追加】

（追加）

注3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。

【注の追加】

（追加）

注4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。

H004 摂食機能療法（1日につき
）

【項目の見直し】

摂食機能療法（1日につき）

185点

摂食機能療法（1日につき）

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第8部 精神科専門療法		
第1節 精神科専門療法料		
I 0 0 0 精神科電気痙攣療法 <small>けいれん</small>		
【点数の見直し】		
1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身 麻酔を行った場合 3,000点	→	2,800点
2 1以外の場合 150点		150点
(追加)	→	注3 1については、麻酔に従事する医師（麻酔 科につき医療法第6条の6第1項に規定する 厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が 麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加 算する。
I 0 0 1 入院精神療法（1回につき ）		
【点数の見直し】		
1 入院精神療法(I) 360点	→	1 入院精神療法(I) 400点
2 入院精神療法(II) (略)		2 入院精神療法(II) (略)
I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回		

につき)

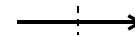
【項目の見直し】

1 通院精神療法

- イ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 600点
- ロ イ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

- イ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合 600点
- ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が60分以上の在宅精神療法を行った場合
(イに該当する場合を除く。) 540点
- ハ イ及びロ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点



1 通院精神療法

- イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であつて、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
- ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点
- ハ イ及びロ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

- イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であつて、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
- ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点
- ハ イ及びロ以外の場合
- (1) 60分以上の場合 540点
- (2) 30分以上60分未満の場合 400点

		(3) 30分未満の場合	330点	
【注の追加】	(追加)	注 7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。		
I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）				
【項目の見直し】	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 2 1以外の医師による場合 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合	500点 420点 350点	1 医師による場合 2 医師及び看護師が共同して行う場合	480点 350点
I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）				
【注の追加】	(追加)	注 7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共に計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神		

I 012 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)
イ・ロ (略)
- 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・ロ (略)

科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。

- 1 精神科訪問看護・指導料(I)
イ・ロ (略)
- 2 削除
- 3 精神科訪問看護・指導料(III)
イ・ロ (略)

【注の削除】

注2 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。

(削除)

【注の見直し】

注5 注1及び注3に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる

注4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看

区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1回を限度とする。

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

450点

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師とともに精神科訪問看護・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ともに精神科訪問看護・指導を行う場合

300点

護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。

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

(1) 1日に1回の場合 450点

(2) 1日に2回の場合 900点

(3) 1日に3回以上の場合 1,450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ともに精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合 380点

(2) 1日に2回の場合 760点

(3) 1日に3回以上の場合 1,240点

【注の削除】

注6 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに40点を所定点数に加算する。

→ (削除)

【注の見直し】

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

注5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施し

を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。

た場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者と連携し、特定行為業務が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関する当該事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）

【名称の見直し】

精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）

精神科在宅患者支援管理料（月 1 回）

【項目の見直し】

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,800 点
ロ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,350 点
- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,480 点
ロ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,110 点

- 1 精神科在宅患者支援管理料 1
イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合
(1) 単一建物診療患者 1 人 3,000 点
(2) 単一建物診療患者 2 人以上 2,250 点
ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合
(1) 単一建物診療患者 1 人 2,500 点
(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,875 点
ハ イ及びロ以外の患者の場合
(1) 単一建物診療患者 1 人 2,030 点
(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,248 点
- 2 精神科在宅患者支援管理料 2
イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合
(1) 単一建物診療患者 1 人 2,467 点
(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850 点
ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合
(1) 単一建物診療患者 1 人 2,056 点
(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542 点

【注の見直し】

注 1 1 については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が

注 1 1 については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関

困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

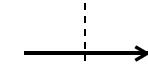
【注の見直し】

注2 2については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

→
注2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)



注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。

項 目	現 行	改 正 案																				
第2章 特掲診療料																						
第9部 処置																						
第1節 処置料																						
J 0 0 0 創傷処置	<p>【点数の見直し】</p> <table> <tbody> <tr> <td>1 100平方センチメートル未満</td> <td>45点</td> <td>→</td> <td>52点</td> </tr> <tr> <td>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</td> <td>60点</td> <td></td> <td>60点</td> </tr> <tr> <td>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</td> <td>90点</td> <td></td> <td>90点</td> </tr> <tr> <td>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満</td> <td>160点</td> <td></td> <td>160点</td> </tr> <tr> <td>5 6,000平方センチメートル以上</td> <td>275点</td> <td></td> <td>275点</td> </tr> </tbody> </table>	1 100平方センチメートル未満	45点	→	52点	2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点		60点	3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	90点		90点	4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	160点		160点	5 6,000平方センチメートル以上	275点		275点	
1 100平方センチメートル未満	45点	→	52点																			
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点		60点																			
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	90点		90点																			
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	160点		160点																			
5 6,000平方センチメートル以上	275点		275点																			
J 0 0 1 熱傷処置	<p>【点数の見直し】</p> <table> <tbody> <tr> <td>1 100平方センチメートル未満</td> <td>135点</td> <td>→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</td> <td>147点</td> <td></td> <td>270点</td> </tr> <tr> <td>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</td> <td>225点</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満</td> <td>420点</td> <td></td> <td>504点</td> </tr> </tbody> </table>	1 100平方センチメートル未満	135点	→		2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	147点		270点	3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	225点			4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	420点		504点					
1 100平方センチメートル未満	135点	→																				
2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	147点		270点																			
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	225点																					
4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	420点		504点																			

	5 6,000平方センチメートル以上	1,250点	1,500点
J 005 脳室穿刺			
【点数の見直し】		500点 → 600点	
J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺			
【点数の見直し】		220点 → 264点	
J 011 骨髓穿刺			
【点数の見直し】	1 胸骨 2 その他	260点 → 310点 280点 → 330点	
J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺			
【点数の見直し】		240点 → 280点	
J 017 エタノールの局所注入			
【点数の見直し】		1,000点 → 1,200点	
J 017-2 リンパ管腫局所注入			
【点数の見直し】		1,000点 → 1,020点	
J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）			

【点数の見直し】

J 026-2 鼻マスク式補助換気法
(1日につき)

550点 → 660点

【点数の見直し】

J 026-4 ハイフローセラピー
(1日につき)

65点 → 160点

【項目の見直し】

ハイフローセラピー (1日につき)

160点 → ハイフローセラピー (1日につき)

1 15歳未満の患者の場合

282点

2 15歳以上の患者の場合

192点

J 027 高気圧酸素治療 (1日につき)

【項目の見直し】

1 救急的なもの

1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点

イ 1人用高圧酸素治療

2 その他のもの 3,000点

ロ 多人数用高圧酸素治療

2 非救急的なもの

200点

【注の追加】

(追加) →

注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

J 030 食道ブジー法

【点数の見直し】

100点 → 120点

J 031 直腸ブジー法

【点数の見直し】

100点 → 120点

J 034-2 EDチューブ挿入術

【名称の見直し】

EDチューブ挿入術

→ 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

【新設】

(新設) → J 034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点

J 038 人工腎臓（1日につき）

【項目の見直し】

1 慢性維持透析を行った場合

イ 4時間未満の場合 2,010点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,175点

ハ 5時間以上の場合 2,310点

2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合
合 2,225点

3 その他の場合 1,580点

1 慢性維持透析を行った場合 1

イ 4時間未満の場合 1,980点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点

ハ 5時間以上の場合 2,275点

2 慢性維持透析を行った場合 2
イ 4時間未満の場合 1,940点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点

ハ 5時間以上の場合 2,230点

3 慢性維持透析を行った場合 3
イ 4時間未満の場合 1,900点

□ 4時間以上5時間未満の場合	2,055点
△ 5時間以上の場合	2,185点
4 その他の場合	1,580点

【注の見直し】

注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。

注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- | | |
|----------|------|
| イ 導入期加算1 | 300点 |
| ロ 導入期加算2 | 400点 |

【注の見直し】

注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。

注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。

【注の見直し】

注6 1及び2の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれ

注6 1から3までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含

るものとする。

まれるものとする。

【注の見直し】

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- | | |
|---------------|------|
| イ 透析液水質確保加算 1 | 8 点 |
| ロ 透析液水質確保加算 2 | 20 点 |

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注12 1から3までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

【注の追加】

(追加)

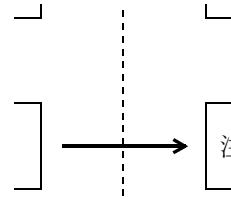
注13 1から3までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析過濾過（複雑なものに限る）

		る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。
J 043-4 経管栄養カテーテル交換法	【名称の見直し】 経管栄養カテーテル交換法	→ 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
J 043-5 尿路ストーマカテーテル交換法	【注の追加】	(追加) → 注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。
J 049 食道圧迫止血チューブ挿入法	【点数の見直し】	2,700点 → 3,240点
J 050 気管内洗浄（1日につき）	【点数の見直し】	240点 → 280点
J 056 いぼ冷凍凝固法	【名称の見直し】 いぼ冷凍凝固法	→ いぼ等冷凍凝固法
【点数の見直し】 1 3箇所以下 2 4箇所以上	210点 260点	210点 270点

J 057-3 鷄眼・^{べんち}胼胝処置

【注の見直し】

注 月1回に限り算定する。



注 月2回に限り算定する。

J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）

【点数の見直し】

1,080点 → 1,290点

J 066 尿道拡張法

【点数の見直し】

180点 → 216点

J 067 誘導ブジー法

【点数の見直し】

180点 → 216点

J 071 羊水穿刺（羊水過多症の場合）

【点数の見直し】

120点 → 144点

J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法

【点数の見直し】

340点 → 408点

J 077 子宮出血止血法

【点数の見直し】	1 分娩時のもの 2 分娩外のもの	520点 45点	→	624点 45点
J 081 分娩時鈍性頸管拡張法		380点	→	456点
【点数の見直し】				
J 082-2 薬物放出子宮内システム処置				
【点数の見直し】	1 挿入術 2 除去術	200点 150点	→	240点 150点
J 085-2 人工羊水注入法		600点	→	720点
【点数の見直し】				
J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）				
【点数の見直し】	1 片側 2 両側	100点 150点	→	100点 180点
【注の見直し】	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。		→	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。
J 116-5 酵素注射療法		490点	→	2,490点
【点数の見直し】				

通則

【通則の見直し】

3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

J122 四肢ギプス包帯

【点数の見直し】

1 鼻ギプス	310点	310点
2 手指及び手、足（片側）	490点	490点
3 半肢（片側）	780点	780点
4 内反足矯正ギプス包帯（片側）	950点	1,140点
5 上肢、下肢（片側）	1,200点	1,200点
6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,700点	1,840点

J123 体幹ギプス包帯

【点数の見直し】

1,250点 → 1,500点

J126 斜頸矯正^{けい}ギプス包帯

【点数の見直し】

1,500点 → 1,670点

J127 先天性股関節脱臼ギプス包
帯

【点数の見直し】

J 128 脊椎側弯矯正ギプス包帯^{わん}

2,000点 → 2,400点

【点数の見直し】

第2節 処置医療機器等加算

J 201 酸素加算

3,000点 → 3,440点

【注の見直し】

注1 区分番号 J 024 から J 028 まで及び J 045 に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

→

注1 区分番号 J 024 から J 028 まで及び J 045 に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

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。）、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K530-3、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K</p>	<p>→</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K400の3、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、</p>

615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、K677の1、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2からK843-4まで、K865-2、K879-2、K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K656-2、K664-3、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4

【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

まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K910-2及びK910-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244

【通則の見直し】

6 区分番号K 5 2 8、K 5 2 8-3、K 5 3 5

、K 2 5 9、K 2 6 6、K 2 7 7-2、K 2 8 0、K 2 8 1、K 3 1 9、K 3 2 2、K 3 2 7、K 3 4 3、K 3 7 6、K 3 9 5、K 4 1 5、K 4 2 5、K 4 2 7-2、K 4 3 4、K 4 4 2、K 4 4 3、K 4 5 8、K 4 6 2、K 4 8 4、K 4 9 6、K 4 9 6-3、K 4 9 7からK 4 9 8まで、K 5 1 1、K 5 1 4、K 5 1 8、K 5 1 9、K 5 2 5、K 5 2 6の2、K 5 2 7、K 5 2 9、K 5 3 1、K 5 3 7、K 5 4 6、K 5 4 7、K 5 4 9、K 5 5 2、K 5 5 2-2、K 5 9 5、K 5 9 7、K 5 9 7-2、K 6 4 5、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 9 5（1歳未満の乳児に対して行われるものと除く。）、K 6 9 5-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 0 3-2、K 7 5 6（1歳未満の乳児に対して行われるものと除く。）、K 7 6 4、K 7 6 5、K 7 7 9、K 7 7 9-3、K 7 8 0、K 7 8 0-2、K 8 0 1、K 8 0 3（6を除く。）、K 8 1 8からK 8 2 0まで、K 8 4 3、K 8 5 0、K 8 5 7、K 8 5 9（1を除く。）、K 8 6 3-3、K 8 8 9及びK 8 9 0-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

4からK 2 3 6まで、K 2 4 4、K 2 5 9、K 2 6 6、K 2 7 7-2、K 2 8 0、K 2 8 1、K 3 1 9、K 3 2 2、K 3 2 7、K 3 4 3、K 3 7 6、K 3 9 5、K 4 1 5、K 4 2 5、K 4 2 7-2、K 4 3 4、K 4 4 2、K 4 4 3、K 4 5 8、K 4 6 2、K 4 8 4、K 4 9 6-3、K 4 9 7からK 4 9 8まで、K 5 1 1、K 5 1 4、K 5 1 8、K 5 1 9、K 5 2 5、K 5 2 6の2、K 5 2 7、K 5 2 9-3、K 5 3 1、K 5 3 7、K 5 4 6、K 5 4 7、K 5 4 9、K 5 5 2、K 5 5 2-2、K 5 9 4-2、K 5 9 5、K 5 9 7、K 5 9 7-2、K 6 4 5、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 9 5（1歳未満の乳児に対して行われるものと除く。）、K 6 9 5-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 0 3-2、K 7 5 6（1歳未満の乳児に対して行われるものと除く。）、K 7 6 4、K 7 6 5、K 7 7 9、K 7 7 9-3、K 7 8 0、K 7 8 0-2、K 8 0 1、K 8 0 3（6を除く。）、K 8 1 8からK 8 2 0まで、K 8 4 3、K 8 5 0、K 8 5 7、K 8 5 9（1を除く。）、K 8 6 3-3、K 8 8 9及びK 8 9 0-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【通則の見直し】

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K7

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K684-2、K697-5、K7

17、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

16の1、K716-2、K717、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805からK805-3まで、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

【通則の見直し】

17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手

17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。

【通則の追加】

術加算として、200点を所定点数に加算する。

(追加)

18 K504-2、K513-2、K514-2
の3、K529-2、K554-2、K655
-2、K655-5、K657-2、K740
-2、K803-2、K877-2及びK87
9-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術に
ついては、別に厚生労働大臣が定める施設基準
に適合しているものとして地方厚生局長等に届
け出た保険医療機関において内視鏡下手術用支
援機器を用いて行った場合においても算定でき
る。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

【注の見直し】

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネル
リンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。
）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチ
ネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数
に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の
費用は、算定しない。

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネル
リンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限
る。）を併せて行った場合には、センチネルリ
ンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算
する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は
、算定しない。

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K134-2 内視鏡下椎間板摘出

(切除) 術

【注の追加】

(追加)

注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。

第3款 神経系・頭蓋

K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術

【注の見直し】

注 2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、10,000点を所定点数に加算する。

注 2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。

K 1 7 7 脳動脈瘤^{りゅうけい}頸部クリッピング

【注の見直し】

注 2 頭蓋外・頭蓋内血管^{ふんか}吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

注 2 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管^{ふんか}吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注 3 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管^{ふんか}吻合を併せて行った場合は、ハイフロ

一バイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

第7款 胸部

K 4 7 6 乳癌悪性腫瘍手術

【注の見直し】

注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

【注の追加】

(追加)

注3 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術
5,360点
注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術（2に限る。）及びK 6 5 3 - 3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。

第8款 心・脈管

【新設】

(新設)

K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下弁置換術

- 1 1弁のもの 115,500点
2 2弁のもの 130,200点

注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【新設】

(新設)

K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術

34,930点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

第9款 腹部

【新設】

(新設)

K 6 8 9 - 2 経皮経肝バルーン拡張術

12,270点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 6 9 5 肝切除術

【注の追加】

(追加)

注 区分番号K 6 9 7 - 2に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号K 6 9 7 - 3に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合には、局所穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

K 7 1 6 - 3 移植用部分小腸採取術（生体）

56,850点

注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

【新設】

(新設)

K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術 164,240点

注 1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

注 2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

【新設】

(新設)

K 7 1 6 - 5 移植用小腸採取術（死体）

65,140点

注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

【新設】

(新設)

K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術 177,980点

注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

K 7 4 0 直腸切除・切断術

【注の追加】

(追加)

注 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算とし

K 740-2 腹腔鏡下直腸切除・切
断術

【注の追加】

(追加)

て、2,000点を所定点数に加算する。

第10款 尿路系・副腎

K 786 尿管膀胱吻合術

【注の追加】

(追加)

注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。

第2節 輸血料

K 920 輸血

【注の見直し】

注 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48点を所定
点数に加算する。

注 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54点を所定
点数に加算する。

【注の見直し】

注 8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接ク
ームス検査を行った場合は、1回につき30点又
は34点をそれぞれ加算する。

注 8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クーム
ス検査又はコンピュータクロスマッチを行つ
た場合は、血液交叉試験加算、間接クームス
検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算

K 9 2 2 造血幹細胞移植

【注の追加】

(追加)

として、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。

【注の追加】

(追加)

注 8 1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

K 9 2 4 - 2 自己クリオプレシピテート作製術
(用手法) 1,760点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

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 6－2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6、K 0 7 8、K 1 2 4－2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、K 0 7 8、K 1 2 4－2、K 1 2 5、K 1 8 0の3又はK 4 4 3に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

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

→
注1 区分番号K 4 8 8－4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4－2、K 5 1 7、K 5 2 2－3、K 5 2 4－2、K 5 2 4－3、K 5 2 5、K 5 2 9からK 5 2 9－3まで、K 5 3 1からK 5 3 2－2まで、K 6 5 4－3の2からK 6 5 5－2まで、K 6 5 5－4、K 6 5 5－5、K 6 5 6－2、K 6 5 7、K 6 5 7－2、K 6 6 2、K 6 6 2－2、K 6 7 4、K 6 7 4－2、K 6 7 5の2からK 6 7 5の5まで、K 6 7 7、K 6 7 7－2、K 6 8 0、K 6 9 5の4からK 6 9 5の7まで、K 6 9 5－2の4からK 6 9 5－2の6まで、K 6 9 6、K 7 0 0からK 7 0 0－3まで、K 7 0 2からK 7 0 3－2まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1－2、K 7 1 6、K 7 1 6－2、K 7 1 9からK 7 1 9－3まで、K 7 1 9－5、K 7 3 2の2、K 7 3 5、K 7 3 5－3、K 7 3 5－5、K 7 3 9、K 7 3 9－3、K 7 4 0、K 7 4 0－2、K 8 0 3からK 8 0 3－3まで及びK 8 1 7の

		3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
【注の追加】	(追加)	注2 区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。
K936-2 ^{ふん} 自動吻合器加算	【注の見直し】	注 区分番号K522-3、K525、K529、K529-2、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。
		注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。
K937-2 術中グラフト血流測定加算	【注の見直し】	注 冠動脈血行再建術に当たって、グラフト血流を測定した場合に算定する。
		注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。
K939 画像等手術支援加算		

【項目の見直し】

1 ナビゲーションによるもの 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	2,000点	→	1 ナビゲーションによるもの 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	2,000点
2 実物大臓器立体モデルによるもの 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	2,000点	2 実物大臓器立体モデルによるもの 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	2,000点	
3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 注 区分番号K082及びK082-3に掲げ	2,000点	3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 注 区分番号K082及びK082-3に掲げ	2,000点	

【新設】

る手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

(新設)



る手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

K 9 3 9 - 7 レーザー機器加算

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | レーザー機器加算 1 | 50点 |
| 2 | レーザー機器加算 2 | 100点 |
| 3 | レーザー機器加算 3 | 200点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

注 2 1については、K 4 0 6（1に限る。）、K 4 1 3（1に限る。）、K 4 2 1（1に限る。）、K 4 2 3（1に限る。）及びK 4 4 8に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注 3 2については、区分番号K 4 1 3（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注 4 3については、区分番号K 4 0 6（2に限る。）、K 4 0 9、K 4 1 1、K 4 2 1（2に限る。）、K 4 2 3（2に限る。）、K 4 5 1及びK 4 5 2に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

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)	-	→		3			
イ	頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)	7,170	→	8,600	イ			
ロ	その他のもの	2,000	→	2,400	ロ			
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	→	470	4			
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	→	850	5			
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	→	1,320	6			
注2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→	460	注2			
注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→	100	注3			
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2				
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	→	1,250	1			
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	→	1,400	2			
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	→	2,220	3			
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860	→	3,430	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	→	1,740	8			
注2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合(露出部の創傷に限る)	460	→	460	注2			
注3	汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合(当初の1回に限る)	100	→	100	注3			

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		
K001	1	皮膚切開術 長径10センチメートル未満		470 → 470	470	K001	1
K002	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	820	K002	2
K002	3	長径20センチメートル以上 デブリードマン		1,470 → 1,470	1,470	K002	3
K003	1	100平方センチメートル未満		1,020 → 1,020	1,020	K003	1
K003	2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満		2,990 → 3,580	3,580	K003	2
K003	3	3,000平方センチメートル以上 注3 深部デブリードマン加算(当初の1回に限る)		8,360 → 10,030	10,030	K003	3
K004	注4 水圧式デブリードマン加算(一連の治療につき1回に限る)	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)		2,500 → 2,500	2,500	K004	注4
K004	1	長径3センチメートル未満		3,480 → 3,480	3,480	K004	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	9,180	K004	2
K004	3	長径6センチメートル以上 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)		17,810 → 17,810	17,810	K004	3
K005	1	長径3センチメートル未満		2,110 → 2,110	2,110	K005	1
K005	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満		4,070 → 4,070	4,070	K005	2
K005	3	長径6センチメートル以上 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)		9,480 → 11,370	11,370	K005	3
K006	1	長径2センチメートル未満		1,660 → 1,660	1,660	K006	1
K006	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	3,670	K006	2
K006	3	長径4センチメートル以上 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)		4,360 → 4,360	4,360	K006	3
K006	1	長径3センチメートル未満		1,280 → 1,280	1,280	K006	1
K006	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	3,230	K006	2
K006	3	長径6センチメートル以上12センチメートル未満		4,160 → 4,160	4,160	K006	3
K006-2	4	長径12センチメートル以上 鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)		8,320 → 8,320	8,320	K006-2	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		
K006-3	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	
		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	
K006-4	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	
		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	
K007	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍		3,230	→ 3,230	3	
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍		4,160	→ 4,160	4	
		皮膚悪性腫瘍切除術				K007	
	1	広汎切除		28,210	→ 28,210	1	
	2	単純切除		11,000	→ 11,000	2	
K007-2	注	センチネルリンパ節加算		5,000	→ 5,000	注	
		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術		10,000	→ 10,000	K007-2	
K008		腋臭症手術				K008	
K008	1	皮弁法		5,730	→ 6,870	1	
	2	皮膚有毛部切除術		3,000	→ 3,000	2	
	3	その他のもの		1,660	→ 1,660	3	
(形成)							
K009		皮膚剥削術				K009	
	1	25平方センチメートル未満		1,490	→ 1,490	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満		4,370	→ 4,370	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満		9,060	→ 9,610	3	
	4	200平方センチメートル以上		13,640	→ 13,640	4	
K010		瘢痕拘縮形成手術				K010	

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		
K011	1	顔面		12,660	→ 12,660	K011	1
	2	その他		8,060	→ 8,060		2
		顔面神経麻痺形成手術					
K012	1	静的なもの		19,110	→ 19,110	K012	1
	2	動的なもの		64,350	→ 64,350		2
		削除					
K013		分層植皮術				K013	
K013-2	1	25平方センチメートル未満		3,520	→ 3,520		1
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満		6,270	→ 6,270		2
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満		9,000	→ 9,000		3
	4	200平方センチメートル以上		25,820	→ 25,820		4
K014		全層植皮術				K013-2	
	1	25平方センチメートル未満		10,000	→ 10,000		1
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満		12,500	→ 12,500		2
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満		28,210	→ 28,210		3
	4	200平方センチメートル以上		40,290	→ 40,290		4
K014-2		皮膚移植術(生体・培養)				K014	
		皮膚移植術(死体)					
K015	1	200平方センチメートル未満		6,750	→ 8,000	K015	1
	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満		9,000	→ 16,000		2
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満		13,490	→ 32,000		3
	4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満		32,920	→ 80,000		4
	5	3,000平方センチメートル以上		37,610	→ 96,000		5
K016		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				K016	
	1	25平方センチメートル未満		3,760	→ 4,510		1
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満		11,440	→ 13,720		2
	3	100平方センチメートル以上		22,310	→ 22,310		3
		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術		41,120	→ 41,120		

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		
K017	1	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)				K017	
		乳房再建術の場合		84,050	→ 87,880		
	2	その他の場合		92,460	→ 92,460		
K018		削除				K018	
K019		複合組織移植術		17,490	→ 19,420		
K020		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)		127,310	→ 127,310		
K021		粘膜移植術				K021	
K021-2	1	4平方センチメートル未満		6,510	→ 6,510		
	2	4平方センチメートル以上		7,080	→ 7,820		
K021-2		粘膜弁手術					
K022	1	4平方センチメートル未満		11,600	→ 13,190	K022	
	2	4平方センチメートル以上		12,260	→ 13,460		
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)					
K022-2	1	乳房(再建手術)の場合		18,460	→ 18,460	K022-2	
	2	その他の場合		18,460	→ 19,400		
K022-2		象皮病根治手術					
K022-2	1	大腿		27,380	→ 27,380	K022-2	
	2	下腿		21,010	→ 23,400		

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	
		筋切離術		3,080	→ 3,690		
K025		股関節内転筋切離術		4,410	→ 5,290	K025	
		股関節筋群解離術		12,140	→ 12,140		
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	
		筋炎手術					
K027	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋		2,060	→ 2,060	K027	
	2	その他の筋		1,210	→ 1,210		

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		
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・軀幹軟部腫瘍摘出術			K030	
	1		肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹	7,390	→ 7,390		1
	2		手、足	3,750	→ 3,750		2
K031			四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
	1		肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹	24,130	→ 24,130		1
	2		手、足	12,870	→ 12,870		2
K032			削除			K032	
K033			筋膜移植術			K033	
	1		指(手、足)	7,890	→ 8,720		1
	2		その他のもの	10,310	→ 10,310		2
K034			腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	4,290	→ 4,290	K034	
K035			腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	11,430	→ 13,580	K035	
K035-2			腱滑膜切除術	7,550	→ 9,060	K035-2	
K036			削除			K036	
K037			腱縫合術	11,320	→ 13,580	K037	
K037-2			アキレス腱断裂手術	8,710	→ 8,710	K037-2	
K038			腱延長術	10,750	→ 10,750	K038	
K039			腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1		指(手、足)	15,650	→ 18,780		1
	2		その他のもの	19,890	→ 23,860		2
K040			腱移行術			K040	
	1		指(手、足)	13,610	→ 15,570		1
	2		その他のもの	18,080	→ 18,080		2
K040-2			指伸筋腱脱臼観血的整復術	13,610	→ 13,610	K040-2	
K040-3			腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080	→ 18,080	K040-3	
K041			削除			K041	

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		
(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	12,270	→	12,270	1
	2	前腕、下腿	6,700	→	8,040	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	【削除】
	1	肩甲骨、上腕、大腿	12,270	→	-	
	2	前腕、下腿	6,700	→	-	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	-	
K043-3		骨髓炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	【削除】
	1	肩甲骨、上腕、大腿	12,270	→	-	
	2	前腕、下腿	6,700	→	-	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	-	
K044		骨折非観血的整復術			K044	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→	1,600	1
	2	前腕、下腿	1,780	→	1,780	2
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→	1,440	3
K045		骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	7,060	→	7,060	1
	2	前腕、下腿	4,100	→	4,100	2
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→	1,660	3
K046		骨折観血的手術			K046	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	18,810	→	18,810	1
	2	前腕、下腿、手舟状骨	14,810	→	15,980	2
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	9,480	→	11,370	3
K046-2		観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)			K046-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,710	→	23,420	1

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		
K047	2	前腕、下腿		18,800	→ 18,800	2	【新設】
	3	手、足、指(手、足)		10,940	→ 13,120	3	
	一時的創外固定骨折治療術			-	→ 34,000	K046-3	
	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)			4,620	→ 4,620	K047-3	
K048	骨内異物(挿入物を含む。)除去術					K048	
	1	頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)		12,100	→ 12,100	1	
	2	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿		7,870	→ 7,870	2	
	3	前腕、下腿		5,200	→ 5,200	3	
	4	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		3,620	→ 3,620	4	
K049	骨部分切除術					K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿		5,900	→ 5,900	1	
	2	前腕、下腿		4,410	→ 4,410	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		3,280	→ 3,280	3	
K050	腐骨摘出術					K050	
	1	肩甲骨、上腕、大腿		14,960	→ 15,570	1	
	2	前腕、下腿		10,430	→ 12,510	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他		3,420	→ 3,420	3	
K051	骨全摘術					K051	
	1	肩甲骨、上腕、大腿		27,890	→ 27,890	1	
	2	前腕、下腿		13,050	→ 15,570	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他		5,160	→ 5,160	3	
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)			5,160	→ 5,160	K051-2	
	骨腫瘍切除術					K052	
K052	1	肩甲骨、上腕、大腿		17,410	→ 17,410	1	
	2	前腕、下腿		9,370	→ 9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		4,340	→ 4,340	3	

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				
K052-2	1	多発性軟骨性外骨腫摘出術 肩甲骨、上腕、大腿 前腕、下腿 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		17,410 → - 9,370 → - 4,340 → -		K052-2	【削除】		
K052-3	1	多発性骨腫摘出術 肩甲骨、上腕、大腿 前腕、下腿 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		17,410 → - 9,370 → - 4,340 → -		K052-3	【削除】		
K053	1	骨悪性腫瘍手術 肩甲骨、上腕、大腿 前腕、下腿 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他		32,550 → 32,550 32,040 → 32,040 22,010 → 22,010		K053	1 2 3		
K054	1	骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿 前腕、下腿 鎖骨、膝蓋骨、手、足(手、足)その他		28,210 → 28,210 22,680 → 22,680 7,930 → 8,150		K054	1 2 3		
注	患者適合型変形矯正ガイド加算			6,000 → 6,000		注			
K055	削除					K055			
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術			44,070 → 44,070		K055-2			
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術			37,570 → 37,570		K055-3			
K056	偽関節手術					K056			
K056-2	1	肩甲骨、上腕、大腿 前腕、下腿、手舟状骨 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他		28,210 → 30,310 28,210 → 28,210 14,500 → 15,570		K056-2	1 2 3		
K057	難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)			48,820 → 48,820		K057			
K057	1	変形治癒骨折矯正手術 肩甲骨、上腕、大腿		34,400 → 34,400		K057	1		
K057	2	前腕、下腿		27,550 → 27,550		K057	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		
K058	3 注	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他		15,770	→ 15,770	3	
		患者適合型変形矯正ガイド加算		6,000	→ 6,000	注	
		骨長調整手術				K058	
	1	骨端軟骨発育抑制術		16,340	→ 16,340	1	
	2	骨短縮術		14,960	→ 15,200	2	
	3	骨延長術(指(手、足))		16,390	→ 16,390	3	
K059	4	骨延長術(指(手、足)以外)		29,370	→ 29,370	4	
		骨移植術(軟骨移植術を含む。)				K059	
		自家骨移植		14,030	→ 16,830	1	
	1	同種骨移植(生体)		23,890	→ 28,660	2	
	2	同種骨移植(非生体)				3	
	イ	同種骨移植(特殊なもの)		24,370	→ 39,720	イ	
K059-2	ロ	その他の場合		21,050	→ 21,050	ロ	
		自家培養軟骨移植術		14,030	→ 14,030	4	
	4	関節鏡下自家骨軟骨移植術		18,620	→ 22,340	K059-2	
(四肢関節、靭帯)							
K060	1	関節切開術				K060	
		肩、股、膝		3,600	→ 3,600	1	
		胸鎖、肘、手、足		1,280	→ 1,280	2	
	2	肩鎖、指(手、足)		680	→ 680	3	
	3	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術		3,600	→ -	K060-2	【項目の見直し】
		観血的に行うもの		-	→ 8,640	1	
K060-2	2	関節鏡下で行うもの		-	→ 12,720	2	
		化膿性又は結核性関節炎搔爬術				K060-3	
	1	肩、股、膝		20,020	→ 20,020	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		13,130	→ 13,130	2	
K060-3	3	肩鎖、指(手、足)		3,330	→ 3,330	3	
		関節脱臼非観血的整復術				K061	
K061							

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		
K062	1	肩、股、膝		1,500	→ 1,500	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		1,300	→ 1,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障		800	→ 800	3	
	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	
	1	肩、股、膝		28,210	→ 28,210	1	
K064	2	胸鎖、肘、手、足		18,810	→ 18,810	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		15,080	→ 15,080	3	
	先天性股関節脱臼観血的整復術			23,240	→ 23,240	K064	
	関節内異物(挿入物を含む。)除去術					K065	
K065	1	肩、股、膝		12,430	→ 12,540	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	
K065-2	1	肩、股、膝		13,950	→ 13,950	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		12,300	→ 12,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		7,930	→ 7,930	3	
	関節滑膜切除術					K066	
K066	1	肩、股、膝		17,750	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		11,200	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		7,930	→ 7,930	3	
	関節鏡下関節滑膜切除術					K066-2	
K066-2	1	肩、股、膝		17,610	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		17,030	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		16,060	→ 16,060	3	
	滑液膜摘出術					K066-3	

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		
K066-4	1	肩、股、膝		17,750	→ 17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		11,200	→ 11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		7,930	→ 7,930	3	
	関節鏡下滑液膜摘出術					K066-4	
	1	肩、股、膝		17,610	→ 17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		17,030	→ 17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		16,060	→ 16,060	3	
	膝蓋骨滑液囊切除術			11,200	→ 11,200	K066-5	
	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術			17,030	→ 17,030	K066-6	
	掌指関節滑膜切除術			7,930	→ 7,930	K066-7	
K067	関節鏡下掌指関節滑膜切除術			16,060	→ 16,060	K066-8	
	関節鏡摘出手術					K067	
	1	肩、股、膝		13,000	→ 15,600	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		10,580	→ 10,580	2	
K067-2	3	肩鎖、指(手、足)		3,970	→ 3,970	3	
	関節鏡下関節鏡摘出手術					K067-2	
	1	肩、股、膝		17,780	→ 17,780	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		19,100	→ 19,100	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		12,000	→ 12,000	3	
K068	半月板切除術			9,200	→ 9,200	K068	
K068-2	関節鏡下半月板切除術			15,090	→ 15,090	K068-2	
K069	半月板縫合術			11,200	→ 11,200	K069	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術			16,730	→ 16,730	K069-2	
K069-3	関節鏡下半月板縫合術			18,810	→ 18,810	K069-3	
K070	ガングリオン摘出手術					K070	
	1	手、足、指(手、足)		3,050	→ 3,050	1	
	2	その他(ヒグローム摘出手術を含む。)		3,190	→ 3,190	2	
K071	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		
K072	1	関節切除術		21,200 → 23,280		K072	
		肩、股、膝					1
		胸鎖、肘、手、足					2
K073	3	肩鎖、指(手、足)		5,670 → 6,800		K073	
		関節内骨折観血的手術					
		肩、股、膝、肘					3
K073-2	1	胸鎖、手、足		20,760 → 20,760		K073-2	
		肩鎖、指(手、足)					1
		関節鏡下関節内骨折観血的手術					2
K074	2	肩、股、膝、肘		18,910 → 22,690		K074	
		胸鎖、手、足					2
		肩鎖、指(手、足)					3
K074-2	3	靭帯断裂縫合術		11,970 → 14,360		K074-2	
		十字靭帯					1
		膝側副靭帯					2
K075	1	指(手、足)その他の靭帯		7,600 → 7,600		K075	
		関節鏡下靭帯断裂縫合術					
		十字靭帯					3
K076	2	膝側副靭帯		16,510 → 16,510		K076	
		指(手、足)その他の靭帯					1
		非観血的関節授動術					2
K076	3	肩、股、膝		1,320 → 1,320		K076	
		胸鎖、肘、手、足					1
		肩鎖、指(手、足)					2
K076	1	観血的関節授動術		490 → 490		K076	
		肩、股、膝					3
		胸鎖、肘、手、足					1
K076	2	肩鎖、指(手、足)		38,890 → 38,890		K076	
		肩、股、膝					2
		胸鎖、肘、手、足					3
K076	3	肩鎖、指(手、足)		8,460 → 10,150		K076	

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		
K077	1	肩、股、膝 胸鎖、肘、手、足 肩鎖、指(手、足)	関節鏡下関節授動術			K076-2	【新設】
			肩、股、膝	- → 46,660		1	
			胸鎖、肘、手、足	- → 33,850		2	
			肩鎖、指(手、足)	- → 10,150		3	
K077	2	観血的関節制動術				K077	【新設】
			肩、股、膝	27,380 → 27,380		1	
			胸鎖、肘、手、足	15,560 → 16,040		2	
			肩鎖、指(手、足)	5,550 → 5,550		3	
K078	3	観血的関節固定術				K078	【新設】
			肩、股、膝	21,640 → 21,640		1	
			胸鎖、肘、手、足	18,590 → 22,300		2	
			肩鎖、指(手、足)	7,200 → 8,640		3	
K079	1	靭帯断裂形成手術				K079	【新設】
			十字靭帯	28,210 → 28,210		1	
			膝側副靭帯	18,810 → 18,810		2	
			指(手、足)その他の靭帯	16,350 → 16,350		3	
K079-2	2	関節鏡下靭帯断裂形成手術				K079-2	【新設】
			十字靭帯	34,980 → 34,980		1	
			膝側副靭帯	17,280 → 17,280		2	
			指(手、足)その他の靭帯	16,390 → 18,250		3	
K080	3	内側膝蓋大腿靭帯				K079-2	【新設】
			内側膝蓋大腿靭帯	20,180 → 24,210		4	
			関節形成手術			K080	
			肩、股、膝	45,720 → 45,720		1	
K080	4	注	胸鎖、肘、手、足	28,210 → 28,210		2	【新設】
			肩鎖、指(手、足)	13,740 → 14,050		3	
			関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合	880 → 880		注	
			内反足手術	25,930 → 25,930		K080-2	
K080-3			肩腱板断裂手術			K080-3	

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		
K080-4	1	簡単なもの		18,700	→ 18,700	1	
	2	複雑なもの		24,310	→ 24,310	2	
		関節鏡下肩腱板断裂手術				K080-4	
K080-5	1	簡単なもの		27,040	→ 27,040	1	
	2	複雑なもの		38,670	→ 38,670	2	
		関節鏡下肩関節唇形成術		-	→ -	K080-5	
K080-6	1	腱板断裂を伴うもの		45,200	→ 45,200	1	
	2	腱板断裂を伴わないもの		32,160	→ 32,160	2	
		関節鏡下股関節唇形成術		44,830	→ 44,830	K080-6	
K081		人工骨頭挿入術				K081	
K082	1	肩、股		19,500	→ 19,500	1	
	2	肘、手、足		18,810	→ 18,810	2	
	3	指(手、足)		9,070	→ 10,880	3	
K082-2		人工関節置換術				K082	
	1	肩、股、膝		37,690	→ 37,690	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		28,210	→ 28,210	2	
K082-3	3	肩鎖、指(手、足)		13,310	→ 15,970	3	
		人工関節抜去術				K082-2	
	1	肩、股、膝		30,230	→ 30,230	1	
K082-3	2	胸鎖、肘、手、足		22,680	→ 23,650	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		13,950	→ 15,990	3	
		人工関節再置換術				K082-3	
K083	1	肩、股、膝		54,810	→ 54,810	1	
	2	胸鎖、肘、手、足		34,190	→ 34,190	2	
	3	肩鎖、指(手、足)		21,930	→ 21,930	3	
K083-2		自家肋骨肋軟骨関節全置換術		-	→ 91,500	K082-4	【新設】
		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)		2,510	→ 3,010	K083	
		内反足足板挺子固定		2,030	→ 2,030	K083-2	

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			
(四肢切断、離断、再接合)								
K084	1	四肢切断術		36,500 → -		K084	【削除】	
		肩甲帶						
		上腕、前腕、手、大腿、下腿、足		24,320 → 24,320		1		
K084-2	3	指(手、足)		3,330 → 3,330		2		
		肩甲帶離断術		36,500 → 36,500	K084-2			
K085	四肢関節離断術					K085		
K085	1	肩、股、膝		28,630 → 31,000		1		
	2	肘、手、足		11,360 → 11,360		2		
	3	指(手、足)		3,330 → 3,330		3		
K086	断端形成術(軟部形成のみのもの)					K086		
K086	1	指(手、足)		2,770 → 2,770		1		
	2	その他		3,300 → 3,300		2		
K087	断端形成術(骨形成を要するもの)							
K087	1	指(手、足)		7,410 → 7,410		1		
	2	その他		10,630 → 10,630		2		
K088	切断四肢再接合術					K088		
K088	1	四肢		144,680 → 144,680		1		
	2	指(手、足)		81,900 → 81,900		2		
(手、足)								
K089	爪甲除去術			640 → 640	K089			
K090	ひょう疽手術					K090		
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	陷入爪手術					K091		
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		

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		
K092			削除			K092	
K093			手根管開放手術	4,110	→ 4,110	K093	
K093-2			関節鏡下手根管開放手術	10,400	→ 10,400	K093-2	
K094			足三関節固定(ランプリヌディ)手術	27,890	→ 27,890	K094	
K095			削除				
K096			手掌、足底腱膜切離・切除術			K096	
1			鏡視下によるもの	4,340	→ 4,340		1
			その他のもの	2,750	→ 2,750		2
K096-2			体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000	→ 5,000	K096-2	
K097			手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097	
K098			手掌屈筋腱縫合術	11,090	→ 13,300	K098	
K099			指瘢痕拘縮手術	6,880	→ 8,150	K099	
K099-2			デュピイトレン拘縮手術			K099-2	
1			1指	10,430	→ 10,430		1
			2指から3指	22,480	→ 22,480		2
			4指以上	32,710	→ 32,710		3
K100			多指症手術			K100	
1			軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640		1
			骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	→ 15,570		2
K101			合指症手術			K101	
1			軟部形成のみのもの	7,320	→ 8,720		1
			骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 15,570		2
K101-2			指癒着症手術			K101-2	
1			軟部形成のみのもの	7,320	→ 7,320		1
			骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→ 13,910		2
K102			巨指症手術			K102	
1			軟部形成のみのもの	8,330	→ 8,720		1
			骨関節、腱の形成を要するもの	17,700	→ 21,240		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		
K103	1	屈指症手術、斜指症手術		11,510 → 13,810		K103	
		軟部形成のみのもの					
	2	骨関節、腱の形成を要するもの		15,390 → 15,570		1	2
K104		削除				K104	
K105		裂手、裂足手術		27,890 → 27,890		K105	
K106		母指化手術		35,610 → 35,610		K106	
K107		指移植手術		116,670 → 116,670		K107	
K108		母指対立再建術		19,150 → 22,740		K108	
K109		神経血管柄付植皮術(手、足)		40,460 → 40,460		K109	
K110		第四足指短縮症手術		10,790 → 10,790		K110	
K110-2		第一足指外反症矯正手術		10,790 → 10,790		K110-2	
K111		削除				K111	
(脊柱、骨盤)							
K112		腸骨窩膿瘍切開術		4,670 → 4,670		K112	
K113		腸骨窩膿瘍搔爬術					
K114		削除		11,600 → 13,920		K113	
及び							
K115						K114	
K116		脊椎、骨盤骨搔爬術		17,170 → 17,170		K115	
K117		脊椎脱臼非観血的整復術		2,570 → 2,570		K116	
K117-2		頸椎非観血的整復術		2,570 → 2,570		K117	
K117-3		椎間板ヘルニア徒手整復術		2,570 → 2,570		K117-2	
K118		脊椎、骨盤脱臼観血的手術		31,030 → 31,030		K117-3	
K119		仙腸関節脱臼観血的手術		24,320 → 24,320		K118	
K120		恥骨結合離開観血的手術		7,890 → 7,890		K119	
K120-2		恥骨結合離開非観血的整復固定術		1,580 → 1,580		K120	
K121		骨盤骨折非観血的整復術		2,570 → 2,570		K120-2	
K122		削除				K121	
及び							
K123						K122	
						及び	
						K123	

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		
K124		腸骨翼骨折観血的手術	15,760	→ 15,760	K124	
K124-2		寛骨臼骨折観血的手術	43,790	→ 52,540	K124-2	
K125		骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110	→ 32,110	K125	
K126		脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
	1	棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	1	
	2	その他のもの	4,510	→ 4,510	2	
K126-2		自家培養軟骨組織採取術	4,510	→ 4,510	K126-2	
K127		削除			K127	
K128		脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→ 13,520	K128	
K129から K131まで		削除			K129から K131まで	
K131-2		内視鏡下椎弓切除術	17,300	→ 17,300	K131-2	
K132		削除			K132	
K133		黄色靭帯骨化症手術	28,730	→ 28,730	K133	
		後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	-	→ 69,000	K133-2	【新設】
K134		椎間板摘出術			K134	
	1	前方摘出術	40,030	→ 40,180	1	
	2	後方摘出術	23,520	→ 23,520	2	
	3	側方摘出術	28,210	→ 28,210	3	
	4	経皮的髓核摘出術	15,310	→ 15,310	4	
K134-2		内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1	前方摘出術	75,600	→ 75,600	1	
	2	後方摘出術	30,390	→ 30,390	2	
K135		脊椎、骨盤腫瘍切除術	36,620	→ 36,620	K135	
K136		脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	88,870	→ 90,470	K136	
K136-2		腫瘍脊椎骨全摘術	113,830	→ 113,830	K136-2	
K137		骨盤切断術	48,650	→ 48,650	K137	
K138		脊椎披裂手術			K138	
	1	神経処置を伴うもの	29,370	→ 29,370	1	

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		
K139	2	その他のもの		18,990	→ 22,780	2	
K140		脊椎骨切り術		60,330	→ 60,330	K139	
K141		骨盤骨切り術		36,990	→ 36,990	K140	
K141-2		臼蓋形成手術		28,220	→ 28,220	K141	
K141-3		寛骨臼移動術		40,040	→ 40,040	K141-2	
K142		脊椎制動術		16,810	→ 16,810	K141-3	
		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)				K142	
	1	前方椎体固定		37,240	→ 37,240	1	
	2	後方又は後側方固定		32,890	→ 32,890	2	
	3	後方椎体固定		41,160	→ 41,160	3	
	4	前方後方同時固定		66,590	→ 66,590	4	
	5	椎弓切除		13,310	→ 13,310	5	
	6	椎弓形成		23,870	→ 24,260	6	
K142-2		脊椎側彎症手術				K142-2	
	1	固定術		55,950	→ 55,950	1	
	2	矯正術				2	
	イ	初回挿入		112,260	→ 112,260	イ	
	ロ	交換術		48,650	→ 48,650	ロ	
	ハ	伸展術		20,540	→ 20,540	ハ	
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)		101,910	→ 101,910	K142-3	
K142-4		経皮的椎体形成術		19,960	→ 19,960	K142-4	
		内視鏡下椎弓形成術		-	→ 30,390	K142-5	【新設】
		歯突起骨折骨接合術		-	→ 23,750	K142-6	【新設】
		腰椎分離部修復術		-	→ 28,210	K142-7	【新設】
K143		仙腸関節固定術		29,190	→ 29,190	K143	
K144		体外式脊椎固定術		25,800	→ 25,800	K144	

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。

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		
(頭蓋、脳)						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146		頭蓋開溝術	14,430	→ 17,310	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148		試験開頭術	15,850	→ 15,850	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210	→ 28,280		1
	2	その他の場合	26,400	→ 26,470		2
		後頭蓋窓減圧術	-	→ 31,000	K149-2	【新設】
K150		脳膿瘍排膿術	21,470	→ 21,470	K150	
K151		削除			K151	
K151-2		広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060	→ 193,060	K151-2	
K152		耳性頭蓋内合併症手術	56,950	→ 56,950	K152	
K152-2		耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520	→ 49,520	K152-2	
K153		鼻性頭蓋内合併症手術	52,870	→ 52,870	K153	
K154		機能的定位脳手術			K154	
	1	片側の場合	52,300	→ 52,300		1
	2	両側の場合	94,500	→ 94,500		2
K154-2		顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630	→ 131,630	K154-2	
K154-3		定位脳腫瘍生検術	20,040	→ 20,040	K154-3	
K155		脳切截術(開頭して行うもの)	16,340	→ 19,600	K155	
K156		延髄における脊髄視床路切截術	40,950	→ 40,950	K156	
K157		三叉神経節後線維切截術	36,290	→ 36,290	K157	
K158		視神経管開放術	36,290	→ 36,290	K158	
K159		顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500	→ 44,500	K159	
K159-2		顔面神経管開放術	44,500	→ 44,500	K159-2	
K160		脳神経手術(開頭して行うもの)	37,620	→ 37,620	K160	
K160-2		頭蓋内微小血管減圧術	43,920	→ 43,920	K160-2	

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		
K161		頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490	→ 23,490	K161	
K162		頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	36,290	→ 36,290	K162	
K163		頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→ 10,680	K163	
K164		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)			K164	
	1	硬膜外のもの	36,970	→ 35,790		1
	2	硬膜下のもの	33,790	→ 36,970		2
	3	脳内のもの	47,020	→ 47,020		3
K164-2		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	K164-2	
K164-3		脳血管塞栓(血栓)摘出術	37,560	→ 37,560	K164-3	
K164-4		定位的脳内血腫除去術	18,220	→ 18,220	K164-4	
K164-5		内視鏡下脳内血腫除去術	42,950	→ 47,020	K164-5	
K165		脳内異物摘出術	45,630	→ 45,630	K165	
K166		脳膿瘍全摘術	36,500	→ 36,500	K166	
K167		頭蓋内腫瘍摘出術	61,720	→ 61,720	K167	
K168		脳切除術	36,290	→ 36,290	K168	
K169		頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
	1	松果体部腫瘍	158,100	→ 158,100		1
	2	その他のもの	132,130	→ 132,130		2
	注1	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	4,500	→ 4,500		注1
	注2	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	10,000	→ 12,000		注2
K170		経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890	→ 76,890	K170	
K171		経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→ 83,700	K171	
K171-2		内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	-	→ -	K171-2	
	1	下垂体腫瘍	108,470	→ 108,470		1
	2	頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)	123,620	→ 123,620		2
K172		脳動静脈奇形摘出術	149,830	→ 149,830	K172	
K173		脳・脳膜脱手術	36,290	→ 36,290	K173	
K174		水頭症手術			K174	

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		
K174-2	1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)		38,840	→ 38,840	1	
	2	シャント手術		24,310	→ 24,310	2	
K175		髄液シャント抜去術		1,680	→ 1,680	K174-2	
		脳動脈瘤被包術				K175	
K176	1	1箇所		82,020	→ 82,020	1	
	2	2箇所以上		94,040	→ 94,040	2	
K177		脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)				K176	
	1	1箇所		82,730	→ 82,730	1	
K177	2	2箇所以上		108,200	→ 108,200	2	
		脳動脈瘤頸部クリッピング				K177	
K178	1	1箇所		114,070	→ 114,070	1	
	2	2箇所以上		128,400	→ 128,400	2	
K178	注2	ローフローバイパス術併用加算		16,060	→ 16,060	注2	
		ハイフローバイパス術併用加算		-	→ 30,000	注3	【注の追加】
K178		脳血管内手術				K178	
	1	1箇所		63,270	→ 66,270	1	
K178-2	2	2箇所以上		81,800	→ 84,800	2	
	3	脳血管内ステントを用いるもの		79,850	→ 82,850	3	
K178-3		経皮的脳血管形成術		39,780	→ 39,780	K178-2	
		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術				K178-3	
K178-4	1	頭蓋内脳血管の場合		36,280	→ 36,280	1	
	2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)		21,570	→ 25,880	2	
K178-5		経皮的脳血栓回収術		33,150	→ 33,150	K178-4	
		経皮的脳血管ステント留置術		33,150	→ 35,560	K178-5	
K179		髄液漏閉鎖術		39,380	→ 39,380	K179	
		頭蓋骨形成手術				K180	
K180	1	頭蓋骨のみのもの		16,450	→ 17,530	1	
	2	硬膜形成を伴うもの		23,660	→ 23,660	2	

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		
K181	3	骨移動を伴うもの 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)		40,950	→ 40,950	3	
	1	片側の場合		65,100	→ 65,100	K181	1
	2	両側の場合		71,350	→ 71,350		2
K181-2		脳刺激装置交換術		14,270	→ 14,270	K181-2	
K181-3		頭蓋内電極抜去術		12,880	→ 12,880	K181-3	
K181-4		迷走神経刺激装置植込術		24,350	→ 28,030	K181-4	
K181-5		迷走神経刺激装置交換術		4,800	→ 14,270	K181-5	
(脊髄、末梢神経、交感神経)							
K182		神経縫合術				K182	
	1	指(手、足)		12,640	→ 15,160		1
	2	その他のもの		24,510	→ 24,510		2
K182-2		神経交差縫合術				K182-2	
	1	指(手、足)		43,580	→ 43,580		1
	2	その他のもの		46,180	→ 46,180		2
K182-3		神経再生誘導術		12,640	→ -	K182-3	【項目の見直し】
		指(手、足)		-	→ 12,640		
		その他のもの		-	→ 21,590		
K183		脊髄硬膜切開術		25,840	→ 25,840	K183	
K183-2		空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)		25,840	→ 26,450	K183-2	
K184		減圧脊髄切開術		26,960	→ 26,960	K184	
K185		脊髄切截術		38,670	→ 38,670	K185	
K186		脊髄硬膜内神経切断術		38,670	→ 38,670	K186	
K187		脊髄視床路切截術		42,370	→ 42,370	K187	
K188		神経剥離術				K188	
	1	鏡視下によるもの		14,170	→ 14,170		1
	2	その他のもの		10,900	→ 10,900		2
		硬膜外腔瘻着剥離術		-	→ 11,000	K188-2	【新設】

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K189			脊髄ドレナージ術	340	→ 408	K189	
K190			脊髄刺激装置植込術	-	→ -	K190	
	1		16極以下ジェネレーターを用いるもの	40,280	→ 24,200	1	
	2		32極ジェネレーターを用いるもの	33,750	→ 16,100	2	
	注		脊髄刺激電極を2本留置する場合	8,000	→ 8,000	注	
K190-2			脊髄刺激装置交換術	-	→ 15,650	K190-2	
	1		16極以下ジェネレーターを用いるもの	15,650	→ -		【削除】
	2		32極ジェネレーターを用いるもの	5,070	→ -		【削除】
K190-3			重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	37,130	→ 37,130	K190-3	
K190-4			重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	6,080	→ 7,290	K190-4	
K190-5			重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	→ 650	K190-5	
K190-6			仙骨神経刺激装置植込術	40,280	→ -	K190-6	【項目の見直し】
			脊髄刺激電極を留置した場合	-	24,200	1	
			ジェネレーターを留置した場合	-	16,100	2	
K190-7			仙骨神経刺激装置交換術	13,610	→ 13,610	K190-7	
K191			脊髄腫瘍摘出術			K191	
	1		髓外のもの	59,500	→ 62,000	1	
	2		髓内のもの	118,230	→ 118,230	2	
K192			脊髄血管腫摘出術	106,460	→ 106,460	K192	
K193			神経腫切除術			K193	
	1		指(手、足)	5,770	→ 5,770	1	
	2		その他のもの	10,770	→ 10,770	2	
	注		神経腫が2個以上の場合(指(手、足))(神経腫を1個増すごとに)	2,800	→ 2,800	注	
	注		神経腫が2個以上の場合(その他のもの)(神経腫を1個増すごとに)	4,000	→ 4,000	注	
K193-2			レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			K193-2	
	1		長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	2		長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
	3		長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	

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		
K193-3	1		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	
			長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280		1
			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
K194	3		長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	K194	3
			神経捻除術				
			後頭神経	4,410	→ 4,410		1
K194	1		上眼窩神経	4,410	→ 4,410	K194	2
			眼窩下神経	4,410	→ 4,410		3
			おとがい神経	4,410	→ 4,410		4
			下顎神経	7,750	→ 7,750		5
			横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410		K194-2
K194-2			眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3			おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	
K194-4			交感神経切除術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195			頸動脈周囲			K195	
	1		股動脈周囲	7,930	→ 8,810		1
K195-2	2		尾動脈腺摘出術	7,750	→ 8,810		2
			交感神経節切除術	7,750	→ 7,750	K195-2	
K196			頸部			K196	
	1		胸部	26,030	→ 26,030		1
	2		腰部	16,340	→ 16,340		2
	3		胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	16,240	→ 17,530		3
K196-2			18,500	→ 18,500		K196-2	
K196-3			ストッフェル手術	12,490	→ 12,490	K196-3	
K196-4			閉鎖神経切除術	12,490	→ 12,490	K196-4	
K196-5			末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	12,490	→ 12,490	K196-5	
K197			神経移行術	23,660	→ 23,660	K197	
K198			神経移植術	23,520	→ 23,520	K198	

第4款 眼

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		
(涙道)						
K199	1	涙点、涙小管形成術	550	→	550	K199
K200		涙囊切開術	690	→	690	K200
K200-2		涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→	630	K200-2
K201		先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→	3,720	K201
K202		涙管チューブ挿入術			K202	
		涙道内視鏡を用いるもの	2,350	→	2,350	1
		その他のもの	1,810	→	1,810	2
K203		涙囊摘出術	4,590	→	4,590	K203
K204		涙囊鼻腔吻合術	23,490	→	23,490	K204
K205		涙囊瘻管閉鎖術	3,720	→	3,720	K205
K206		涙小管形成手術	16,730	→	16,730	K206
(眼瞼)						
K207	1	瞼縫合術(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		外眞切開術	470	→	470	K209-2
K210		削除			K210	
K211		睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→	560	K211
K212		兎眼矯正術	6,700	→	6,700	K212
K213		マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→	360	K213
K214		霰粒腫摘出術	580	→	580	K214
K215		瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,440	→	1,440	K215
K215-2	2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→	5,140	K215-2
K216		眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900	→	11,900	K216
K217		眼瞼内反症手術			K217	
		縫合法	1,660	→	1,660	1
		皮膚切開法	2,160	→	2,160	2

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K218			眼瞼外反症手術	3,670	→ 4,400	K218	
K219			眼瞼下垂症手術			K219	
	1		眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
	2		筋膜移植法	18,530	→ 18,530	2	
	3		その他もの	6,070	→ 6,070	3	
(結膜)							
K220			結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221			結膜結石除去術			K221	
	1		少数のもの(1眼瞼ごと)	260	→ 260	1	
	2		多数のもの	390	→ 390	2	
K222			結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223			結膜囊形成手術			K223	
	1		部分形成	2,250	→ 2,250	1	
	2		皮膚及び結膜の形成	13,610	→ 14,960	2	
	3		全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730	→ 16,730	3	
K223-2			内眞形成術	16,730	→ 16,730	K223-2	
K224			翼状片手術(弁の移植を要するもの)	3,650	→ 3,650	K224	
K225			結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K225	
K225-2			結膜腫瘍摘出術	6,290	→ 6,290	K225-2	
K225-3			結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
(眼窩、涙腺)							
K226			眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K226	
K227			眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940	→ 14,960	K227	
K228			眼窩骨折整復術	29,170	→ 29,170	K228	
K229			眼窩内異物除去術(表在性)	8,240	→ 8,240	K229	
K230			眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
	1		視神經周囲、眼窩尖端	27,460	→ 27,460	1	
	2		その他	13,310	→ 14,960	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		
K231 及び K232		削除			K231 及び K232	
K233		眼窩内容除去術	16,980	→ 16,980	K233	
K234		眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	6,770	→ 6,770	K234	
K235		眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	45,230	→ 45,230	K235	
K236		眼窩悪性腫瘍手術	51,940	→ 51,940	K236	
K237		眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→ 19,300	K237	
(眼球、眼筋)						
K238		削除			K238	
K239		眼球内容除去術	5,110	→ 6,130	K239	
K240		削除			K240	
K241		眼球摘出術	3,670	→ 3,670	K241	
K242		斜視手術			K242	
	1	前転法	4,280	→ 4,280	1	
	2	後転法	4,200	→ 4,200	2	
	3	前転法及び後転法の併施	10,970	→ 10,970	3	
	4	斜筋手術	9,970	→ 9,970	4	
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300	→ 12,300	5	
K243		義眼台包埋術	6,680	→ 8,010	K243	
K244		眼筋移動術	19,330	→ 19,330	K244	
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→ 8,790	K245	
(角膜、強膜)						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247		削除			K247	
K248		角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2		顕微鏡下角膜抜糸術	950	→ 950	K248-2	
K249		角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K249	
K250		角膜切開術	990	→ 990	K250	

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		
K251		削除				K251	
K252		角膜・強膜異物除去術		640	→	640	K252
K253		削除				K253	
K254		治療的角膜切除術				K254	
	1	エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)		10,000	→	10,000	1
	2	その他のもの		2,650	→	2,650	2
K255		強角膜瘻孔閉鎖術		10,010	→	11,610	K255
K256		角膜潰瘍結膜被覆術		2,650	→	2,650	K256
K257		角膜表層除去併用結膜被覆術		6,920	→	8,300	K257
K258		削除				K258	
K259	注	角膜移植術		54,800	→	54,800	K259
		レーザー使用加算		5,500	→	5,500	注
K260		強膜移植術		18,810	→	18,810	K260
K260-2		羊膜移植術		8,780	→	10,530	K260-2
K261		角膜形成手術		3,060	→	3,060	K261
K262		削除				K262	
(ぶどう膜)							
K263		削除				K263	
及び						及び	
K264						K264	
K265		虹彩腫瘍切除術		16,790	→	20,140	K265
K266		毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術		30,800	→	35,820	K266
K267		削除				K267	
K268		緑内障手術				K268	
	1	虹彩切除術		4,740	→	4,740	1
	2	流出路再建術		19,020	→	19,020	2
	3	濾過手術		23,600	→	23,600	3
	4	緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのないもの)		34,480	→	34,480	4
	5	緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)		45,480	→	45,480	5
		水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		-		27,990	6
							【項目の追加】

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K269			虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→ 4,730	K269	
K270			虹彩光凝固術	6,620	→ 6,620	K270	
K271			毛様体光凝固術	4,670	→ 5,600	K271	
K272			毛様体冷凍凝固術	2,160	→ 2,160	K272	
K273			隅角光凝固術	8,970	→ 9,660	K273	
(眼房、網膜)							
K274			前房、虹彩内異物除去術	8,800	→ 8,800	K274	
K275			網膜復位術	34,940	→ 34,940	K275	
K276	1		網膜光凝固術			K276	
			通常のもの(一連につき)	10,020	→ 10,020	1	
	2		その他特殊なもの(一連につき)	15,960	→ 15,960	2	
K277			網膜冷凍凝固術	15,750	→ 15,750	K277	
K277-2			黃斑下手術	47,150	→ 47,150	K277-2	
(水晶体、硝子体)							
K278			硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279			硝子体切除術	15,560	→ 15,560	K279	
K280	1		硝子体茎顎微鏡下離断術			K280	
			網膜付着組織を含むもの	38,950	→ 38,950	1	
	2		その他のもの	29,720	→ 29,720	2	
K280-2			網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	47,780	→ 47,780	K280-2	
K281			増殖性硝子体網膜症手術	54,860	→ 54,860	K281	
K281-2			網膜再建術	69,880	→ 69,880	K281-2	
K282	1		水晶体再建術			K282	
			眼内レンズを挿入する場合			1	
			縫着レンズを挿入するもの	17,440	→ 17,840	イ	
	2		その他のもの	12,100	→ 12,100	ロ	
			眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
	3		計画的後囊切開を伴う場合	18,150	→ 21,780	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		
K282-2	注	水晶体囊拡張リングを使用した場合		1,600	→ 1,600		注
K283		後発白内障手術		1,380	→ 1,380	K282-2	
K284		削除				K283	
		硝子体置換術		6,890	→ 6,890	K284	
第5款 耳鼻咽喉							
(外耳)							
K285		耳介血腫開窓術		380	→ 380	K285	
K286		外耳道異物除去術				K286	
	1	単純なもの		220	→ 220		1
	2	複雑なもの		710	→ 710		2
K287		先天性耳瘻管摘出術		3,900	→ 3,900	K287	
K288		副耳(介)切除術		2,240	→ 2,240	K288	
K289		耳茸摘出術		830	→ 830	K289	
K290		外耳道骨増生(外骨腫)切除術		8,440	→ 10,120	K290	
K290-2		外耳道骨腫切除術		7,670	→ 7,670	K290-2	
K291		耳介腫瘍摘出術		4,730	→ 4,730	K291	
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)		6,330	→ 6,330	K292	
K293		耳介悪性腫瘍手術		19,180	→ 22,290	K293	
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)		35,590	→ 35,590	K294	
K295		耳後瘻孔閉鎖術		3,340	→ 4,000	K295	
K296		耳介形成手術				K296	
	1	耳介軟骨形成を要するもの		16,760	→ 19,240		1
	2	耳介軟骨形成を要しないもの		8,910	→ 9,960		2
K297		外耳道形成手術		17,110	→ 19,240	K297	
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術		35,290	→ 36,700	K298	
K299		小耳症手術				K299	
	1	軟骨移植による耳介形成手術		56,140	→ 56,140		1
	2	耳介挙上		12,290	→ 14,740		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		
(中耳)					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	6,070	→ 7,280	K301	
K302	上鼓室開放術	10,950	→ 13,140	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	20,600	→ 24,720	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	11,240	→ 13,480	K304	
K305	乳突削開術	20,410	→ 24,490	K305	
K306	錐体部手術	38,090	→ 38,470	K306	
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,420	→ 1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→ 1,420	K308-2	
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	K309	
K310	乳突充填術	6,230	→ 7,470	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→ 3,020	K312	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	37,370	→ 38,330	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
1	切除	41,520	→ 41,520	1	
	側頭骨摘出術	68,640	→ 68,640	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900	→ 9,900	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	24,730	→ 24,730	K316	
K317	中耳根治手術	35,370	→ 42,440	K317	
K318	鼓膜形成手術	18,100	→ 18,100	K318	
K319	鼓室形成手術	42,770	→ -	K319	【項目の見直し】
K320	耳小骨温存術	-	34,660	1	
	耳小骨再建術	-	51,330	2	
	アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140	→ 32,140	K320	
【新設】					
人工中耳植込術					

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		
(内耳)						
K321	1	内耳窓開術	31,970	→	31,970	K321
K322		経迷路的内耳道開放術	64,930	→	64,930	K322
K323		内リンパ囊開放術	28,210	→	28,890	K323
K324		削除				K324
K325		迷路摘出術				K325
		部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	26,960	→	29,220	1
		全摘出	38,890	→	38,890	2
K326		削除	23,250	→	23,250	K326
K327		内耳窓閉鎖術	23,250	→	23,250	K327
K328		人工内耳植込術	40,810	→	40,810	K328
K328-2	2	植込型骨導補聴器移植術	8,850	→	10,620	K328-2
K328-3		植込型骨導補聴器交換術	1,840	→	1,840	K328-3
(鼻)						
K329	2	鼻中隔膿瘍切開術	620	→	620	K329
K330		鼻中隔血腫切開術	820	→	820	K330
K331		鼻腔粘膜焼灼術	900	→	900	K331
K331-2		下甲介粘膜焼灼術	900	→	900	K331-2
K331-3		下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910	→	2,910	K331-3
K332		削除				K332
K333		鼻骨骨折整復固定術	2,130	→	2,130	K333
K333-2		鼻骨脱臼整復術	1,640	→	1,640	K333-2
K333-3		鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→	1,640	K333-3
K334		鼻骨骨折観血的手術	5,720	→	5,720	K334
K334-2		鼻骨変形治癒骨折矯正術	21,010	→	23,060	K334-2
K335		鼻中隔骨折観血的手術	2,740	→	3,280	K335
K335-2		上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	→	2,740	K335-2
K335-3		上顎洞鼻外手術	2,740	→	2,740	K335-3

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		
K336			鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337			鼻前庭囊胞摘出術	4,150	→ 4,980	K337	
K338			鼻甲介切除術			K338	
	1		高周波電気凝固法によるもの	900	→ 900	1	
	2		その他のもの	2,310	→ 2,770	2	
K338-2			削除			K338-2	
K339			粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,960	→ 3,550	K339	
K340			鼻茸摘出術	1,090	→ 1,090	K340	
K340-2			削除	-	→ -	K340-2	
K340-3			内視鏡下鼻・副鼻腔手術 I型(副鼻腔自然口開窓術)	3,600	→ 3,600	K340-3	
K340-4			内視鏡下鼻・副鼻腔手術 II型(副鼻腔单洞手術)	10,000	→ 12,000	K340-4	
	注		自家腸骨片を充填した場合	3,150	→ 3,150		注
K340-5			内視鏡下鼻・副鼻腔手術 III型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500	→ 24,910	K340-5	
K340-6			内視鏡下鼻・副鼻腔手術 IV型(汎副鼻腔手術)	31,990	→ 32,080	K340-6	
K340-7			内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V型(拡大副鼻腔手術)	44,000	→ 51,630	K340-7	
K341			上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510	→ 1,510	K341	
K342			鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	→ 15,200	K342	
K343			鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343	
	1		切除	20,870	→ 25,040	1	
	2		全摘	49,690	→ 49,690	2	
K344			経鼻腔の翼突管神経切除術	26,530	→ 30,460	K344	
K345			萎縮性鼻炎手術(両側)	20,080	→ 22,370	K345	
K346			後鼻孔閉鎖症手術			K346	
	1		単純なもの(膜性閉鎖)	3,640	→ 4,360	1	
	2		複雑なもの(骨性閉鎖)	27,040	→ 27,040	2	
K347			鼻中隔矯正術	6,860	→ 8,230	K347	
K347-2			変形外鼻手術	16,390	→ 16,390	K347-2	
K347-3			内視鏡下鼻中隔手術 I型(骨、軟骨手術)	5,520	→ 6,620	K347-3	

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		
K347-4		内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型(粘膜手術)	2,030	→ 2,030	K347-4	
K347-5		内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)	5,520	→ 6,620	K347-5	
K347-6		内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型(鼻腔内手術)	3,170	→ 3,170		
K347-7		内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型(鼻孔閉鎖症手術)	19,940	→ 19,940		
(副鼻腔)						
K348 及び K349		削除			K348 及び K349	
K350		前頭洞充填術	11,000	→ 13,200	K350	
K351		削除	-	→ -	K351	
K352		上顎洞根治手術	6,660	→ 7,990	K352	
K352-2		鼻内上顎洞根治手術	3,330	→ 3,330	K352-2	
K352-3		副鼻腔炎術後後出血止血法	6,660	→ 6,660	K352-3	
K353		鼻内篩骨洞根治手術	4,170	→ 5,000	K353	
K354から K356まで		削除	-	→ -	K354から K356まで	
K356-2		鼻外前頭洞手術	16,290	→ 16,290	K356-2	
K357		鼻内蝶形洞根治手術	3,190	→ 3,820	K357	
K358		上顎洞篩骨洞根治手術	9,430	→ 11,310	K358	
K359		前頭洞篩骨洞根治手術	9,410	→ 11,290	K359	
K360		篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410	→ 11,290	K360	
K361		上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530	→ 12,630	K361	
K362		上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760	→ 14,110	K362	
K362-2		経上顎洞の頸動脈結紮術	28,630	→ 28,630	K362-2	
K363		前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440	→ 13,440	K363	
K364		汎副鼻腔根治手術	16,680	→ 20,010	K364	
K365		経上顎洞の翼突管神経切除術	28,210	→ 28,210	K365	
K366		削除			K366	
(咽頭、扁桃)						
K367		咽後膿瘍切開術	1,900	→ 1,900	K367	

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		
K368			扁桃周囲膿瘍切開術	1,830	→ 1,830	K368	
K369			咽頭異物摘出術			K369	
	1		簡単なもの	420	→ 420	1	
	2		複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
K370			アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371			上咽頭腫瘍摘出術			K371	
	1		経口腔によるもの	4,460	→ 5,350	1	
	2		経鼻腔によるもの	5,060	→ 6,070	2	
	3		経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,790	3	
	4		外切開によるもの	16,590	→ 16,590	4	
K371-2			上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1		経口腔によるもの	4,460	→ 4,460	1	
	2		経鼻腔によるもの	5,060	→ 5,060	2	
	3		経副鼻腔によるもの	8,270	→ 8,270	3	
	4		外切開によるもの	15,080	→ 15,080	4	
K372			中咽頭腫瘍摘出術			K372	
	1		経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	1	
	2		外切開によるもの	15,870	→ 16,260	2	
K373			下咽頭腫瘍摘出術			K373	
	1		経口腔によるもの	7,290	→ 7,290	1	
	2		外切開によるもの	16,300	→ 16,300	2	
K374			咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	35,340	→ 35,340	K374	
K375			鼻咽腔線維腫手術			K375	
	1		切除	8,030	→ 9,630	1	
	2		摘出	36,140	→ 37,850	2	
K375-2			鼻咽腔閉鎖術	23,790	→ 23,790	K375-2	
K376			上咽頭悪性腫瘍手術	35,830	→ 35,830	K376	
K377			口蓋扁桃手術			K377	

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		
K378	1	切除		1,430	→	1,430	1
	2	摘出		3,600	→	3,600	2
K379		舌扁桃切除術		1,230	→	1,230	K378
		副咽頭間隙腫瘍摘出術					K379
K379-2	1	経頸部によるもの		28,600	→	34,320	1
	2	経側頭下窓によるもの(下顎離断によるものを含む。)		55,200	→	55,200	2
K379-2		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術					K379-2
	1	経頸部によるもの		47,580	→	47,580	1
K380	2	経側頭下窓によるもの(下顎離断によるものを含む。)		91,500	→	91,500	2
		過長茎状突起切除術		5,880	→	6,440	K380
K381		上咽頭形成手術		10,110	→	10,110	K381
K382		咽頭瘻閉鎖術		12,770	→	12,770	K382
K382-2		咽頭皮膚瘻孔閉鎖術		12,770	→	12,770	K382-2
(喉頭、気管)							
K383		喉頭切開・截開術		13,420	→	13,420	K383
K384		喉頭膿瘍切開術		2,140	→	2,140	K384
K384-2		深頸部膿瘍切開術		4,000	→	4,800	K384-2
K385		喉頭浮腫乱切術		2,040	→	2,040	K385
K386		気管切開術		2,570	→	2,570	K386
K387		喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)		2,860	→	2,860	K387
K388		喉頭粘膜下異物挿入術		3,630	→	3,630	K388
K388-2		喉頭粘膜下軟骨片挿入術		11,410	→	12,240	K388-2
K389		喉頭・声帯ポリープ切除術					K389
K390	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
K390	2	直達鏡によるもの		5,250	→	5,250	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		
K391	1	気管異物除去術				K391	
		直達鏡によるもの		5,320	→ 5,320		
K392	2	開胸手術によるもの		43,340	→ 43,340	K392	
		喉頭蓋切除術		3,190	→ 3,190		
K392-2		喉頭蓋囊腫摘出術		3,190	→ 3,190	K392-2	
K393	1	喉頭腫瘍摘出術				K393	
		間接喉頭鏡によるもの		3,420	→ 3,420		
K394	2	直達鏡によるもの		4,310	→ 4,310	K394	
		喉頭悪性腫瘍手術					
K395	1	切除		38,800	→ 38,800	K395	
		全摘		63,710	→ 63,710		
K396		喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)		113,880	→ 113,880	K396	
K396-2		気管切開孔閉鎖術		1,040	→ 1,040	K396-2	
		気管縫合術		1,040	→ 1,040		
K397		喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)		13,390	→ 13,390	K397	
		喉頭狭窄症手術					
K398	1	前方開大術		23,420	→ 23,430	K398	
		前壁形成手術		22,500	→ 23,320		
		Tチューブ挿入術		11,700	→ 14,040		
K399		気管狭窄症手術		37,510	→ 38,540	K399	
K400		喉頭形成手術				K400	【項目の追加】
		人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術		18,750	→ 18,750		
K401	1	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術		28,510	→ 28,510	K401	
		チタンブリッジを用いたもの		-	34,840		
K402		気管口狭窄拡大術		2,690	→ 2,690	K402	
K403	1	縦隔気管口形成手術		76,040	→ 76,040	K403	
		気管形成手術(管状気管、気管移植等)					
	1	頸部からのもの		49,940	→ 49,940	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		
K403-2	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの 嚥下機能手術		76,040	→ 76,040	2	
	1	輪状咽頭筋切断術		18,810	→ 18,810	K403-2	1
	2	喉頭挙上術		18,370	→ 18,370		2
	3	喉頭気管分離術		28,210	→ 30,260		3
	4	喉頭全摘術		28,210	→ 28,210		4
第6款 顔面・口腔・頸部							
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)							
K404	1 2 3 4 注1 注3	拔歯手術(1歯につき) 乳歯 前歯 臼歯 埋伏歯 難拔歯加算 下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合		130	→ 130	K404	
		削除		150	→ 155		1
		口蓋腫瘍摘出術		260	→ 265		2
		口蓋粘膜に限局するもの		1,050	→ 1,050		3
		口蓋骨に及ぶもの		210	→ 210		4
		顎・口蓋裂形成手術		100	→ 100		注1
		下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合					注3
K405		削除				K405	
K406		口蓋腫瘍摘出術				K406	
K407	1	口蓋粘膜に限局するもの		520	→ 520		1
	2	口蓋骨に及ぶもの		8,050	→ 8,050		2
		顎・口蓋裂形成手術				K407	
	1	軟口蓋のみのもの		14,520	→ 15,770		1
	2	硬口蓋に及ぶもの		24,170	→ 24,170		2
K407-2	3	顎裂を伴うもの					3
	イ	片側		25,170	→ 25,170		イ
	ロ	両側		31,940	→ 31,940		ロ
		軟口蓋形成手術		9,700	→ 9,700	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)							
K408		口腔底膿瘍切開術		700	→ 700	K408	

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		
K409			口腔底腫瘍摘出術	6,800	→ 7,210	K409	
K410			口腔底悪性腫瘍手術	28,140	→ 29,360	K410	
K411			頬粘膜腫瘍摘出術	4,460	→ 4,460	K411	
K412			頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310	→ 26,310	K412	
K413			舌腫瘍摘出術			K413	
	1		粘液囊胞摘出術	1,220	→ 1,220		1
	2		その他もの	2,940	→ 2,940		2
K414			舌根甲状腺腫摘出術	9,800	→ 11,760	K414	
K414-2			甲状腺管囊胞摘出術	8,520	→ 8,970	K414-2	
K415			舌悪性腫瘍手術			K415	
	1		切除	22,010	→ 26,410		1
	2		亜全摘	75,070	→ 75,070		2
K416			削除			K416	
及び						及び	
K417						K417	
K418			舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	→ 9,100	K418	
K418-2			舌繫瘢痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	
K419			頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→ 560	K419	
K420			削除			K420	
(顔面)							
K421			口唇腫瘍摘出術			K421	
	1		粘液囊胞摘出術	910	→ 910		1
	2		その他もの	3,050	→ 3,050		2
K422			口唇悪性腫瘍手術	33,010	→ 33,010	K422	
K423			頬腫瘍摘出術			K423	
	1		粘液囊胞摘出術	910	→ 910		1
	2		その他もの	4,380	→ 5,250		2
K424			頬悪性腫瘍手術	20,940	→ 20,940	K424	
K425			口腔、頬、顔面悪性腫瘍切除術	108,700	→ 108,700	K425	

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		
K426	1	口唇裂形成手術(片側)		13,180 → 13,180		K426	
		口唇のみの場合					1
		口唇裂鼻形成を伴う場合		18,810 → 18,810			2
K426-2	3	鼻腔底形成を伴う場合		24,350 → 24,350		K426-2	3
		口唇裂形成手術(両側)					
		口唇のみの場合		18,810 → 18,810			1
K426-2	2	口唇裂鼻形成を伴う場合		23,790 → 23,790		K426-2	2
		鼻腔底形成を伴う場合		36,620 → 36,620			3
(顔面骨、頸関節)							
K427	注	頬骨骨折観血的整復術		15,090 → 18,100	K427		
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術		38,610 → 38,610	K427-2		
K428		下顎骨折非観血的整復術		1,240 → 1,240	K428		
K429	注	三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合		650 → 650		注	
		下顎骨折観血的手術					
K429		片側		13,000 → 13,000			1
	1	両側		27,320 → 27,320		K429-2	2
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術					
		片側		28,210 → 28,210			1
	2	両側		47,020 → 47,020			2
K430		顎関節脱臼非観血的整復術		410 → 410	K430		
K431		顎関節脱臼観血的手術		26,210 → 26,210	K431		
K432	注	上顎骨折非観血的整復術		1,570 → 1,570	K432		
K433		上顎骨折観血的手術		15,220 → 16,400	K433		
K434		顔面多発骨折観血的手術		39,700 → 39,700	K434		
K434-2	1	顔面多発骨折変形治癒矯正術		47,630 → 47,630	K434-2		
K435		術後性上顎囊胞摘出術		6,660 → 6,660	K435		
K436		顎骨腫瘍摘出術				K436	
	1	長径3センチメートル未満		2,820 → 2,820			1

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		
K437	2	長径3センチメートル以上		11,160	→ 13,390	2	
		下顎骨部分切除術		14,940	→ 16,780	K437	
K438		下顎骨離断術		27,140	→ 32,560	K438	
K439		下顎骨悪性腫瘍手術				K439	
	1	切除		40,360	→ 40,360	1	
	2	切断		53,830	→ 64,590	2	
K440		上顎骨切除術		15,310	→ 15,310	K440	
K441		上顎骨全摘術		38,750	→ 42,590	K441	
K442		上顎骨悪性腫瘍手術				K442	
	1	搔爬		7,640	→ 9,160	1	
	2	切除		34,420	→ 34,420	2	
	3	全摘		68,480	→ 68,480	3	
K443		上顎骨形成術				K443	
	1	単純な場合		23,240	→ 27,880	1	
	2	複雑な場合及び2次的再建の場合		45,510	→ 45,510	2	
	3	骨移動を伴う場合		72,900	→ 72,900	3	
	注	1について、上顎骨を複数に分割した場合		5,000	→ 5,000	注	
K444		下顎骨形成術				K444	
	1	おとがい形成の場合		6,490	→ 7,780	1	
	2	短縮又は伸長の場合		25,660	→ 30,790	2	
	3	再建の場合		43,300	→ 51,120	3	
	4	骨移動を伴う場合		54,210	→ 54,210	4	
	注1	2については、両側を同時に行った場合		3,000	→ 3,000	注1	
K444-2		下顎骨延長術				K444-2	
	1	片側		25,660	→ 30,790	1	
	2	両側		40,150	→ 47,550	2	
K445		顎関節形成術		40,870	→ 40,870	K445	
K446		顎関節授動術				K446	

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		
K447	1 イ ロ	徒手的授動術		- → -		1	
		パンピングを併用した場合		990 → 990		イ	
	2 2 3	関節腔洗浄療法を併用した場合		2,000 → 2,400		ロ	
		頸関節鏡下授動術		8,770 → 10,520		2	
	1 1 2	開放授動術		25,100 → 25,100		3	
		頸関節円板整位術			K447		
	1 2	頸関節鏡下円板整位術		20,690 → 22,100		1	
		開放円板整位術		27,300 → 27,300		2	
(唾液腺)							
K448		がま腫切開術		820 → 820	K448		
K449		唾液腺膿瘍切開術		900 → 900	K449		
K450		唾石摘出術(一連につき)			K450		
	1 2 3	表在性のもの		640 → 640		1	
		深在性のもの		3,770 → 3,770		2	
		腺体内に存在するもの		6,550 → 6,550		3	
	注	2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合		1,000 → 1,000		注	
K451		がま腫摘出術		5,950 → 7,140	K451		
K452		舌下腺腫瘍摘出術		5,990 → 7,180	K452		
K453		頸下腺腫瘍摘出術		9,480 → 9,640	K453		
K454		頸下腺摘出術		9,670 → 10,210	K454		
K455		頸下腺悪性腫瘍手術		33,010 → 33,010	K455		
K456		削除			K456		
K457		耳下腺腫瘍摘出術			K457		
	1 2	耳下腺浅葉摘出術		27,210 → 27,210		1	
		耳下腺深葉摘出術		34,210 → 34,210		2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術			K458		
	1 2	切除		33,010 → 33,010		1	
		全摘		44,020 → 44,020		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		
K459		唾液腺管形成手術		11,360	→ 13,630	K459	
K460		唾液腺管移動術				K460	
	1	上顎洞内へのもの		11,360	→ 13,630		
	2	結膜囊内へのもの		14,070	→ 15,490		
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))							
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術				K461	
	1	片葉のみの場合		8,480	→ 8,860	1	
	2	両葉の場合		10,760	→ 10,760	2	
K461-2		内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術				K461-2	
	1	片葉のみの場合		17,410	→ 17,410	1	
	2	両葉の場合		25,210	→ 25,210	2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)		22,880	→ 22,880	K462	
K462-2		内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)		25,210	→ 25,210	K462-2	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術				K463	
	1	切除		24,180	→ 24,180	1	
	2	全摘及び亜全摘		33,790	→ 33,790	2	
		内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術				K463-2	【新設】
		切除		-	→ 27,550	1	
		全摘及び亜全摘		-	→ 37,160	2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術				K464	
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術		15,680	→ 15,680	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)		33,790	→ 33,790	2	
K464-2		内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術		20,660	→ 20,660	K464-2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)		39,000	→ 39,000	K465	
(その他の頸部)							
K466		斜角筋切断術		3,760	→ 3,760	K466	
K467		頸瘻、頸囊摘出術		11,430	→ 13,710	K467	
K468		頸肋切除術		12,700	→ 15,240	K468	

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		
K469	1	頸部郭清術		23,060 → 27,670		K469	
		片側			1		
K470	2	両側		34,680 → 37,140		K470	2
		頸部悪性腫瘍手術		41,920 → 41,920			
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	K474-2	【項目の見直し】
		長径5センチメートル以上		6,730 → 6,730			
K474-2		乳管腺葉区域切除術		12,820 → 12,820	K474-2		
K474-3		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)		6,240 → -	K474-3		【名称の見直し】
		マンモグラフィー又は超音波装置によるもの		- → 6,240		1	
		MRIによるもの		- → 8,210		2	
K475		乳房切除術		6,040 → 6,040	K475		
K475-2		乳癌冷凍凝固摘出術		6,040 → 7,240	K475-2		
K476		乳腺悪性腫瘍手術			K476		
1		単純乳房切除術(乳腺全摘術)		14,820 → 14,820	1	K476	【名称の見直し】
		乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)		28,210 → 28,210			
3		乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)		22,520 → 22,520	3	K476	【名称の見直し】
		乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))		42,350 → 42,350			
5		乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの		42,350 → 42,350	5	K476	【名称の見直し】
		乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの		42,350 → 42,350			
7		拡大乳房切除術(胸骨旁・鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)		52,820 → 52,820	7	K476	【名称の見直し】
		乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)		27,810 → 27,810			
9		乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)		48,340 → 48,340	9	K476	【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		
K476-2	注1	乳がんセンチネルリンパ節加算1		5,000	→	5,000	注1
		乳がんセンチネルリンパ節加算2		3,000	→	3,000	
K476-3	1	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術		7,350	→	7,350	K476-2
		動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)					K476-3
K476-4	2	一次的に行うもの		49,120	→	49,120	1
		二次的に行うもの		53,560	→	53,560	2
K476-4		ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)		25,000	→	25,000	K476-4
(胸壁)							
K477		胸壁膿瘍切開術		700	→	700	K477
K478		肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術		7,460	→	8,950	K478
K479		削除					K479
K480		胸壁冷膿瘍手術		7,670	→	7,810	K480
K480-2		流注膿瘍切開搔爬術		7,670	→	7,670	K480-2
K481		肋骨骨折観血的手術		8,610	→	10,330	K481
K482		肋骨切除術					K482
K483	1	第1肋骨		16,900	→	16,900	1
		その他の肋骨		4,300	→	5,160	2
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術		12,120	→	12,120	K483
K484		胸壁悪性腫瘍摘出術					K484
K484-2	1	胸壁形成手術を併施するもの		56,000	→	56,000	1
		その他のもの		28,210	→	28,210	2
K484-2	2	胸骨悪性腫瘍摘出術					K484-2
		胸壁形成手術を併施するもの		43,750	→	43,750	1
K485	2	その他のもの		28,210	→	28,210	2
		胸壁腫瘍摘出術		12,960	→	12,960	K485
K486		胸壁瘻手術		23,520	→	23,520	K486
K487		漏斗胸手術					K487
K487	1	胸骨挙上法によるもの		28,210	→	28,210	1

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
	改正前	改正後					
	2	胸骨翻転法によるもの		37,370	→	37,370	2
	3	胸腔鏡によるもの		39,260	→	39,260	3
(胸腔、胸膜)							
K488		試験開胸術		10,800	→	10,800	K488
K488-2		試験的開胸開腹術		17,380	→	17,380	K488-2
K488-3		胸腔鏡下試験開胸術		13,500	→	13,500	K488-3
K488-4		胸腔鏡下試験切除術		15,800	→	15,800	K488-4
K489から K492まで		削除					K489から K492まで
K493		骨膜外、胸膜外充填術		23,520	→	23,520	K493
K494		胸腔内(胸膜内)血腫除去術		15,350	→	15,350	K494
K495		削除					K495
K496		釀膿胸膜、胸膜肺腫切除術					K496
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの		26,340	→	26,340	1
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの		33,150	→	33,150	2
K496-2		胸腔鏡下釀膿胸膜又は胸膜肺腫切除術		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内のもの		26,340	→	26,340	1
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの		33,150	→	33,150	2
K496-4		胸腔鏡下膿胸腔搔爬術		32,690	→	32,690	K496-4
K497		膿胸腔有茎筋肉弁充填術		38,610	→	38,610	K497
K497-2		膿胸腔有茎大網充填術		57,100	→	57,100	K497-2
K498		胸郭形成手術(膿胸手術の場合)					K498
	1	肋骨切除を主とするもの		42,020	→	42,020	1
	2	胸膜肺腫切除を併施するもの		49,200	→	49,200	2
K499		胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)		15,830	→	16,540	K499
K500		削除					K500
K501		乳糜胸手術		14,410	→	17,290	K501
K501-2		胸腔・腹腔シャントバルブ設置術		12,530	→	12,530	K501-2

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		
K501-3			胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230	→ 15,230	K501-3	
(縦隔)							
K502			縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000	→ 38,850	K502	
K502-2			縦隔切開術			K502-2	
	1		頸部からのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	1	
	2		経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050	→ 20,050	2	
K502-3			胸腔鏡下縦隔切開術	31,300	→ 31,300	K502-3	
K502-4			拡大胸腺摘出術	32,270	→ 33,870	K502-4	
K502-5			胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950	→ 58,950	K502-5	
K503			縦隔郭清術	37,010	→ 37,010	K503	
K504			縦隔悪性腫瘍手術			K504	
	1		単純摘出	37,000	→ 38,850	1	
	2		広汎摘出	56,020	→ 58,820	2	
K504-2			胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K504-2	
(気管支、肺)							
K505			削除			K505	
及び						及び	
K506						K506	
K507			肺膿瘍切開排膿術	31,030	→ 31,030	K507	
K508			気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	10,150	→ 10,150	K508	
K508-2			気管・気管支ステント留置術			K508-2	
	1		硬性鏡によるもの	9,360	→ 9,400	1	
	2		軟性鏡によるもの	8,960	→ 8,960	2	
K508-3			気管支熱形成術	10,150	→ 10,150	K508-3	
K509			気管支異物除去術			K509	
	1		直達鏡によるもの	9,260	→ 9,260	1	
	2		開胸手術によるもの	45,650	→ 45,650	2	
K509-2			気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	
K509-3			気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000	→ 10,000	K509-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K509-4		気管支瘻孔閉鎖術	4,560	→ 9,130	K509-4	
K510		気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→ 8,040	K510	
K510-2		光線力学療法			K510-2	
	1	早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→ 10,450	1	
	2	その他のもの	8,710	→ 10,450	2	
K510-3		気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	10,020	→ 12,020	K510-3	
K511		肺切除術			K511	
	1	楔状部分切除	27,520	→ 27,520	1	
	2	区域切除(1肺葉に満たないもの)	58,430	→ 58,430	2	
	3	肺葉切除	58,350	→ 58,350	3	
	4	複合切除(1肺葉を超えるもの)	64,850	→ 64,850	4	
	5	1側肺全摘	59,830	→ 59,830	5	
	6	気管支形成を伴う肺切除	76,230	→ 76,230	6	
K512		削除			K512	
K513		胸腔鏡下肺切除術			K513	
	1	肺囊胞手術(楔状部分切除によるもの)	39,830	→ 39,830	1	
	2	その他のもの	58,950	→ 58,950	2	
K513-2		胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-2	
K513-3		胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950	→ 58,950	K513-3	
K513-4		胸腔鏡下肺縫縮術	53,130	→ 53,130	K513-4	
K514		肺悪性腫瘍手術			K514	
	1	部分切除	60,350	→ 60,350	1	
	2	区域切除	69,250	→ 69,250	2	
	3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640	→ 72,640	3	
	4	肺全摘	72,640	→ 72,640	4	
	5	隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400	→ 78,400	5	
	6	気管支形成を伴う肺切除	80,460	→ 80,460	6	
	7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860	→ 124,860	7	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K514-2	8	気管分岐部再建を伴う肺切除		127,130	→ 127,130	8	
	9	胸膜肺全摘		92,000	→ 92,000	9	
	10	壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)		105,000	→ 105,000	10	
		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術				K514-2	
	1	部分切除		60,170	→ 60,170	1	
	2	区域切除		72,640	→ 72,640	2	
	3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの		92,000	→ 92,000	3	
		移植用肺採取術(死体)(両側)		63,200	→ 63,200	K514-3	
		同種死体肺移植術		139,230	→ 139,230	K514-4	
	注2	両側肺を移植した場合		45,000	→ 45,000	注2	
K514-5		移植用部分肺採取術(生体)		52,680	→ 60,750	K514-5	
K514-6		生体部分肺移植術		130,260	→ 130,260	K514-6	
		両側肺を移植した場合		-	→ 45,000	注3	【注の追加】
K515		肺剥皮術		32,600	→ 32,600	K515	
K516		気管支瘻閉鎖術		59,170	→ 59,170	K516	
K517		肺縫縮術		28,220	→ 28,220	K517	
K518		気管支形成手術				K518	
	1	楔状切除術		64,030	→ 64,030	1	
	2	輪状切除術		66,010	→ 66,010	2	
K519		先天性気管狭窄症手術		146,950	→ 146,950	K519	
(食道)							
K520	1	食道縫合術(穿孔、損傷)				K520	
		頸部手術		17,070	→ 17,070	1	
		開胸手術		28,210	→ 28,210	2	
		開腹手術		17,750	→ 17,750	3	
		内視鏡によるもの		-	→ 10,300	4	【項目の追加】
K521	1	食道周囲膿瘍切開誘導術				K521	
		開胸手術		28,210	→ 28,210	1	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K522	2	胸骨切開によるもの		19,440	→ 23,290	2	
	3	その他のもの(頸部手術を含む。)		6,600	→ 7,920	3	
		食道狭窄拡張術				K522	
	1	内視鏡によるもの		9,450	→ 9,450	1	
K522-2	2	食道ブジー法		2,950	→ 2,950	2	
	3	拡張用バルーンによるもの		12,480	→ 12,480	3	
K522-3		食道ステント留置術		6,300	→ 6,300	K522-2	
		食道空置バイパス作成術		65,900	→ 65,900	K522-3	
K523		食道異物摘出術				K523	
	1	頸部手術によるもの		27,890	→ 27,890	1	
	2	開胸手術によるもの		28,210	→ 28,210	2	
	3	開腹手術によるもの		27,720	→ 27,720	3	
K524		硬性内視鏡下食道異物摘出術		-	→ 5,360	K523-2	【新設】
		食道憩室切除術				K524	
	1	頸部手術によるもの		24,730	→ 24,730	1	
	2	開胸によるもの		34,570	→ 34,570	2	
K524-2		胸腔鏡下食道憩室切除術		39,930	→ 39,930	K524-2	
		腹腔鏡下食道憩室切除術		-	→ 39,930	K524-3	【新設】
K525		食道切除再建術				K525	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの		77,040	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの		69,690	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの		51,420	→ 51,420	3	
K525-2		胸壁外皮膚管形成吻合術				K525-2	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの		77,040	→ 77,040	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの		69,690	→ 69,690	2	
	3	腹部の操作によるもの		51,420	→ 51,420	3	
K525-3	4	バイパスのみ作成する場合		45,230	→ 45,230	4	
		非開胸食道抜去術(消化管再建手術を併施するもの)		69,690	→ 69,690	K525-3	

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		
K526	1	食道腫瘍摘出術				K526	
		内視鏡によるもの		8,480	→ 8,480		
		開胸又は開腹手術によるもの		37,550	→ 37,550		
K526-2	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの		50,250	→ 50,250	K526-2	
		内視鏡的食道粘膜切除術					
		早期悪性腫瘍粘膜切除術		8,840	→ 8,840		
K526-3	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術		22,100	→ 22,100	K526-3	
		内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法		11,490	→ 12,950		
		内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法		6,300	→ 14,510		
K527		食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)				K527	
K527	1	頸部食道の場合		47,530	→ 47,530		
	2	胸部食道の場合		56,950	→ 56,950		
K528		先天性食道閉鎖症根治手術		64,820	→ 64,820	K528	
K528-2		先天性食道狭窄症根治手術		51,220	→ 51,220		
K528-3		胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術		76,320	→ 76,320	K528-3	
K529		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)					
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの		122,540	→ 122,540	K529	
	2	胸部、腹部の操作によるもの		101,490	→ 101,490		
	3	腹部の操作によるもの		69,840	→ 69,840		
	注1	有茎腸管移植を併せて行った場合		7,500	→ 7,500	注1	
	注2	血行再建を併せて行った場合		3,000	→ 3,000		
K529-2		胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術				K529-2	
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの		125,240	→ 125,240		
	2	胸部、腹部の操作によるもの		104,190	→ 104,190		
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合		7,500	→ 7,500	注	【新設】
		縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術		-	→ 109,240		
K530		食道アカラシア形成手術		32,710	→ 32,710	K530	
K530-2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術		44,500	→ 44,500		

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K530-3			内視鏡下筋層切開術	9,450	→ 11,340	K530-3	
K531			食道切除後2次的再建術			K531	
	1		皮弁形成によるもの	43,920	→ 43,920	1	
	2		消化管利用によるもの	64,300	→ 64,300	2	
K532			食道・胃静脈瘤手術			K532	
	1		血行遮断術を主とするもの	37,620	→ 37,620	1	
	2		食道離断術を主とするもの	37,620	→ 37,620	2	
K532-2			食道静脈瘤手術(開腹)	34,240	→ 34,240	K532-2	
K532-3			腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	46,770	→ 49,800	K532-3	
K533			食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→ 8,990	K533	
K533-2			内視鏡的食道・胃静脈瘤結紉術	8,990	→ 8,990	K533-2	
(横隔膜)							
K534			横隔膜縫合術			K534	
	1		経胸又は経腹	27,890	→ 33,460	1	
	2		経胸及び経腹	37,620	→ 40,910	2	
K534-2			横隔膜レラクサチオ手術			K534-2	
	1		経胸又は経腹	27,890	→ 27,890	1	
	2		経胸及び経腹	37,620	→ 37,620	2	
K534-3			胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	31,990	→ 31,990	K534-3	
K535			胸腹裂孔ヘルニア手術			K535	
	1		経胸又は経腹	29,560	→ 29,560	1	
	2		経胸及び経腹	39,040	→ 39,040	2	
K536			後胸骨ヘルニア手術	27,380	→ 27,380	K536	
K537			食道裂孔ヘルニア手術			K537	
	1		経胸又は経腹	27,380	→ 27,380	1	
	2		経胸及び経腹	38,290	→ 38,290	2	
K537-2			腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180	→ 42,180	K537-2	

第8款 心・脈管

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		
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)					
K538	心膜縫合術	9,180	→	9,180	K538
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	11,800	→	11,800	K538-2
K539	心膜切開術	9,420	→	9,420	K539
K539-2	心膜囊胞、心膜腫瘍切除術	15,240	→	15,240	K539-2
K539-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	→	16,540	K539-3
K540	収縮性心膜炎手術	51,650	→	51,650	K540
K541	試験開心術	24,700	→	24,700	K541
K542	心腔内異物除去術	39,270	→	39,270	K542
K543	心房内血栓除去術	39,270	→	39,270	K543
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術				K544
1	単独のもの	60,600	→	60,600	1
2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→	77,770	2
3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→	91,910	3
K545	開胸心臓マッサージ	9,400	→	9,400	K545
K546	経皮的冠動脈形成術				K546
1	急性心筋梗塞に対するもの	32,000	→	32,000	1
2	不安定狭心症に対するもの	22,000	→	22,000	2
3	その他のもの	19,300	→	19,300	3
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→	28,280	K547
K548	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)				K548
1	高速回転式経皮経管アレクトミーカテーテルによるもの	24,500	→	24,720	1
2	エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,500	→	24,720	2
K549	経皮的冠動脈ステント留置術				K549
1	急性心筋梗塞に対するもの	34,380	→	34,380	1
2	不安定狭心症に対するもの	24,380	→	24,380	2
3	その他のもの	21,680	→	21,680	3
K550	冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→	17,720	K550

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		
K550-2		経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640	→ 19,640	K550-2	
K551		冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
	1	1箇所のもの	76,550	→ 76,550		
	2	2箇所以上のもの	79,860	→ 79,860		
K552		冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
	1	1吻合のもの	71,570	→ 71,570	1	
	2	2吻合以上のもの	89,250	→ 89,250	2	
	注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000	→ 10,000	注	
K552-2		冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)			K552-2	
	1	1吻合のもの	71,570	→ 71,570	1	
	2	2吻合以上のもの	91,350	→ 91,350	2	
	注	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合	10,000	→ 10,000	注	
K553		心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
	1	単独のもの	63,390	→ 63,390	1	
	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	80,060	→ 80,060	2	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	100,200	→ 100,200	3	
K553-2		左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
	1	単独のもの	114,300	→ 114,300	1	
	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	147,890	→ 147,890	2	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	167,180	→ 167,180	3	
K554		弁形成術			K554	
	1	1弁のもの	79,860	→ 79,860	1	
	2	2弁のもの	93,170	→ 93,170	2	
	3	3弁のもの	106,480	→ 106,480	3	
		胸腔鏡下弁形成術			K554-2	【新設】
		1弁のもの	-	→ 109,860	1	
		2弁のもの	-	→ 123,170	2	
K555		弁置換術			K555	

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		
K555-2	1	1弁のもの		85,500	→ 85,500	1	
	2	2弁のもの		100,200	→ 100,200	2	
	3	3弁のもの		114,510	→ 114,510	3	
		経カテーテル大動脈弁置換術		-	→ -	K555-2	
	1	経心尖大動脈弁置換術		61,530	→ 61,530	1	
	2	経皮の大動脈弁置換術		37,560	→ 37,560	2	
		胸腔鏡下弁置換術				K555-3	【新設】
		1弁のもの		-	→ 115,500	1	
		2弁のもの		-	→ 130,200	2	
		大動脈弁狭窄直視下切開術		42,940	→ 42,940	K556	
K556		経皮の大動脈弁拡張術		37,430	→ 37,430	K556-2	
K557		大動脈弁上狭窄手術		71,570	→ 71,570	K557	
K557-2		大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)		78,260	→ 78,260	K557-2	
K557-3		弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術		157,840	→ 157,840	K557-3	
K557-4		ダムス・ケー・スタンセル(DKS)吻合を伴う大動脈狭窄症手術		115,750	→ 115,750	K557-4	
K558		ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)		192,920	→ 192,920	K558	
K559		閉鎖式僧帽弁交連切開術		38,450	→ 38,450	K559	
K559-2		経皮的僧帽弁拡張術		34,930	→ 34,930	K559-2	
K560		経皮的僧帽クリップ術		-	→ 34,930	K559-3	【新設】
		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)				K560	
	1	上行大動脈					1
	イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの		114,510	→ 114,510		イ
	ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術		128,820	→ 128,820		ロ
	ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術		148,860	→ 148,860		ハ
	ニ	その他もの		100,200	→ 100,200		ニ
	2	弓部大動脈		114,510	→ 114,510	2	
	3	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術				3	
	イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの		187,370	→ 187,370		イ

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		
K560-2	口	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→ 210,790	口	
	ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→ 243,580	ハ	
	ニ	その他のもの	171,760	→ 171,760	ニ	
	4	下行大動脈	89,250	→ 89,250	4	
	5	胸腹部大動脈	249,750	→ 249,750	5	
	6	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	59,080	→ 59,080	6	
	7	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	7	
		オープン型ステントグラフト内挿術			K560-2	
	1	弓部大動脈	114,510	→ 114,510	1	
	2	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術			2	
	イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	→ 187,370	イ	
	ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→ 210,790	ロ	
	ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→ 243,580	ハ	
K561	ニ	その他のもの	171,760	→ 171,760	ニ	
	3	下行大動脈	89,250	→ 89,250	3	
		ステントグラフト内挿術			K561	【項目の見直し】
		血管損傷の場合	-	→ 43,830	1	
		1以外の場合			2	
	1	胸部大動脈	56,560	→ 56,560	イ	
	2	腹部大動脈	49,440	→ 49,440	ロ	
K562	3	腸骨動脈	43,830	→ 43,830	ハ	
		動脈管開存症手術			K562	
	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	18,990	→ 22,780	1	
	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
K562-2		胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400	→ 27,400	K562-2	
K563		肺動脈絞扼術	39,410	→ 39,410	K563	
K564		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150	→ 43,150	K564	
K565		巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	90,870	→ 94,420	K565	

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		
K566			体動脈肺動脈短絡手術(ブロック手術、ウォーターストン手術)	44,670	→ 44,670	K566	
K567			大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
	1		単独のもの	57,250	→ 57,250	1	
	2		心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→ 100,200	2	
	3		複雑心奇形手術を伴うもの	173,620	→ 173,620	3	
K567-2			経皮の大動脈形成術	37,430	→ 37,430	K567-2	
K568			大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
	1		単独のもの	80,840	→ 80,840	1	
	2		心内奇形手術を伴うもの	97,690	→ 97,690	2	
K569			三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ワール氏病手術)	103,640	→ 103,640	K569	
K570			肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
	1		肺動脈弁切開術(単独のもの)	35,750	→ 35,750	1	
	2		右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460	→ 74,460	2	
K570-2			経皮的肺動脈弁拡張術	34,410	→ 34,410	K570-2	
K570-3			経皮的肺動脈形成術	31,280	→ 31,280	K570-3	
K571			肺静脈還流異常症手術			K571	
	1		部分肺静脈還流異常	50,970	→ 50,970	1	
	2		総肺静脈還流異常			2	
	イ		心臓型	109,310	→ 109,310	イ	
	ロ		その他もの	129,310	→ 129,310	ロ	
K572			肺静脈形成術	58,930	→ 58,930	K572	
K573			心房中隔欠損作成術			K573	
	1		経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンド法)	13,410	→ 16,090	1	
	2		心房中隔欠損作成術	36,900	→ 36,900	2	
K574			心房中隔欠損閉鎖術			K574	
	1		単独のもの	39,130	→ 39,130	1	
	2		肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130	→ 45,130	2	
K574-2			経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850	→ 31,850	K574-2	

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		
K575			三心房心手術	68,940	→ 68,940	K575	
K576			心室中隔欠損閉鎖術			K576	
	1		単独のもの	52,320	→ 52,320	1	
	2		肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830	→ 65,830	2	
	3		大動脈弁形成を伴うもの	66,060	→ 66,060	3	
	4		右室流出路形成を伴うもの	71,570	→ 71,570	4	
K577			バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
	1		単独のもの	71,570	→ 71,570	1	
	2		大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	→ 85,880	2	
K578			右室二腔症手術	80,490	→ 80,490	K578	
K579			不完全型房室中隔欠損症手術			K579	
	1		心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	60,330	→ 60,330	1	
	2		心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060	→ 66,060	2	
K579-2			完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
	1		心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350	→ 107,350	1	
	2		ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920	→ 192,920	2	
K580			ファロー四徴症手術			K580	
	1		右室流出路形成術を伴うもの	71,000	→ 71,000	1	
	2		末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060	→ 94,060	2	
K581			肺動脈閉鎖症手術			K581	
	1		単独のもの	100,200	→ 100,200	1	
	2		ラステリ手術を伴うもの	173,620	→ 173,620	2	
	3		巨大側副血管術を伴うもの	231,500	→ 231,500	3	
K582			両大血管右室起始症手術			K582	
	1		単独のもの	85,880	→ 85,880	1	
	2		右室流出路形成を伴うもの	128,820	→ 128,820	2	
	3		心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシッヒ・ビング奇形手術)	192,920	→ 192,920	3	
K583			大血管転位症手術			K583	

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		
K584	1	心房内血流転換手術(マスター・セニング手術)	114,510	→ 114,510	1		
	2	大血管血流転換術(ジャテーン手術)	144,690	→ 144,690	2		
	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620	→ 173,620	3		
	4	ラステリ手術を伴うもの	154,330	→ 154,330	4		
		修正大血管転位症手術			K584		
	1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790	→ 85,790	1		
K585	2	根治手術(ダブルスイッチ手術)	201,630	→ 201,630	2		
		総動脈幹症手術	143,860	→ 143,860	K585		
K586		単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586		
K587	1	両方向性グレン手術	71,570	→ 71,570	1		
	2	フォンタン手術	85,880	→ 85,880	2		
	3	心室中隔造成術	181,350	→ 181,350	3		
K587		左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	179,310	→ 179,310	K587		
K588		冠動脈瘻開胸の遮断術	53,240	→ 53,240	K588		
K589		冠動脈起始異常症手術	85,880	→ 85,880	K589		
K590		心室憩室切除術	76,710	→ 76,710	K590		
K591		心臓脱手術	113,400	→ 113,400	K591		
K592		肺動脈塞栓除去術	48,880	→ 48,880	K592		
K592-2		肺動脈血栓内膜摘除術	135,040	→ 135,040	K592-2		
K593		肺静脈血栓除去術	39,270	→ 39,270	K593		
K594		不整脈手術			K594		
K595	1	副伝導路切斷術	89,250	→ 89,250	1		
	2	心室頻拍症手術	147,890	→ 147,890	2		
	3	メイズ手術	98,640	→ 98,640	3		
		肺静脈隔離術	-	→ 72,230	K594-2		【新設】
		経皮的カテーテル心筋焼灼術			K595		
K595	1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	40,760	→ 40,760	1		
	2	その他のもの	34,370	→ 34,370	2		

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		
K595-2	注1	三次元カラーマッピング加算		17,000	→ 17,000	注1	
	注2	磁気ナビゲーション加算		5,000	→ 5,000		
K596		経皮的中隔心筋焼灼術		24,390	→ 24,390	K595-2	
K597		体外ペースメーキング術		3,370	→ 3,370	K596	
		ペースメーカー移植術				K597	
K597-1	1	心筋電極の場合		15,060	→ 15,060	1	
	2	経静脈電極の場合		9,520	→ 9,520		
		リードレスペースメーカーの場合		-	→ 9,520		
K597-2		ペースメーカー交換術		4,000	→ 4,000	K597-2	
K597-3		植込型心電図記録計移植術		1,260	→ 1,260	K597-3	
K597-4		植込型心電図記録計摘出術		840	→ 840	K597-4	
K598		両心室ペースメーカー移植術		31,510	→ 31,510	K598	
K598-2		両心室ペースメーカー交換術		5,000	→ 5,000	K598-2	
K599		植込型除細動器移植術				K599	
K599-1	1	経静脈リードを用いるもの		31,510	→ 31,510	1	
	2	皮下植込型リードを用いるもの		24,310	→ 24,310		
K599-2		植込型除細動器交換術		6,000	→ 7,200	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		35,200	→ 35,200	K599-3	
K599-4		両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術		6,000	→ 7,200	K599-4	
K599-5		経静脈電極抜去術				K599-5	
K600	1	レーザーシースを用いるもの		28,600	→ 28,600	1	
	2	レーザーシースを用いないもの		22,210	→ 22,210		
K600		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)				K600	
K601	1	初日		8,780	→ 8,780	1	
	2	2日目以降		3,680	→ 3,680		
K601		人工心肺(1日につき)				K601	
K602	1	初日		26,950	→ 30,150	1	
	2	2日目以降		3,000	→ 3,000		

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		
K602	注1	初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合		4,800	→ 4,800	K602	注1
	注2	初日に選択的脳灌流を併せて行った場合		7,000	→ 7,000		注2
		経皮的心肺補助法(1日につき)					
	1	初日		11,100	→ 11,100	1	
	2	2日目以降		3,120	→ 3,120	2	
		経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)				K602-2	【新設】
K603		初日		-	→ 11,100	1	
		2日目以降		-	→ 3,680	2	
		補助人工心臓(1日につき)				K603	
	1	初日		54,370	→ 54,370	1	
	2	2日目以降30日目まで		5,000	→ 5,000	2	
	3	31日目以降		4,000	→ 4,000	3	
K603-2		小児補助人工心臓(1日につき)				K603-2	
	1	初日		63,150	→ 63,150	1	
	2	2日目以降30日目まで		8,680	→ 8,680	2	
	3	31日目以降		7,680	→ 7,680	3	
		削除				K604	
		植込型補助人工心臓(非拍動流型)				K604-2	
K604	1	初日(1日につき)		58,500	→ 58,500	1	
	2	2日目以降30日目まで(1日につき)		5,000	→ 5,000	2	
	3	31日目以降90日目まで(1日につき)		2,780	→ 2,780	3	
	4	91日目以降(1日につき)		1,500	→ 1,500	4	
		移植用心採取術		62,720	→ 62,720	K605	
		同種心移植術		192,920	→ 192,920	K605-2	
K605		移植用心肺採取術		100,040	→ 100,040	K605-3	
K605-2		同種心肺移植術		286,010	→ 286,010	K605-4	
K605-3		骨格筋由来細胞シート心表面移植術		9,420	→ 9,420	K605-5	
(動脈)							

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		
K606			血管露出術	530	→ 530	K606	
K607			血管結紮術			K607	
	1		開胸又は開腹を伴うもの	10,550	→ 12,660	1	
	2		その他のもの	3,130	→ 3,750	2	
K607-2			血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3			上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608			動脈塞栓除去術			K608	
	1		開胸又は開腹を伴うもの	28,560	→ 28,560	1	
	2		その他のもの(観血的なもの)	11,180	→ 11,180	2	
K608-2			外シャント血栓除去術	1,680	→ 1,680	K608-2	
K608-3			内シャント血栓除去術	3,130	→ 3,130	K608-3	
K609			動脈血栓内膜摘出術			K609	
	1		大動脈に及ぶもの	40,950	→ 40,950	1	
	2		内頸動脈	43,880	→ 43,880	2	
	3		その他のもの	28,450	→ 28,450	3	
K609-2			経皮的頸動脈ステント留置術	34,740	→ 34,740	K609-2	
K610			動脈形成術、吻合術			K610	
	1		頭蓋内動脈	99,700	→ 99,700	1	
	2		胸腔内動脈(大動脈を除く。)	52,570	→ 52,570	2	
	3		腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790	→ 47,790	3	
	4		指(手、足)の動脈	15,340	→ 18,400	4	
	5		その他の動脈	21,700	→ 21,700	5	
K610-2			脳新生血管造成術	52,550	→ 52,550	K610-2	
K610-3			内シャント又は外シャント設置術	18,080	→ 18,080	K610-3	
K610-4			四肢の血管吻合術	18,080	→ 18,080	K610-4	
K610-5			血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	18,080	→ 18,080	K610-5	
K611			抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置			K611	
	1		開腹して設置した場合	17,940	→ 17,940	1	

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		
K612	2	四肢に設置した場合		16,250	→ 16,250	K612	【項目の見直し】
	3	頭頸部その他に設置した場合		16,640	→ 16,640		
		末梢動静脉瘻造設術		7,760	→		
		静脈転位を伴うもの		-	→ 21,300		
K613		その他のもの		-	→ 7,760	K613	
		腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)		31,840	→ 31,840		
K614		血管移植術、バイパス移植術				K614	
K615	1	大動脈		70,700	→ 70,700	K615	
	2	胸腔内動脈		64,050	→ 64,050		
	3	腹腔内動脈		56,560	→ 56,560		
	4	頭、頸部動脈		55,050	→ 55,050		
	5	下腿、足部動脈		62,670	→ 62,670		
	6	膝窩動脈		42,500	→ 42,500		
	7	その他の動脈		30,290	→ 30,290		
K615-2		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)				K615-2	
	1	止血術		23,110	→ 23,110	K615-2	
	2	選択的動脈化学塞栓術		20,040	→ 20,040		
K616	3	その他のもの		18,620	→ 18,620		
		経皮的大動脈遮断術		1,390	→ 1,660	K615-2	
K616-2		四肢の血管拡張術・血栓除去術		22,590	→ 22,590	K616	
K616-2		頸動脈球摘出術		10,800	→ 10,800	K616-2	
K616-3		経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)		24,550	→ 24,550	K616-3	
K616-4		経皮的シャント拡張術・血栓除去術		18,080	→ 18,080	K616-4	
K616-5		経皮的血管内異物除去術		14,000	→ 14,000	K616-5	
(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		

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		
K617-2	3	高位結紮術		3,130	→	3,130	3
K617-3		大伏在靜脈抜去術		11,020	→	11,020	K617-2
K617-4		靜脈瘤切除術(下肢以外)		1,820	→	1,820	K617-3
K617-5		下肢靜脈瘤血管内焼灼術		14,360	→	14,360	K617-4
K618		内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術		10,200	→	10,200	K617-5
		中心静脈注射用植込型カテーテル設置				K618	
		四肢に設置した場合		10,500	→	10,500	1
		頭頸部その他に設置した場合		10,800	→	10,800	2
		注1 6歳未満の乳幼児の場合		300	→	300	注1
K619		静脈血栓摘出術				K619	
	1	開腹を伴うもの		22,070	→	22,070	1
		その他のもの(観血的なもの)		13,100	→	13,100	2
K619-2		総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術		32,100	→	32,100	K619-2
K620		下大静脈フィルター留置術		10,160	→	6,490	K620
K620-2		下大静脈フィルター除去術		6,190	→	6,190	K620-2
K621		門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)		40,650	→	40,650	K621
K622		胸管内頸静脈吻合術		37,620	→	37,620	K622
K623		静脈形成術、吻合術				K623	
	1	胸腔内静脈		25,200	→	25,200	1
		腹腔内静脈		25,200	→	25,200	2
		その他の静脈		16,140	→	16,140	3
K623-2		脾腎静脈吻合術		21,220	→	21,220	K623-2
(リンパ管、リンパ節)							
K624		削除				K624	
K625	1	リンパ管腫摘出術				K625	
		長径5センチメートル未満		10,910	→	13,090	1
		長径5センチメートル以上		16,390	→	16,390	2
K626		リンパ節摘出術				K626	

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		
K626-2	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	
K627		リンパ節膿瘍切開術		910	→ 910	K626-2	
		リンパ節群郭清術				K627	
K627	1	頸下部又は舌下部(浅在性)		9,060	→ 10,870	1	
	2	頸部(深在性)		20,080	→ 24,090	2	
	3	鎖骨上窩及び下窩		12,050	→ 14,460	3	
	4	腋窩		17,750	→ 17,750	4	
	5	胸骨旁		20,080	→ 23,190	5	
	6	鼠径部及び股部		7,370	→ 8,710	6	
	7	後腹膜		41,380	→ 41,380	7	
	8	骨盤		26,800	→ 26,800	8	
K627-2		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術		36,140	→ 41,090	K627-2	
K627-3		腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術		26,460	→ 26,460	K627-3	
K627-4		腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術		39,720	→ 39,720	K627-4	
K628		リンパ管吻合術		34,450	→ 34,450	K628	

第9款 腹部

(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	
K632	1	腹壁に限局するもの		1,820	→ 1,820	1	
	2	腹腔に通ずるもの		8,390	→ 10,050	2	
K633		腹壁腫瘍摘出術				K632	
	1	形成手術を必要としない場合		4,310	→ 4,310	1	
	2	形成手術を必要とする場合		11,210	→ 11,210	2	
K633		ヘルニア手術				K633	
	1	腹壁瘢痕ヘルニア		8,450	→ 9,950	1	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K633-2	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	臍帶ヘルニア		18,810	→ 18,810	4	
	5	鼠径ヘルニア		6,000	→ 6,000	5	
	6	大腿ヘルニア		8,860	→ 8,860	6	
	7	腰ヘルニア		8,590	→ 8,880	7	
	8	骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)		18,810	→ 18,810	8	
	9	内ヘルニア		18,810	→ 18,810	9	
		腹腔鏡下ヘルニア手術				K633-2	
	1	腹壁瘢痕ヘルニア		13,770	→ 16,520	1	
K634	2	大腿ヘルニア		15,460	→ 18,550	2	
	3	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア		11,520	→ 13,820	3	
	4	臍ヘルニア		9,520	→ 11,420	4	
	5	閉鎖孔ヘルニア		24,130	→ 24,130	5	
		腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)		22,960	→ 22,960	K634	
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)							
K635		胸水・腹水濾過濃縮再静注法		4,160	→ 4,990	K635	
K635-2		腹腔・静脈シャントバルブ設置術		6,730	→ 6,730	K635-2	
K635-3		連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術		12,000	→ 12,000	K635-3	
K636		試験開腹術		5,550	→ 5,550	K636	
K636-2		ダメージコントロール手術		9,370	→ 11,240	K636-2	
K636-3		腹腔鏡下試験開腹術		11,320	→ 11,320	K636-3	
K636-4		腹腔鏡下試験切除術		11,320	→ 11,320	K636-4	
K637		限局性腹腔膿瘍手術				K637	
1		横隔膜下膿瘍		10,690	→ 10,690	1	
2		ダグラス窩膿瘍		5,710	→ 5,710	2	
3		虫垂周囲膿瘍		5,340	→ 5,340	3	
4		その他のもの		8,330	→ 9,270	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		
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	→ 14,400	K639	
K639-2		結核性腹膜炎手術	12,000	→ 12,000	K639-2	
K639-3		腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	19,260	→ 23,040	K639-3	
K640		腸間膜損傷手術			K640	
1		縫合、修復のみのもの	10,390	→ 10,390	1	
		腸管切除を伴うもの	26,880	→ 26,880		2
K641		大網切除術	8,720	→ 8,720	K641	
K642		大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術			K642	
1		腸切除を伴わないもの	11,910	→ 14,290	1	
		腸切除を伴うもの	28,210	→ 29,970		2
K642-2		腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32,310	→ 32,310	K642-2	
K642-3		腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310	→ 30,310	K642-3	
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	→ 48,510	K643	
K643-2		腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610	→ 50,610	K643-2	
K644		臍腸管瘻手術			K644	
1		腸管切除を伴わないもの	5,260	→ 5,260	1	
		腸管切除を伴うもの	18,280	→ 18,280		2
K645		骨盤内臓全摘術	120,980	→ 120,980	K645	
(胃、十二指腸)						
K646		胃血管結紮術(急性胃出血手術)	11,360	→ 11,360	K646	
K647		胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	12,190	→ 12,190	K647	
K647-2		腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460	→ 23,940	K647-2	
		内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	-	→ 10,300	K647-3	【新設】
K648		胃切開術	10,970	→ 11,140	K648	
K649		胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	11,800	→ 11,800	K649	
K649-2		腹腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	18,600	→ 22,320	K649-2	

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		
K650			削除			K650	
K651			内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210	→ 9,210	K651	
K652			胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	11,530	→ 11,530	K652	
K653			内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653	
	1		早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,460	→ 6,460		1
	2		早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	18,370	→ 18,370		2
	3		早期悪性腫瘍ポリープ切除術	6,230	→ 6,230		3
	4		その他のポリープ・粘膜切除術	5,200	→ 5,200		4
K653-2			食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	3,200	→ 3,200	K653-2	
K653-3			内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,250	K653-3	
K653-4			内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460	→ 6,460	K653-4	
K653-5			内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480	→ 12,480	K653-5	
K654			内視鏡的消化管止血術	4,600	→ 4,600	K654	
K654-2			胃局所切除術	11,530	→ 13,830	K654-2	
K654-3			腹腔鏡下胃局所切除術			K654-3	
	1		内視鏡処置を併施するもの	26,500	→ 26,500		1
	2		その他のもの	20,400	→ 20,400		2
K655			胃切除術			K655	
	1		単純切除術	28,210	→ 33,850		1
	2		悪性腫瘍手術	55,870	→ 55,870		2
注			有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
K655-2			腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
	1		単純切除術	40,890	→ 45,470		1
	2		悪性腫瘍手術	64,120	→ 64,120		2
注			有茎腸管移植を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
K655-3			十二指腸窓(内方)憩室摘出術	26,910	→ 26,910	K655-3	
K655-4			噴門側胃切除術			K655-4	
	1		単純切除術	40,170	→ 40,170		1

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		
K655-5	2	悪性腫瘍切除術		71,630	→ 71,630	K655-5	注
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合		5,000	→ 5,000		
		腹腔鏡下噴門側胃切除術					
K656	1	単純切除術		54,010	→ 54,010	K656	1
	2	悪性腫瘍切除術		75,730	→ 75,730		
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合		5,000	→ 5,000		
K656-2		胃縮小術		28,210	→ 28,210	K656-2	
		腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)		40,050	→ 40,050		
K657		胃全摘術				K657	
K657-2	1	単純全摘術		50,920	→ 50,920		
	2	悪性腫瘍手術		69,840	→ 69,840		
	注	有茎腸管移植を併せて行った場合		5,000	→ 5,000		
K657-2		腹腔鏡下胃全摘術				K657-2	
	1	単純全摘術		64,740	→ 64,740		
	2	悪性腫瘍手術		83,090	→ 83,090		
K658	注	有茎腸管移植を併せて行った場合		5,000	→ 5,000		注
		削除					
K659		食道下部迷走神経切除術(幹迷切)				K659	
K659-2	1	単独のもの		13,600	→ 13,600		
	2	ドレナージを併施するもの		19,000	→ 19,000		
	3	胃切除術を併施するもの		37,620	→ 37,620		
K660		腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)		25,480	→ 30,570	K659-2	
		食道下部迷走神経選択的切除術					
	1	単独のもの		19,500	→ 19,500		
K660-2	2	ドレナージを併施するもの		28,210	→ 28,210	K660-2	
	3	胃切除術を併施するもの		37,620	→ 37,620		
		腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術		31,310	→ 34,100		
K661		胃冠状静脈結紮及び切除術		17,400	→ 17,400	K661	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K662		胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 16,010	K662	
K662-2		腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→ 18,890	K662-2	
K663		十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K663	
K664		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	6,070	→ 6,070	K664	
K664-2		経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	14,610	→ 14,610	K664-2	
		薬剤投与用胃瘻造設術	-	→ 8,570	K664-3	【新設】
K665		胃瘻閉鎖術	12,040	→ -	K665	
		開腹又は腹腔鏡によるもの	-	→ 12,040	1	
		内視鏡によるもの	-	→ 10,300	2	
K665-2		胃瘻抜去術	2,000	→ 2,000	K665-2	
K666		幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。)	10,500	→ 10,500	K666	
K666-2		腹腔鏡下幽門形成術	17,060	→ 17,060	K666-2	
K667		噴門形成術	16,980	→ 16,980	K667	
K667-2		腹腔鏡下噴門形成術	37,620	→ 37,620	K667-2	
K667-3		腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190	→ -	K667-3	【削除】
K668		胃横断術(静脈瘤手術)	28,210	→ 28,210	K668	
		バルーン閉塞下逆行性経靜脈的塞栓術	-	→ 31,710	K668-2	
(胆囊、胆道)						
K669		胆管切開術	12,460	→ 12,460	K669	
K670		胆囊切開結石摘出術	11,800	→ 11,800	K670	
K671		胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
	1	胆囊摘出を含むもの	28,210	→ 33,850	1	
	2	胆囊摘出を含まないもの	26,880	→ 26,880	2	
K671-2		腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	
	1	胆囊摘出を含むもの	35,470	→ 39,890	1	
	2	胆囊摘出を含まないもの	33,610	→ 33,610	2	
K672		胆囊摘出術	23,060	→ 27,670	K672	
K672-2		腹腔鏡下胆囊摘出術	21,500	→ 21,500	K672-2	

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		
K673		胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	37,620	→ 37,620	K673	
K674		総胆管拡張症手術	49,580	→ 59,490	K674	
K674-2	注	乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
		腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34,880	→ 110,000	K674-2	
K675	注	乳頭形成を併せて行った場合	5,000	→ 5,000		注
		胆囊悪性腫瘍手術			K675	
K675	1	胆囊に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	45,520	→ 45,520		1
	2	肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	57,790	→ 57,790		2
	3	肝切除(葉以上)を伴うもの	77,450	→ 77,450		3
	4	脾頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→ 101,590		4
	5	脾頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	209,520	→ 173,500		5
K676		削除			K676	
K677		胆管悪性腫瘍手術			K677	
K677	1	脾頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	119,280	→ 173,500		1
	2	その他のもの	84,700	→ 84,700		2
K677-2		肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	
	1	血行再建あり	180,990	→ 180,990		1
	2	血行再建なし	101,090	→ 101,090		2
K678		体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
K679		胆囊胃(腸)吻合術	11,580	→ 11,580	K679	
K680		総胆管胃(腸)吻合術	28,210	→ 33,850	K680	
K681		胆囊外瘻造設術	9,420	→ 9,420	K681	
K682		胆管外瘻造設術			K682	
K682	1	開腹によるもの	12,300	→ 14,760		1
	2	経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800		2
K682-2		経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2	
K682-3		内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800	→ 10,800	K682-3	
K682-4		超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	23,450	→ 25,570	K682-4	

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		
K683			削除			K683	
K684			先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→ 60,000	K684	
			腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	-	→ 119,200	K684-2	【新設】
K685			内視鏡的胆道結石除去術			K685	
	1		胆道碎石術を伴うもの	11,920	→ 14,300	1	
	2		その他のもの	8,320	→ 9,980	2	
	注		バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K686			内視鏡的胆道拡張術	13,820	→ 13,820	K686	
	注		バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K687			内視鏡的乳頭切開術			K687	
	1		乳頭括約筋切開のみのもの	11,270	→ 11,270	1	
	2		胆道碎石術を伴うもの	24,550	→ 24,550	2	
	注		バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K688			内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→ 11,540	K688	
	注		バルーン内視鏡を用いて実施した場合	3,500	→ 3,500	注	
K689			経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→ 12,270	K689	
			経皮経肝バルーン拡張術	-	→ 12,270	K689-2	【新設】
(肝)							
K690			肝縫合術	17,400	→ 17,400	K690	
K691			肝膿瘍切開術			K691	
	1		開腹によるもの	11,860	→ 11,860	1	
	2		開胸によるもの	12,520	→ 12,520	2	
K691-2			経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	
K692			肝囊胞切開又は縫縮術	12,520	→ 13,710	K692	
K692-2			腹腔鏡下肝囊胞切開術	28,210	→ 28,210	K692-2	
K693			肝内結石摘出術(開腹)	28,210	→ 28,210	K693	
K694			肝囊胞、肝膿瘍摘出術	28,210	→ 28,210	K694	
K695			肝切除術			K695	

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		
K695-2	1	部分切除	36,340	→ 39,040	1	
	2	亜区域切除	56,280	→ 56,280	2	
	3	外側区域切除	46,130	→ 46,130	3	
	4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	60,700	→ 60,700	4	
	5	2区域切除	76,210	→ 76,210	5	
	6	3区域切除以上のもの	97,050	→ 97,050	6	
	7	2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの 局所穿刺療法併用加算	126,230	→ 126,230	7	
			-	→ 6,000		注
		腹腔鏡下肝切除術			K695-2	【注の追加】
	1	部分切除	59,680	→ 59,680	1	
K696	2	外側区域切除	74,880	→ 74,880	2	
	3	亜区域切除	108,820	→ 108,820	3	
	4	1区域切除(外側区域切除を除く。)	130,730	→ 130,730	4	
	5	2区域切除	152,440	→ 152,440	5	
	6	3区域切除以上のもの	174,090	→ 174,090	6	
		肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210	→ 30,940	K696	
K697		肝内胆管外瘻造設術			K697	
K697-2	1	開腹によるもの	18,810	→ 18,810	1	
	2	経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
		肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)			K697-2	
K697-3	1	腹腔鏡によるもの	18,710	→ 18,710	1	
	2	その他のもの	17,410	→ 17,410	2	
		肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)			K697-3	
	1	2センチメートル以内のもの			1	
	イ	腹腔鏡によるもの	16,300	→ 16,300	イ	
K697-3	ロ	その他のもの	15,000	→ 15,000	ロ	
	2	2センチメートルを超えるもの			2	
	イ	腹腔鏡によるもの	23,260	→ 23,260	イ	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K697-4	口	その他のもの 移植用部分肝採取術(生体)		21,960	→ 21,960		口
K697-5		生体部分肝移植術		82,800	→ 82,800	K697-4	
K697-6		移植用肝採取術(死体)		189,290	→ 189,290	K697-5	
K697-7		同種死体肝移植術		86,700	→ 86,700	K697-6	
		(脾)		193,060	→ 227,140	K697-7	
K698	1	急性脾炎手術				K698	
	2	感染性壊死部切除を伴うもの		49,390	→ 49,390	1	
	2	その他のもの		28,210	→ 28,210	2	
K699		脾結石手術				K699	
	1	脾切開によるもの		28,210	→ 28,210	1	
	2	経十二指腸乳頭によるもの		28,210	→ 28,210	2	
K699-2		体外衝撃波脾石破碎術(一連につき)		19,300	→ 19,300	K699-2	
	注	内視鏡的脾石除去加算(一連につき1回に限る)		5,640	→ 5,640	注	
K700		脾中央切除術		53,560	→ 53,560	K700	
K700-2		脾腫瘍摘出術		21,750	→ 26,100	K700-2	
		腹腔鏡下脾腫瘍摘出術		-	→ 39,950	K700-3	【新設】
K701		脾破裂縫合術		22,080	→ 22,080	K701	
K702	1	脾体尾部腫瘍切除術				K702	
	イ	脾尾部切除術の場合				1	
	イ	脾同時切除の場合		24,000	→ 24,000	イ	
	口	脾温存の場合		21,750	→ 21,750	口	
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合		57,190	→ 57,190	2	
	3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合		52,730	→ 52,730	3	
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合		55,870	→ 55,870	4	
K702-2		腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術				K702-2	
	1	脾同時切除の場合		47,250	→ 53,480	1	
	2	脾温存の場合		56,240	→ 56,240	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		
K703	1	脾頭部腫瘍切除術			K703	
		脾頭十二指腸切除術の場合	77,950	→ 78,620		1
		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
		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
K703-2	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	128,230	→ 128,230	K703-2	4
		腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	158,450	→ 158,450		
K704		脾全摘術	103,030	→ 103,030	K704	
K705		脾囊胞胃(腸)吻合術	28,210	→ 31,310	K705	
K706		脾管空腸吻合術	37,620	→ 37,620	K706	
K707		脾囊胞外瘻造設術			K707	
K708	1	内視鏡によるもの	18,370	→ 18,370	K708	1
		開腹によるもの	12,460	→ 12,460		2
K708-2		脾管外瘻造設術	18,810	→ 18,810	K708-2	
K708-3		脾管誘導手術	18,810	→ 18,810	K708-3	
K709		内視鏡的脾管ステント留置術	22,240	→ 22,240	K709	
K709-2		脾瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K709-2	
K709-3		移植用脾採取術(死体)	77,240	→ 77,240	K709-3	
K709-4		同種死体脾移植術	112,570	→ 112,570	K709-4	
K709-5		移植用脾腎採取術(死体)	84,080	→ 84,080	K709-4	
		同種死体脾腎移植術	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	31,030	→ 31,030	K711	
K711-2		腹腔鏡下脾摘出術	37,060	→ 37,060	K711-2	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)						
K712		破裂腸管縫合術	10,400	→ 10,400	K712	
K713		腸切開術	9,650	→ 9,650	K713	
K714		腸管癒着症手術	12,010	→ 12,010	K714	

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		
K714-2		腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650	→ 20,650	K714-2	
K715		腸重積症整復術			K715	
	1	非観血的なもの	4,490	→ 4,490	1	
	2	観血的なもの	6,040	→ 6,040	2	
K715-2		腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660	→ 14,660	K715-2	
K716		小腸切除術			K716	
	1	悪性腫瘍手術以外の切除術	15,940	→ 15,940	1	
	2	悪性腫瘍手術	34,150	→ 34,150	2	
K716-2		腹腔鏡下小腸切除術			K716-2	
	1	悪性腫瘍手術以外の切除術	31,370	→ 31,370	1	
	2	悪性腫瘍手術	37,380	→ 37,380	2	
		移植用部分小腸採取術(生体)	-	→ 56,850	K716-3	【新設】
		生体部分小腸移植術	-	→ 164,240	K716-4	【新設】
		移植用小腸採取術(死体)	-	→ 65,140	K716-5	【新設】
		同種死体小腸移植術	-	→ 177,980	K716-6	【新設】
K717		小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メックル憩室炎手術を含む。)	18,810	→ 18,810	K717	
K718		虫垂切除術			K718	
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→ 6,740	1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2		腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→ 13,760	1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	→ 22,050	2	
K719		結腸切除術			K719	
	1	小範囲切除	22,140	→ 24,170	1	
	2	結腸半側切除	29,940	→ 29,940	2	
	3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680	→ 35,680	3	
K719-2		腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
	1	小範囲切除、結腸半側切除	42,680	→ 42,680	1	

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		
K719-3	2	全切除、亜全切除 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術		59,510	→ 59,510	2	
K719-4		ピックレル氏手術		59,510	→ 59,510	K719-3	
K719-5		全結腸・直腸切除囊肛門吻合術		13,700	→ 13,700	K719-4	
K720		結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)		51,860	→ 51,860	K719-5	
K721		内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術		16,610	→ 16,610	K720	
	1	長径2センチメートル未満				K721	
	2	長径2センチメートル以上		5,000	→ 5,000	1	
K721-2		削除 長径2センチメートル未満 長径2センチメートル以上		7,000	→ 7,000	2	
						K721-2	
K721-3		内視鏡的結腸異物摘出術		-	→ -		
K721-4		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術		-	→ -		
K722		小腸結腸内視鏡的止血術		5,360	→ 5,360	K721-3	
K723		削除		18,370	→ 22,040	K721-4	
K724		腸吻合術		10,390	→ 10,390	K722	
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術				K723	
K725-2		腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術		9,330	→ 9,330	K724	
K726		人工肛門造設術		6,140	→ 7,360	K725	
K726-2		腹腔鏡下人工肛門造設術		12,080	→ 13,250	K725-2	
K727		腹壁外腸管前置術		7,980	→ 9,570	K726	
K728		腸狭窄部切開縫合術		13,920	→ 16,700	K726-2	
K729		腸閉鎖症手術		8,340	→ 8,340	K727	
	1	腸管切除を伴わないもの		11,220	→ 11,220	K728	
	2	腸管切除を伴うもの				K729	
K729-2		多発性小腸閉鎖症手術		12,190	→ 12,190	1	
K729-3		腹腔鏡下腸閉鎖症手術		28,210	→ 28,210	2	
K730		小腸瘻閉鎖術		47,020	→ 47,020	K729-2	
				32,310	→ 32,310	K729-3	
						K730	

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		
K731	1	腸管切除を伴わないもの		11,580	→ 11,580	1	【項目の追加】
	2	腸管切除を伴うもの		17,900	→ 17,900	2	
		内視鏡によるもの		-	→ 10,300	3	
		結腸瘻閉鎖術				K731	
	1	腸管切除を伴わないもの		11,750	→ 11,750	1	
K732	2	腸管切除を伴うもの		28,210	→ 28,210	2	【項目の追加】
		内視鏡によるもの		-	→ 10,300	3	
		人工肛門閉鎖術				K732	
	1	腸管切除を伴わないもの		11,470	→ 11,470	1	
	2	腸管切除を伴うもの		28,210	→ 28,210	2	
K733		盲腸縫縮術		4,400	→ 4,400	K733	
K734		腸回転異常症手術		18,810	→ 18,810	K734	
K734-2		腹腔鏡下腸回転異常症手術		26,800	→ 26,800	K734-2	
K735		先天性巨大結腸症手術		50,830	→ 50,830	K735	
K735-2	注	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)		11,090	→ 11,090	K735-2	
K735-3		バルーン内視鏡を用いて実施した場合		3,500	→ 3,500		注
K735-4		腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術		63,710	→ 63,710	K735-3	
K735-5		下部消化管ステント留置術		9,100	→ 10,920	K735-4	
K736		腸管延長術		-	→ 76,000	K735-5	【新設】
		人工肛門形成術				K736	
	1	開腹を伴うもの		10,030	→ 10,030	1	
	2	その他のもの		3,670	→ 3,670	2	
(直腸)							
K737		直腸周囲膿瘍切開術		2,610	→ 2,610	K737	
K738		直腸異物除去術				K738	
	1	経肛門(内視鏡によるもの)		6,700	→ 8,040	1	
	2	開腹によるもの		11,530	→ 11,530	2	
K739		直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)				K739	

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		
K739-2	1	経肛門		4,010	→ 4,010	1	
	2	経括約筋		9,940	→ 9,940	2	
	3	経腹及び経肛		18,810	→ 18,810	3	
		経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)		26,100	→ 26,100	K739-2	
K739-3		低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)		16,700	→ 16,700	K739-3	
K740		直腸切除・切断術				K740	
K740-2	1	切除術		42,850	→ 42,850	1	
	2	低位前方切除術		66,300	→ 66,300	2	
	3	超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)		69,840	→ 69,840	3	
	4	切断術		77,120	→ 77,120	4	
		人工肛門造設加算		-	→ 2,000	注	【注の追加】
K740-3		腹腔鏡下直腸切除・切断術				K740-2	
	1	切除術		75,460	→ 75,460	1	
	2	低位前方切除術		83,930	→ 83,930	2	
	3	切断術		83,930	→ 83,930	3	
K741		人工肛門造設加算			3,470	注	【注の追加】
		削除				K740-3	
		直腸狭窄形成手術		28,210	→ 28,210	K741	
K742		直腸瘤手術		-	→ 5,760	K741-2	【新設】
		直腸脱手術				K742	
K742-2	1	経会陰によるもの		-	→ -	1	
	イ	腸管切除を伴わないもの		8,410	→ 8,410	イ	
	ロ	腸管切除を伴うもの		25,780	→ 25,780	ロ	
	2	直腸挙上固定を行うもの		10,900	→ 10,900	2	
	3	骨盤底形成を行うもの		18,810	→ 18,810	3	
	4	腹会陰からのもの(腸切除を含む。)		37,620	→ 37,620	4	
		腹腔鏡下直腸脱手術		30,200	→ 30,810	K742-2	
		(肛門、その周辺)					

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
				改正前	改正後			
K743	1	痔核手術(脱肛を含む。)	硬化療法	1,380	→	1,380	1	
			硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010	→	4,010	2	
			結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→	1,390	3	
			根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	5,190	→	5,190	4	
			根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	-	→	6,520	5	
	5		PPH	11,260	→	11,260	6	
			肛門括約筋切開術	1,380	→	1,380	K743-2	
K743-2		削除	-	-	→	-	K743-3	
K743-4		痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→	5,360	K743-4		
K743-5		モルガニ一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		
K746-2	1	単純なもの	3,750	→	3,750	1		
	2	複雑なもの	7,470	→	7,470	2		
K746-2		高位直腸瘻手術	8,120	→	8,120	K746-2		
K747		肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→	1,040	K747		
K748		肛門悪性腫瘍手術				K748		
K749	1	切除	28,210	→	28,210	1		
	2	直腸切断を伴うもの	70,680	→	70,680	2		
K749		肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	→	1,630	K749		
K750		肛門括約筋形成手術				K750		
K750	1	瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→	3,990	1		
	2	組織置換によるもの	23,660	→	23,660	2		
K751		鎖肛手術				K751		
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		18,810	→ 18,810	2	
		仙骨会陰式		35,270	→ 35,270	3	
		腹会陰、腹仙骨式		62,660	→ 62,660	4	
		仙尾部奇形腫手術		46,950	→ 46,950	K751-2	
	3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)		70,140	→ 70,140	K751-3	
		肛門形成手術				K752	
K752	1	肛門狭窄形成手術		5,210	→ 5,210	1	
		直腸粘膜脱形成手術		7,710	→ 7,710	2	
	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。)		28,210	→ 28,210	K754	
		腹腔鏡下副腎摘出術		40,100	→ 40,100	K754-2	
		腹腔鏡下小切開副腎摘出術		34,390	→ 34,390	K754-3	
		副腎腫瘍摘出術				K755	
	1	皮質腫瘍		39,410	→ 39,410	1	
		髓質腫瘍(褐色細胞腫)		47,020	→ 47,020	2	
K755-2	2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)		47,030	→ 47,030	K755-2	
		副腎悪性腫瘍手術		47,020	→ 47,020	K756	
		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術		51,120	→ 51,120	K756-2	
(腎、腎盂)							
K757		腎破裂縫合術		37,620	→ 37,620	K757	
		腎破裂手術		38,270	→ 38,270	K757-2	
		腎周囲膿瘍切開術		3,480	→ 3,480	K758	
		腎切半術		37,620	→ 37,620	K759	
		癒合腎離断術		47,020	→ 47,020	K760	
		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)		10,660	→ 10,660	K761	
		腎固定術		10,350	→ 10,350	K762	

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		
K763		腎切石術	27,550	→ 27,550	K763	
K764		経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800	→ 32,800	K764	
K765		経皮的腎孟腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	33,040	→ 33,040	K765	
K766		経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→ 13,000	K766	
K767		腎孟切石術	27,210	→ 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	35,880	→ 35,880	K769	
K769-2		腹腔鏡下腎部分切除術	43,930	→ 43,930	K769-2	
K769-3		腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900	→ 42,900	K769-3	
K770		腎囊胞切除縮小術	11,580	→ 11,580	K770	
K770-2		腹腔鏡下腎囊胞切除縮小術	18,850	→ 18,850	K770-2	
K770-3		腹腔鏡下腎囊胞切除術	20,360	→ 20,360	K770-3	
K771		経皮的腎囊胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772		腎摘出術	17,680	→ 18,760	K772	
K772-2		腹腔鏡下腎摘出術	54,250	→ 54,250	K772-2	
K772-3		腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240	→ 40,240	K772-3	
K773		腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,770	→ 42,770	K773	
K773-2		腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	64,720	→ 64,720	K773-2	
K773-3		腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	49,870	→ 49,870	K773-3	
K773-4		腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	52,800	→ 52,800	K773-4	
K773-5		腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	70,730	→ 70,730	K773-5	
K774		削除			K774	
K775		経皮的腎(腎孟)瘻造設術	13,860	→ 13,860	K775	
K776		腎(腎孟)皮膚瘻閉鎖術	27,890	→ 27,890	K776	
K777		腎(腎孟)腸瘻閉鎖術	28,210	→ -	K777	【項目の見直し】
		内視鏡によるもの	-	10,300	1	
		その他のもの	-	28,210	2	
K778		腎孟形成手術	33,120	→ 33,120	K778	

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		
K778-2	注1		腹腔鏡下腎孟形成手術	51,600	→ 51,600	K778-2	
K779			移植用腎採取術(生体)	35,700	→ 35,700	K779	
K779-2			移植用腎採取術(死体)	43,400	→ 43,400	K779-2	
K779-3			腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→ 51,850	K779-3	
K780			同種死体腎移植術	98,770	→ 98,770	K780	
			臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合	40,000	→ 40,000	注1	
K780-2			生体腎移植術	62,820	→ 62,820	K780-2	
(尿管)							
K781	1		経尿道的尿路結石除去術			K781	
			レーザーによるもの	22,270	→ 22,270	1	
	2		その他のもの	14,800	→ 14,800	2	
K781-2			ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,770	→ -	K781-2	【削除】
K781-3			経尿道的腎孟尿管凝固止血術	8,250	→ 8,250	K781-3	
K782	1		尿管切石術			K782	
			上部及び中部	10,310	→ 10,310	1	
	2		膀胱近接部	15,310	→ 15,310	2	
K783			経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930	→ 20,930	K783	
K783-2			経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→ 3,400	K783-2	
K783-3			経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→ 1,300	K783-3	
K784			残存尿管摘出術	18,810	→ 18,810	K784	
K784-2			尿管剥離術	18,810	→ 18,810	K784-2	
K785			経尿道的腎孟尿管腫瘍摘出術	21,420	→ 21,420	K785	
K785-2			腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040	→ 31,040	K785-2	
K786			尿管膀胱吻合術	21,310	→ 25,570	K786	
			尿管形成加算	-	9,400	注	【注の追加】
K787			尿管尿管吻合術	27,210	→ 27,210	K787	
K788			尿管腸吻合術	17,070	→ 17,070	K788	
K789			尿管腸膀胱吻合術	46,450	→ 46,450	K789	

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		
K790			尿管皮膚瘻造設術	14,200	→ 14,200	K790	
K791			尿管皮膚瘻閉鎖術	28,450	→ 30,450	K791	
K792			尿管腸瘻閉鎖術	36,840	→ -	K792	【項目の見直し】
			内視鏡によるもの	-	→ 10,300	1	
			その他のもの	-	→ 36,840	2	
K793			尿管腔瘻閉鎖術	28,210	→ 28,210	K793	
K794			尿管口形成手術	16,580	→ 16,580	K794	
K794-2			経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→ 15,500	K794-2	
(膀胱)							
K795			膀胱破裂閉鎖術	11,170	→ 11,170	K795	
K796			膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	K796	
K797			膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	K797	
K798			膀胱結石、異物摘出術			K798	
	1		経尿道的手術	8,320	→ 8,320	1	
	2		膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2			経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	8,320	→ 8,320	K798-2	
K799			膀胱壁切除術	9,260	→ 9,270	K799	
K800			膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2			経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
K800-3			膀胱水圧拡張術	6,410	→ 6,410	K800-3	
K801			膀胱単純摘除術			K801	
	1		腸管利用の尿路変更を行うもの	59,350	→ 59,350	1	
	2		その他のもの	51,510	→ 51,510	2	
K802			膀胱腫瘍摘出術	10,610	→ 10,610	K802	
K802-2			膀胱脱手術			K802-2	
	1		メッシュを使用するもの	30,880	→ 30,880	1	
	2		その他のもの	19,390	→ 23,260	2	
K802-3			膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	

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		
K802-4	1	腸管切除を伴わないもの		11,100	→ 11,100	1	
	2	腸管切除を伴うもの		21,700	→ 21,700	2	
K802-5		腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術		12,710	→ 12,710	K802-4	
K802-6		腹腔鏡下膀胱部分切除術		18,680	→ 22,410	K802-5	
K803		腹腔鏡下膀胱脱手術		40,930	→ 41,160	K802-6	
		膀胱悪性腫瘍手術				K803	
K803	1	切除		34,150	→ 34,150	1	
	2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)		66,890	→ 66,890	2	
	3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)		80,160	→ 80,160	3	
	4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)		107,800	→ 107,800	4	
	5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)		110,600	→ 110,600	5	
	6	経尿道的手術				6	
	イ	電解質溶液利用のもの		12,300	→ 12,300	イ	
	ロ	その他のもの		10,400	→ 10,400	ロ	
	注	狭帯域光強調加算		200	→ 200	注	
K803-2		腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術		89,380	→ -	K803-2	【項目の見直し】
K803-3		全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)		-	→ 76,880	1	
		全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)		-	→ 117,790	2	
		全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)		-	→ 120,590	3	
		腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術		87,380	→ -	K803-3	【項目の見直し】
K804		全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)		-	74,880	1	
		全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)		-	115,790	2	
		全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)		-	118,590	3	
		尿膜管摘出術		10,950	→ 10,950	K804	
K804-2		腹腔鏡下尿膜管摘出術		18,360	→ 22,030	K804-2	
K805		膀胱瘻造設術		3,530	→ 3,530	K805	
		膀胱皮膚瘻造設術		-	25,200	K805-2	【新設】
		導尿路造設術		-	49,400	K805-3	【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		
K806	注	膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	→ 8,700	K806	【項目の見直し】
K807		膀胱腔瘻閉鎖術	27,700	→ 27,700	K807	
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	27,700	→ 27,700	K808	
		内視鏡によるもの	-	10,300	1	
		その他のもの	-	27,700	2	
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	37,180	→ 37,180	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	23,520	→ 25,570	K809-2	
		尿管形成加算	9,400	→ 9,400		注
K809-3		腹腔鏡下膀胱内手術	37,440	→ 39,280	K809-3	
K810		ボアリー氏手術	36,840	→ 36,840	K810	
K811	1	腸管利用膀胱拡大術	48,200	→ 48,200	K811	
K812		回腸(結腸)導管造設術	49,570	→ 49,570	K812	
K812-2		排泄腔外反症手術			K812-2	
		外反膀胱閉鎖術	70,430	→ 70,430	1	
		膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→ 103,710	2	
(尿道)						
K813	2	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	
		前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
		後部尿道	5,250	→ 6,300	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	
		摘出	32,230	→ 32,230	1	
		内視鏡による場合	23,130	→ 23,130	2	
		尿路変更を行う場合	54,060	→ 54,060	3	
K818		尿道形成手術			K818	
	1	前部尿道	17,030	→ 17,030	1	

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	2	後部尿道		37,700	→ 37,700	2	
K819-2		尿道下裂形成手術		33,790	→ 33,790	K819	
K820		陰茎形成術		43,930	→ 52,710	K819-2	
K821		尿道上裂形成手術		39,000	→ 39,000	K820	
K821-2		尿道狭窄内視鏡手術		15,040	→ 15,040	K821	
K821-3		尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)		14,200	→ 14,200	K821-2	
K822		尿道ステント前立腺部尿道拡張術		12,300	→ 12,300	K821-3	
K823		女子尿道脱手術		7,560	→ 7,560	K822	
		尿失禁手術				K823	
K823-2		恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの		23,510	→ 23,510	1	
K823-3	1	その他のもの		20,680	→ 20,680	2	
K823-4		尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術		23,320	→ 23,320	K823-2	
K823-5		膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)		23,320	→ 23,320	K823-3	
K823-6		腹腔鏡下尿失禁手術		32,440	→ 32,440	K823-4	
K823-7		人工尿道括約筋植込・置換術		23,920	→ 23,920	K823-5	

第11款 性器

(陰茎)

K824		陰茎尖圭コンジローム切除術		1,130	→ 1,130	K824	
K825		陰茎全摘術		16,630	→ 16,630	K825	
K826		陰茎切断術		5,850	→ 7,020	K826	
K826-2		陰茎折症手術		8,550	→ 8,550	K826-2	
K826-3		陰茎様陰核形成手術		5,850	→ 7,020	K826-3	
K827		陰茎悪性腫瘍手術				K827	
	1	陰茎切除		21,750	→ 23,200	1	
K828		陰茎全摘		36,500	→ 36,500	2	
	2	包茎手術				K828	
		背面切開術		740	→ 740	1	
		環状切除術		2,040	→ 2,040	2	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K828-2	1	陰茎持続勃起症手術 亀頭一陰茎海綿体瘻作成術(ワインター法)によるもの		4,670	→ 4,670	K828-2 1	
	2	その他のシャント術によるもの		18,600	→ 18,600	2	
(陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索)							
K829		精管切断、切除術(両側)		2,550	→ 2,550	K829	
K830		精巣摘出術		2,770	→ 2,770	K830	
K830-2		精巣外傷手術				K830-2	
	1	陰嚢内血腫除去術		3,200	→ 3,200	1	
	2	精巣白膜縫合術		3,400	→ 3,400	2	
K831 及び K831-2		削除				K831 及び K831-2	
K832		精巣上体摘出術		4,200	→ 4,200	K832	
K833		精巣悪性腫瘍手術		10,290	→ 12,340	K833	
K834		精索静脈瘤手術		2,480	→ 2,970	K834	
K834-2		腹腔鏡下内精巣静脈結紮術		18,590	→ 20,500	K834-2	
		顎微鏡下精索静脈瘤手術		-	→ 12,500	K834-3	【新設】
K835		陰嚢水腫手術				K835	
	1	交通性陰嚢水腫手術		3,620	→ 3,620	1	
	2	その他		2,290	→ 2,290	2	
K836		停留精巣固定術		9,740	→ 9,740	K836	
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術		37,170	→ 37,170	K836-2	
K837		精管形成手術		11,310	→ 12,470	K837	
K838		精索捻転手術				K838	
	1	対側の精巣固定術を伴うもの		7,810	→ 7,810	1	
	2	その他のもの		8,230	→ 8,230	2	
(精囊、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		15,920	→ 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	1	経尿道的前立腺手術 電解質溶液利用のもの		20,400	→ 20,400	K841	【新設】
		その他のもの		18,500	→ 18,500		
K841-2	1	経尿道的レーザー前立腺切除術 ホルミウムレーザーを用いるもの		20,470	→ 20,470	K841-2	
K841-3	2	その他のもの 経尿道的前立腺高溫度治療(一連につき)		19,000	→ 19,000	2	
		5,000 → 5,000	K841-3				
		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	
K841-4		経尿道的前立腺核出術 削除		-	→ 21,500	K841-5	【新設】
		前立腺悪性腫瘍手術		41,080	→ 41,080	K842	
		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術		77,430	→ 77,430	K843	
K843-2		腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術		59,780	→ 59,780	K843-2	
		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)		95,280	→ 95,280	K843-3	
(外陰、会陰)							
K844		バルトリン腺膿瘍切開術		780	→ 780	K844	【新設】
		処女膜切開術		790	→ 790	K845	
		処女膜切除術		980	→ 980	K846	
K847		輪状処女膜切除術		2,230	→ 2,230	K847	【新設】
		バルトリン腺囊胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)		2,760	→ 2,760	K848	
		女子外性器腫瘍摘出術		2,340	→ 2,340	K849	
K849		女子外性器悪性腫瘍手術				K850	【新設】
		切除		29,190	→ 29,190	1	
		皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合		63,200	→ 63,200	2	
K850-2		膣縫毛性腫瘍摘出術		23,830	→ 23,830	K850-2	【新設】
		会陰形成手術				K851	
K851	1	筋層に及ばないもの		2,330	→ 2,330	1	【新設】

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K851-2	2	筋層に及ぶもの 外陰・膣血腫除去術 癒合陰唇形成手術		5,760 → 1,600	6,910 → 1,600	2	
K851-3	1	筋層に及ばないもの		2,330	2,330		
	2	筋層に及ぶもの		5,760	6,240		
(陸)							
K852	1	膣壁裂創縫合術(分娩時を除く。) 前又は後壁裂創		2,760	2,760	K852	
	2	前後壁裂創		5,410	6,330	1	
	3	膣円蓋に及ぶ裂創		8,280	8,280	2	
	4	直腸裂傷を伴うもの		31,940	31,940	3	
K853		膣閉鎖術				K853	
	1	中央膣閉鎖術(子宮全脱)		6,370	7,410	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(異所性妊娠)		2,230	2,230	K854-2	【名称の見直し】
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		膣壁囊腫切除術		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		37,070	44,480	K857	
K858		膣腸瘻閉鎖術 内視鏡によるもの		35,130	-	K858	
		その他のもの		-	10,300	1	
K859		造膣術、膣閉鎖症術		-	35,130	2	

旧区分番号			新手術項目名	点数		新区分番号	備考
				改正前	改正後		
K859-2	1	拡張器利用によるもの		2,130	→ 2,130	1	
		遊離植皮によるもの		18,810	→ 18,810	2	
		膣断端挙上によるもの		28,210	→ 28,210	3	
		腸管形成によるもの		47,040	→ 47,040	4	
		筋皮弁移植によるもの		55,810	→ 55,810	5	
		腹腔鏡下造膣術		38,690	→ 38,690	K859-2	
		膣壁形成手術		7,880	→ 7,880	K860	
		膣断端挙上術(膣式、腹式)		29,190	→ 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		20,610	→ 20,610	K863	
K863-2		子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)		18,590	→ 18,590	K863-2	
K863-3		子宮鏡下子宮内膜焼灼術		17,810	→ 17,810	K863-3	
K864		子宮位置矯正術				K864	
		1 アレキサンダー手術		4,040	→ 4,040	1	
		2 開腹による位置矯正術		7,540	→ 8,140	2	
		3 癒着剥離矯正術		14,070	→ 16,420	3	
K865		子宮脱手術				K865	
		1 膣壁形成手術及び子宮位置矯正術		16,900	→ 16,900	1	
		2 ハルバン・シャウタ手術		16,900	→ 16,900	2	
		3 マンチエスター手術		14,110	→ 14,110	3	
		4 膣壁形成手術及び子宮全摘術(膣式、腹式)		28,210	→ 28,210	4	
K865-2		腹腔鏡下仙骨膣固定術		48,240	→ 48,240	K865-2	
K866		子宮頸管ポリープ切除術		990	→ 990	K866	
K866-2		子宮底部冷凍凝固術		990	→ 990	K866-2	
K867		子宮頸部(膣部)切除術		3,330	→ 3,330	K867	
K867-2		子宮底部糜爛等子宮底部乱切除術		470	→ 470	K867-2	

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		
K867-3		子宮頸部摘出術(腔部切斷術を含む。)	3,330	→ 3,330	K867-3	
K867-4		子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→ 3,330	K867-4	
K868から K870まで		削除			K868から K870まで	
K871		子宮息肉様筋腫摘出術(腔式)	3,810	→ 3,810	K871	
K872		子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
	1	腹式	24,510	→ 24,510		1
	2	腔式	14,290	→ 14,290		2
K872-2		腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	37,620	→ 37,620	K872-2	
K872-3		子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→ 4,730	K872-3	
K872-4		痕跡副角子宮手術			K872-4	
	1	腹式	15,240	→ 15,240		1
	2	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	17,100	→ 17,100	K873	
K874 及び		削除			K874 及び	
K875					K875	
K876		子宮腔上部切斷術	9,500	→ 10,390	K876	
K876-2		腹腔鏡下子宮腔上部切斷術	14,620	→ 17,540	K876-2	
K877		子宮全摘術	28,210	→ 28,210	K877	
K877-2		腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050	→ 42,050	K877-2	
K878		広韌帶内腫瘍摘出術	14,290	→ 16,120	K878	
K878-2		腹腔鏡下広韌帶内腫瘍摘出術	28,130	→ 28,130	K878-2	
K879		子宮悪性腫瘍手術	62,000	→ 62,000	K879	
K879-2		腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	70,200	→ 70,200	K879-2	【名称の見直し】
K880		削除			K880	
K881		腹壁子宮瘻手術	23,240	→ 23,290	K881	
K882		重複子宮、双角子宮手術	25,280	→ 25,280	K882	
K883		子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	K883	

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		
K883-2	1	子宮頸管閉鎖症手術		180 → 180		K883-2	
		非観血的					
	2	観血的		3,590 → 3,590		1	
K884		奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)		23,240 → 23,290		2	
(子宮附属器)							
K885		腔式卵巢囊腫内容排除術		1,350 → 1,350		K885	
K885-2		経皮的卵巢囊腫内容排除術					
K886	1	子宮附属器癒着剥離術(両側)		1,490 → 1,490		K886	
		開腹によるもの					
	2	腹腔鏡によるもの		11,580 → 13,890		1	
K887	1	卵巣部分切除術(腔式を含む。)		21,370 → 21,370		K887	
		開腹によるもの					
	2	腹腔鏡によるもの		5,130 → 6,150		2	
K887-2	1	卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)		18,810 → 18,810		K887-2	
		開腹によるもの					
	2	腹腔鏡によるもの		4,350 → 4,350		2	
K887-3	1	卵管口切開術		18,810 → 18,810		K887-3	
		開腹によるもの					
	2	腹腔鏡によるもの		4,350 → 5,220		1	
K887-4		腹腔鏡下多囊胞性卵巢焼灼術		18,810 → 18,810		K887-4	
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)					
	1	開腹によるもの		24,130 → 24,130			
	2	腹腔鏡によるもの		15,720 → 17,080		1	
K888-2	1	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)		25,940 → 25,940		K888-2	
		開腹によるもの					
	2	腹腔鏡によるもの		12,460 → 12,460		2	
K889		子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)		25,540 → 25,540		K889	
K890		卵管形成手術(卵管・卵巢移植、卵管架橋等)					
				58,500 → 58,500			
				27,380 → 27,380		K890	

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		
K890-2		卵管鏡下卵管形成術		46,410	→ 46,410	K890-2	
K890-3		腹腔鏡下卵管形成術		46,410	→ 46,410		
(産科手術)							
K891		分娩時頸部切開術(縫合を含む。)		3,170	→ 3,170	K891	
K892		骨盤位娩出術		3,800	→ 3,800	K892	
K893		吸引娩出術		2,550	→ 2,550	K893	
K894		鉗子娩出術				K894	
	1	低位(出口)鉗子		2,700	→ 2,700		1
	2	中位鉗子		4,760	→ 4,760		2
K895		会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)		1,530	→ 1,530	K895	
K896		会陰(膣壁)裂創縫合術(分娩時)				K896	
	1	筋層に及ぶもの		1,650	→ 1,650		1
	2	肛門に及ぶもの		3,860	→ 4,630		2
	3	膣円蓋に及ぶもの		4,320	→ 4,320		3
	4	直腸裂創を伴うもの		8,200	→ 8,920		4
K897		頸管裂創縫合術(分娩時)		4,900	→ 5,880	K897	
K898		帝王切開術				K898	
	1	緊急帝王切開		22,200	→ 22,200		1
	2	選択帝王切開		20,140	→ 20,140		2
	注	複雑な場合		2,000	→ 2,000		注
K899		胎児縮小術(娩出術を含む。)		3,220	→ 3,220	K899	
K900		臍帶還納術		1,240	→ 1,240	K900	
K900-2		脱垂肢整復術		1,240	→ 1,240	K900-2	
K901		子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)		2,460	→ 2,460	K901	
K902		胎盤用手剥離術		2,350	→ 2,350	K902	
K903		子宮破裂手術				K903	
	1	子宮全摘除を行うもの		29,190	→ 29,190		1
	2	子宮腔上部切断を行うもの		29,190	→ 29,190		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				
K904	3		その他のもの	14,500	→ 16,130	K904			
			妊娠子宮摘出術(ポロ一手術)	33,120	→ 33,120				
K905	1		子宮内反症整復手術(腫式、腹式)			K905			
			非観血的	340	→ 340		1		
K906	2		観血的	13,820	→ 15,490	K906	2		
			子宮頸管縫縮術						
K907	1		マクドナルド法	1,680	→ 1,680	K907	1		
			シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→ 3,090				
			縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→ 1,500				
K908			胎児外回転術	670	→ 670	K907			
			胎児内(双合)回転術	1,190	→ 1,190	K908			
K909			流産手術			K909			
			妊娠11週までの場合	2,000	→ -	K909	【項目の見直し】		
K909-2			手動真空吸引法によるもの	-	→ 4,000				
			その他のもの	-	→ 2,000				
			妊娠11週を超える妊娠21週までの場合	5,110	→ 5,110				
K910			子宮内容除去術(不全流産)	1,980	→ 1,980	K909-2			
			削除			K910			
K910-2			内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000	→ 40,000	K910-2			
			胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)	11,880	→ 11,880	K910-3			
K911			胞状奇胎除去術	4,120	→ 4,120	K911			
			異所性妊娠手術			K912	【名称の見直し】		
K912	1		開腹によるもの	14,110	→ 14,110	K912			
			腹腔鏡によるもの	22,950	→ 22,950				
K913			新生児仮死蘇生術			K913			
			仮死第1度のもの	840	→ 840		1		
			仮死第2度のもの	2,700	→ 2,700		2		
(その他)									

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		
K913-2	1	性腺摘出術 開腹によるもの		6,280	→ 6,280	1	
	2	腹腔鏡によるもの		18,590	→ 18,590	2	
第12款 削除							
第13款 臓器提供管理料							
K914		脳死臓器提供管理料		20,000	→ 20,000	K914	
K915		生体臓器提供管理料		5,000	→ 5,000	K915	
K920	1	輸血 自家採血輸血(200mLごとに)				K920	
	イ	1回目		750	→ 750	1	イ
	ロ	2回目以降		650	→ 650		ロ
2		保存血液輸血(200mLごとに)				2	
	イ	1回目		450	→ 450		イ
	ロ	2回目以降		350	→ 350		ロ
3		自己血貯血				3	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)					イ
	(1)	液状保存の場合		250	→ 250		(1)
	(2)	凍結保存の場合		500	→ 500		(2)
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)					ロ
	(1)	液状保存の場合		250	→ 250		(1)
	(2)	凍結保存の場合		500	→ 500		(2)
4		自己血輸血				4	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)					イ
	(1)	液状保存の場合		750	→ 750		(1)
	(2)	凍結保存の場合		1,500	→ 1,500		(2)
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)					ロ
	(1)	液状保存の場合		750	→ 750		(1)

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)	凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(2)	
		希釈式自己血輸血				5
		6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	1,000	→ 1,000		イ
		6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	1,000	→ 1,000		ロ
		交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250		6
		輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用	48	→ 54		注5
		不規則抗体検査の費用	197	→ 197		注6
		HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI(A、B、C)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,000	→ 1,000		注7
		HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスII(DR、DQ、DP)の費用(検査回数にかかわらず一連につき)	1,400	→ 1,400		注7
		血液交叉試験加算	30	→ 30		注8
		間接クームス検査加算	34	→ 47		注8
		コンピュータクロスマッチ加算	-	→ 30		注8
		乳幼児加算	26	→ 26		注9
		血小板洗浄術加算	580	→ 580		注12
		輸血管理料			K920-2	
		輸血管理料I	220	→ 220		1
		輸血管理料II	110	→ 110		2
		輸血適正使用加算(輸血管理料Iの場合)	120	→ 120		注2
		輸血適正使用加算(輸血管理料IIの場合)	60	→ 60		注2
		貯血式自己血輸血管管理体制加算	50	→ 50		注3
K921	1	造血幹細胞採取(一連につき)			K921	
		骨髄採取				1
		同種移植の場合	21,640	→ 21,640		イ
		自家移植の場合	17,440	→ 17,440		ロ
		末梢血幹細胞採取				2
		同種移植の場合	21,640	→ 21,640		イ
		自家移植の場合	17,440	→ 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	1 イ ロ	造血幹細胞移植				K922	
		骨髓移植				1	
		同種移植の場合	66,450	→	66,450	イ	
		自家移植の場合	25,850	→	25,850	ロ	
		末梢血幹細胞移植				2	
	2 イ ロ	同種移植の場合	66,450	→	66,450	イ	
		自家移植の場合	30,850	→	30,850	ロ	
	3 注3 注7	臍帯血移植	66,450	→	66,450	3	
		乳幼児加算	26	→	26	注3	
		抗HLA抗体検査加算	4,000	→	4,000	注7	
K923		非血縁者間移植加算	-		10,000	注8	【注の追加】
		コーディネート体制充実加算	-		1,500	注9	【注の追加】
		術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	→	-	K923	【項目の見直し】
		濃縮及び洗浄を行うもの	-		5,500	1	
K924		濾過を行うもの	-		3,500	2	
		自己生体組織接着剤作成術	1,400	→	4,340	K924	
		自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	-	→	1,760	K924-2	【新設】
第3節 手術医療機器等加算							
K930	1	脊髄誘発電位測定等加算				K930	
		脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	3,130	→	3,130	1	
		甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	2,500	→	2,500	2	
K931	超音波凝固切開装置等加算			3,000	→	3,000	K931
K932	創外固定器加算			10,000	→	10,000	K932
K933	イオントフォレーゼ加算			45	→	45	K933
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算			1,000	→	1,000	K934
K934-2	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算			1,000	→	1,000	K934-2
K935	止血用加熱凝固切開装置加算			700	→	700	K935
K936	自動縫合器加算			2,500	→	2,500	K936
K936-2	自動吻合器加算			5,500	→	5,500	K936-2

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		
K936-3		微小血管自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936-3	
K937		心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	→ 30,000	K937	
K937-2		術中グラフト血流測定加算	2,500	→ 2,500	K937-2	
K938		体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	→ 3,000	K938	
K939		画像等手術支援加算			K939	
	1	ナビゲーションによるもの	2,000	→ 2,000	1	
	2	実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	→ 2,000	2	
	3	患者適合型手術支援ガイドによるもの	2,000	→ 2,000	3	
K939-2		術中血管等描出撮影加算	500	→ 500	K939-2	
K939-3		人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	450	→ 450	K939-3	
K939-4		削除	-	→ -	K939-4	
K939-5		胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500	→ 2,500	K939-5	
K939-6		凍結保存同種組織加算	9,960	→ 81,610	K939-6	
		レーザー機器加算			K939-7	【新設】
		レーザー機器加算1	-	→ 50	1	
		レーザー機器加算2	-	→ 100	2	
		レーザー機器加算3	-	→ 200	3	

別表2

第10部 手術（名称を変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K476 8	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)	K476 8	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)
K476 9	乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	K476 9	乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)
K854-2	後腫円蓋切開(子宮外妊娠)	K854-2	後腫円蓋切開(異所性妊娠)
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
K912	子宮外妊娠手術	K912	異所性妊娠手術

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>L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K 552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点</p> <p>ロ イ以外の場合 18,300点</p> <p>2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K 552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p>	 <p>24,900点 18,200点</p>

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	16,600点
ロ イ以外の場合	12,200点
3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）	
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	12,450点
ロ イ以外の場合	9,150点
4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）	
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	9,130点
ロ イ以外の場合	6,710点
5 その他の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	8,300点
ロ イ以外の場合	6,100点

【注の見直し】

注7 心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点を所定点数に加算する。

16,600点
12,100点

12,450点
9,050点

9,130点
6,610点

8,300点
6,000点

→ 注7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

L009 麻酔管理料(I)

【点数の見直し】

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合

200点

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

900点

250点

1,050点

【注の見直し】

注4 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。

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

K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4、K695の6、K695の7、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

【点数の見直し】

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	100点	→	150点
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	300点		450点

第2節 神経ブロック料

L105 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。）

【名称の見直し】

硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日） → 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日）

日につき) (チューブ挿入当日を除く。)

日につき) (チューブ挿入当日を除く。)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第12部 放射線治療		
第1節 放射線治療管理・実施料		
M 0 0 0 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【注の見直し】	<p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であつて、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M 0 0 1の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M 0 0 1の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であつて、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M 0 0 1の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M 0 0 1の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>→</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治</p>

療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

【項目の見直し】

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 |
| 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 |
| 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 |
| 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 |

- | | |
|-------------------------|--------|
| 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 |
| 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 |
| 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 |
| 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 |
| 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 |

【注の追加】

(追加)

注4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

M001 体外照射

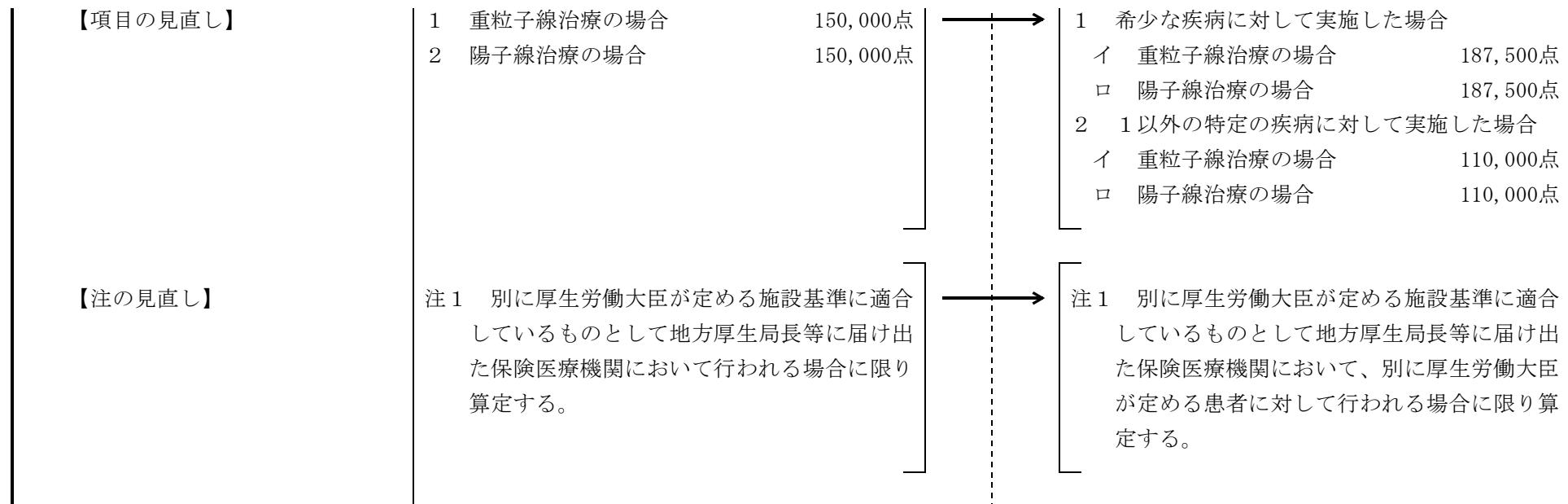
【項目の見直し】

- | | |
|----------------------------|--------|
| 3 強度変調放射線治療（IMRT）
イ 1回目 | 3,000点 |
|----------------------------|--------|

- | | |
|-------------------|--------|
| 3 強度変調放射線治療（IMRT） | 3,000点 |
|-------------------|--------|

	□ 2回目	1,500点	
【注の見直し】	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの(3)若しくは□の(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り300点を所定点数に加算する。	→	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、□及びハの場合は、2のイの(3)若しくは□の(3)又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ 体表面の位置情報によるもの 150点 □ 骨構造の位置情報によるもの 300点 ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450点
【注の追加】	(追加)	→	注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

M001-4 粒子線治療（一連につき）



項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第13部 病理診断		
第1節 病理標本作製料		
N 0 0 0 病理組織標本作製（1臓器につき）		
【名称の見直し】	病理組織標本作製（1臓器につき）	→ 病理組織標本作製
【項目の見直し】	病理組織標本作製（1臓器につき） 860点	→ 病理組織標本作製 1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860点
N 0 0 3－2 術中迅速細胞診（1手術につき）		
【名称の見直し】	術中迅速細胞診（1手術につき）	→ 迅速細胞診
【項目の見直し】	術中迅速細胞診（1手術につき） 450点	→ 迅速細胞診 1 手術中の場合（1手術につき） 450点

		2 検査中の場合（1検査につき） 450点
N 0 0 4 細胞診（1部位につき）		
【項目の見直し】	<p>1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点 3 セルブロック法によるもの 860点</p>	<p>1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点</p>
【注の見直し】	<p>注 1 1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。</p>	<p>注 1 1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。</p>
【新設】	(新設)	<p>N 0 0 5 - 3 P D - L 1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点</p>
第2節 病理診断・判断料		
N 0 0 6 病理診断料		
【注の見直し】	<p>注 1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0 に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N</p>	<p>注 1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0 に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N</p>

002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作成又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>2 平成30年9月30日までの間における区分番号A 0 0 0の注2については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号A 0 0 0の注3、区分番号A 0 0 2の注2及び注3、区分番号A 2 0 6の注2並びに区分番号C 0 1 2の注1から注3までについては、「400床」とあるのは、「500床」とする。</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A 1 0 1の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>4 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第 号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A 2 4 5の1の口又は2の口の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。</p> <p>5 旧算定方法別表第一区分番号A 3 0 0の注3及び注4の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p>6 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 区分番号D 0 0 6の2に掲げるトロンボテスト ロ 区分番号D 0 0 6－3の2に掲げるm R N A 定量（1以外のもの） ハ 区分番号D 0 0 7の9に掲げるムコ蛋白<small>たんすい</small> ニ 区分番号D 0 0 7の24に掲げる膵分泌性トリプシンインヒビター（P S T I） ホ 区分番号D 0 0 9の6に掲げる前立腺酸ホスファーゼ抗原（P A P）

- 7 第2章の規定にかかわらず、区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 8 第2章の規定にかかわらず、平成30年9月30日までの間に限り、区分番号J038の注12の規定に係る届出を行っていない保険医療機関において慢性維持透析を行った場合には、区分番号J038の3を算定することができる。