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		
Ａ０００　初診料		
【点数の見直し】	270点	282点
【注の見直し】	注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）	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

	であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、200点を算定する。	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。
【注の追加】	（追加） →	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。
【注の追加】	（追加） →	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495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（薬事法（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。）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。
【注の見直し】	注３　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り135点（注２に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。ただし書の場合においては、注４から注７までに規定する加算は算定しない。	注５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り141点（注２から注４までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注９までに規定する加算は算定しない。
第２節　再診料		
Ａ００１　再診料		
【点数の見直し】	69点	72点
【注の追加】	（追加）	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。
【注の見直し】	注２　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注３から注７まで、注９及び注10に規定する加算は算定しない。	注３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、36点（注２に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注４から注８まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。
【注の見直し】	注８　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注７の外来管理加算は算定しない。	注９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。
【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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、10点を所定点数に加算する。

Ａ００２　外来診療料		
【点数の見直し】	70点	73点
【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のうち医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、52点を算定する。	注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。
【注の追加】	（追加）	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。
【注の追加】	（追加）	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。
【注の見直し】	注３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り34点（注２に規定する場合にあっては、25点）を算定する。この場合において、注４のただし書及び注５から注７までに規定する加算は算定しない。	注５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り36点（注２から注４までに規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注９までに規定する加算は算定しない。

項　　目	現　　行	改　正　案
第１章　基本診療料		
第２部　入院料等		
通則		
【通則の見直し】	２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。	２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
【通則の見直し】	３　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等又は区分番号Ａ３０７に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ４００の３に掲げる短期滞在手術基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。	３　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ４００の３に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

【通則の見直し】	4　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。	4　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
【通則の追加】	（追加）	8　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。
第１節　入院基本料		
Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	1　７対１入院基本料　1,566点	1,591点
	2　10対１入院基本料　1,311点	1,332点
	3　13対１入院基本料　1,103点	1,121点
	4　15対１入院基本料　945点	960点

【注の見直し】	注２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、７対１特別入院基本料又は10対１特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	注２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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20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。
【注の見直し】	注４　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児	注４　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加

	（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注６　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護必要度加算１　30点 ロ　看護必要度加算２　15点	注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　30点 ロ　看護必要度加算２　15点
【注の削除】	注８　注１から注３までの規定にかかわらず、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以外の病棟においては、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として939点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。	（削除）

【注の削除】	注９　注８に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	（削除）
【注の見直し】	注12　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヌ　（略） ル～ワ　（略） カ　看護配置加算（注８に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。） ヨ　看護補助加算（注８に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。） タ～ヱ　（略） ヒ　後発医薬品使用体制加算（注８に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。） モ　（略）	注10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヌ　（略） ル　看護職員夜間配置加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ヲ～カ　（略） ヨ　看護配置加算 タ　看護補助加算 レ～ヒ　（略） モ　後発医薬品使用体制加算 セ　（略）

	セ　データ提出加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）	ス　データ提出加算
【注の見直し】	注13　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注12までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。	注11　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注10までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。
【注の追加】	（追加）	注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき25点を所定点数に加算する。
Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　療養病棟入院基本料１ イ　入院基本料Ａ　1,769点 （健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医	1,810点

	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、1,755点）	1,795点
	ロ　入院基本料Ｂ　1,716点	1,755点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,702点）	1,741点
	ハ　入院基本料Ｃ　1,435点	1,468点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,421点）	1,454点
	ニ　入院基本料Ｄ　1,380点	1,412点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,366点）	1,397点
	ホ　入院基本料Ｅ　1,353点	1,384点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,339点）	1,370点
	ヘ　入院基本料Ｆ　1,202点	1,230点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,188点）	1,215点
	ト　入院基本料Ｇ　945点	967点
	（生活療養を受ける場合にあっては、931点）	952点
	チ　入院基本料Ｈ　898点	919点
	（生活療養を受ける場合にあっては、884点）	904点
	リ　入院基本料Ｉ　796点	814点
	（生活療養を受ける場合にあっては、782点）	800点
	２　療養病棟入院基本料２	
	イ　入院基本料Ａ　1,706点	1,745点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,692点）	1,731点
	ロ　入院基本料Ｂ　1,653点	1,691点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,639点）	1,677点
	ハ　入院基本料Ｃ　1,372点	1,403点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,358点）	1,389点
	ニ　入院基本料Ｄ　1,317点	1,347点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,303点）	1,333点
	ホ　入院基本料Ｅ　1,290点	1,320点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,276点）	1,305点

	へ　入院基本料Ｆ　1,139点	1,165点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,125点）	1,151点
	ト　入院基本料Ｇ　882点	902点
	（生活療養を受ける場合にあっては、868点）	888点
	チ　入院基本料Ｈ　835点	854点
	（生活療養を受ける場合にあっては、821点）	840点
	リ　入院基本料Ｉ　733点	750点
	（生活療養を受ける場合にあっては、719点）	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、563点（生活療養を受ける場合にあっては、549点）を算定できる。	注２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあっては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料２については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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20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。

【注の見直し】	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ナ　（略）	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ナ　（略） ラ　データ提出加算
【注の追加】	（追加）	注９　当該病棟（療養病棟入院基本料１を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又はＪ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

【注の追加】	（追加）	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日につき10点を所定点数に加算する。
Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	1　７対１入院基本料　1,566点	1,591点
	2　10対１入院基本料　1,311点	1,332点
	3　13対１入院基本料　1,103点	1,121点
	4　15対１入院基本料　945点	960点
	5　18対１入院基本料　809点	822点
	6　20対１入院基本料　763点	775点
【注の見直し】	注２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のう	注２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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

	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、７対１特別入院基本料又は10対１特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	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20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。
【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヰ　（略）	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヰ　（略） ノ　データ提出加算
Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　10対１入院基本料　1,251点	1,271点
	２　13対１入院基本料　931点	946点
	３　15対１入院基本料　811点	824点
	４　18対１入院基本料　723点	735点
	５　20対１入院基本料　669点	680点

【注の見直し】	注２　注１に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって10対１入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出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、10対１特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	注２　注１に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、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20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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して３月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき100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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

【注の追加】	（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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注８　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援連携指導料、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。
Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　一般病棟の場合	
	イ　７対１入院基本料　1,566点	1,599点
	ロ　10対１入院基本料　1,311点	1,339点
	２　結核病棟の場合	
	イ　７対１入院基本料　1,566点	1,599点
	ロ　10対１入院基本料　1,311点	1,339点
	ハ　13対１入院基本料　1,103点	1,126点

	ニ　15対１入院基本料　945点	965点
	３　精神病棟の場合	
	イ　７対１入院基本料　1,322点	1,350点
	ロ　10対１入院基本料　1,251点	1,278点
	ハ　13対１入院基本料　931点	951点
	ニ　15対１入院基本料　850点	868点
【注の見直し】	注４　当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して３月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	注４　当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。
【注の削除】	注６　当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注１及び注３の規定にかかわらず、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注８に規定する特定入院基本料の例により算定する。	（削除）
【注の見直し】	注９　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ト　（略） チ～ヌ　（略）	注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ト　（略） チ　看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。） リ～ル　（略）

	ル　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ヲ～ヒ　（略） モ　後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） セ　（略） ス　データ提出加算（結核病棟を除く。）	ヲ　看護補助加算 ワ～モ　（略） セ　後発医薬品使用体制加算 ス　（略） ン　データ提出加算
【注の追加】	（追加） →	注９　当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注８までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。
【注の追加】	（追加） →	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき25点を所定点数に加算する。

Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,566点 ２　10対１入院基本料　1,311点 ３　13対１入院基本料　1,103点	1,591点 1,332点 1,121点
【注の削除】	注５　当該病棟に入院している特定患者については、注１及び注２の規定にかかわらず、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注８に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注８中「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以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。	（削除）
【注の見直し】	注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～チ　（略） リ～ル　（略） ヲ　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～チ　（略） リ　看護職員夜間配置加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。） ヌ～ヲ　（略） ワ　看護補助加算

	ワ～キ　（略） ユ　後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） メ　（略） ミ　データ提出加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）	カ～ユ　（略） メ　後発医薬品使用体制加算 ミ　（略） シ　データ提出加算
【注の追加】	（追加）	注８　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注１から注７までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の例により算定する。
【注の追加】	（追加）	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき25点を所定点数に加算する。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,566点 ２　10対１入院基本料　1,311点 ３　13対１入院基本料　1,103点 ４　15対１入院基本料　965点	1,588点 1,329点 1,118点 978点
【注の追加】	（追加）	注２　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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20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。
【注の見直し】	注３　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と	注４　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したもので

	して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　当該病棟に入院している特定患者については、注１及び注２の規定にかかわらず、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注８に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注８中「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以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。	注５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。
【注の見直し】	注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ウ　（略）	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ウ　（略） キ　データ提出加算
Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）		
【項目の見直し】		１　有床診療所入院基本料１ イ　14日以内の期間　861点

		ロ　15日以上30日以内の期間　669点
		ハ　31日以上の期間　567点
		２　有床診療所入院基本料２
		イ　14日以内の期間　770点
		ロ　15日以上30日以内の期間　578点
		ハ　31日以上の期間　521点
		３　有床診療所入院基本料３
		イ　14日以内の期間　568点
		ロ　15日以上30日以内の期間　530点
		ハ　31日以上の期間　500点
	１　有床診療所入院基本料１	４　有床診療所入院基本料４
	イ　14日以内の期間　771点	イ　14日以内の期間　775点
	ロ　15日以上30日以内の期間　601点	ロ　15日以上30日以内の期間　602点
	ハ　31日以上の期間　511点	ハ　31日以上の期間　510点
	２　有床診療所入院基本料２	５　有床診療所入院基本料５
	イ　14日以内の期間　691点	イ　14日以内の期間　693点
	ロ　15日以上30日以内の期間　521点	ロ　15日以上30日以内の期間　520点
	ハ　31日以上の期間　471点	ハ　31日以上の期間　469点
	３　有床診療所入院基本料３	６　有床診療所入院基本料６
	イ　14日以内の期間　511点	イ　14日以内の期間　511点
	ロ　15日以上30日以内の期間　381点	ロ　15日以上30日以内の期間　477点
	ハ　31日以上の期間　351点	ハ　31日以上の期間　450点
【注の見直し】	注２　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に →	注２　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と

	加算する。	して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注５　医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　88点 ロ　医師配置加算２　60点	注５　医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　88点 ロ　医師配置加算２　60点
【注の見直し】	注６　看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護配置加算１　25点 ロ　看護配置加算２　10点 ハ　夜間看護配置加算１　80点 ニ　夜間看護配置加算２　30点	注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護配置加算１　40点 ロ　看護配置加算２　20点 ハ　夜間看護配置加算１　80点 ニ　夜間看護配置加算２　30点 ホ　看護補助配置加算１　10点 ヘ　看護補助配置加算２　5点

【注の追加】	（追加）	注10　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、１日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　入院基本料Ａ　986点 （生活療養を受ける場合にあっては、972点） ２　入院基本料Ｂ　882点 （生活療養を受ける場合にあっては、868点） ３　入院基本料Ｃ　775点 （生活療養を受ける場合にあっては、761点） ４　入院基本料Ｄ　613点 （生活療養を受ける場合にあっては、599点） ５　入院基本料Ｅ　531点 （生活療養を受ける場合にあっては、517点）	994点 980点 888点 874点 779点 765点 614点 599点 530点 516点
【注の見直し】	注２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、	注２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、

	地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、450点（生活療養を受ける場合にあっては、436点）を算定できる。	地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあっては、444点）を算定できる。
【注の見直し】	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	注５　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注10　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、１日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

第２節　入院基本料等加算		
Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき）		
【項目の見直し】	120点	１　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　120点
【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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。	注　急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）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。
Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）		
【項目の見直し】	800点	１　救急医療管理加算１　800点 ２　救急医療管理加算２　400点

【注の見直し】	注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。	注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。
Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）		
【項目の見直し】	１　別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）又は在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点	１　他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号Ｃ０１２に掲げる在宅患者共同診療

		料の注１に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合　2,500点
【注の追加】	（追加）	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。
Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日）		
【項目の見直し】	30点	１　診療録管理体制加算１　100点 ２　診療録管理体制加算２　30点
【注の見直し】	注　診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい	注　診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい

	て、入院初日に限り所定点数に加算する。	て、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。
Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）		
【項目の見直し】		１　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　860点 ロ　20対１補助体制加算　648点 ハ　25対１補助体制加算　520点 ニ　30対１補助体制加算　435点 ホ　40対１補助体制加算　350点 ヘ　50対１補助体制加算　270点 ト　75対１補助体制加算　190点 チ　100対１補助体制加算　143点
		２　医師事務作業補助体制加算２
	１　15対１補助体制加算　810点 ２　20対１補助体制加算　610点 ３　25対１補助体制加算　490点 ４　30対１補助体制加算　410点 ５　40対１補助体制加算　330点 ６　50対１補助体制加算　255点 ７　75対１補助体制加算　180点 ８　100対１補助体制加算　138点	イ　15対１補助体制加算　810点 ロ　20対１補助体制加算　610点 ハ　25対１補助体制加算　490点 ニ　30対１補助体制加算　410点 ホ　40対１補助体制加算　330点 ヘ　50対１補助体制加算　255点 ト　75対１補助体制加算　180点 チ　100対１補助体制加算　138点
【注の見直し】	注　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に	注　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

	適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。
Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）		
【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50対１急性期看護補助体制加算　10点 ロ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　５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25対１急性期看護補助体制加算　35点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　25点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　15点
【注の見直し】	注３　１及び２については、夜間における看護職員の配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局	Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算（１日につき）　50点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

	長等に届け出た病棟に入院している患者について、看護職員夜間配置加算として、１日につき50点を更に所定点数に加算する。	ているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。
Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）		
【注の追加】	（追加）	注４　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟に入院している患者（区分番号Ａ１０６に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号Ａ３０６に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号Ａ３０９に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算（１日につき）		
【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ものにおいては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。	関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。
Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算（１日につき）		
【項目の見直し】	450点 →	１　７日以内　450点 ２　８日以上10日以内　225点
【注の見直し】	注　精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。 →	注　精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回） 【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関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100点を所定点数に加算することができる。	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回） 【注の追加】	（追加）	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

Ａ２３８　退院調整加算（退院時１回）		
【注の追加】	（追加）	注３　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、１については、それぞれ170点、75点又は25点、２については、それぞれ400点、300点、200点又は100点を所定点数に加算することができる。
Ａ２３８－３　新生児特定集中治療室退院調整加算		
【項目の追加】	（追加）	３　新生児特定集中治療室退院調整加算３ イ　退院支援計画作成加算（入院中１回）　600点 ロ　退院加算（退院時１回）　600点
【注の見直し】	注１　新生児特定集中治療室退院調整加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整	注１　新生児特定集中治療室退院調整加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整

	加算２を算定するものを除く。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。	加算２を算定するものを除く。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。
【注の見直し】	注２　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中に１回に限り、所定点数に加算する。	注２　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に１回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】	注３　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院加算は、退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に１回に限り、更に所定点数に加算する。	注３　新生児特定集中治療室退院調整加算２の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により退院した場合に、退院時に１回に限り、更に所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注４　新生児特定集中治療室退院調整加算３の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定した患者に対して、当該保険医療機関に入院した日から起算して７日以内に退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に１回に限り、所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注５　新生児特定集中治療室退院調整加算３の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により自宅へ退院した場合に退院時に１回に限り、更に所定点数に加算する。

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算（週１回）		
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して４週間を限度とする。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。
Ａ２４５　データ提出加算（入院中１回）		
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料

	のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。		のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、退院時に、所定点数に加算する。
第３節　特定入院料			
Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）			
【点数の見直し】	１　救命救急入院料１		
	イ　３日以内の期間	9,711点	9,869点
	ロ　４日以上７日以内の期間	8,786点	8,929点
	ハ　８日以上14日以内の期間	7,501点	7,623点
	２　救命救急入院料２		
	イ　３日以内の期間	11,211点	11,393点
	ロ　４日以上７日以内の期間	10,151点	10,316点
	ハ　８日以上14日以内の期間	8,901点	9,046点
	３　救命救急入院料３		
	イ　救命救急入院料		
	⑴　３日以内の期間	9,711点	9,869点
	⑵　４日以上７日以内の期間	8,786点	8,929点
	⑶　８日以上14日以内の期間	7,501点	7,623点
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
	⑴　３日以内の期間	9,711点	9,869点
	⑵　４日以上７日以内の期間	8,786点	8,929点
	⑶　８日以上60日以内の期間	7,901点	8,030点
	４　救命救急入院料４		
	イ　救命救急入院料		

	⑴　３日以内の期間　11,211点	11,393点
	⑵　４日以上７日以内の期間　10,151点	10,316点
	⑶　８日以上14日以内の期間　8,901点	9,046点
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	⑴　３日以内の期間　11,211点	11,393点
	⑵　４日以上７日以内の期間　10,151点	10,316点
	⑶　８日以上14日以内の期間　8,901点	9,046点
	⑷　15日以上60日以内の期間　7,901点	8,030点
【注の見直し】	注６　注５に規定する加算を算定する保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。	注６　当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　急性薬毒物中毒加算１（機器分析）　5,000点 ロ　急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）　350点
Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）		
【項目の見直し】		１　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　13,650点 ロ　８日以上14日以内の期間　12,126点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 ⑴　７日以内の期間　13,650点 ⑵　８日以上14日以内の期間　12,126点

	１　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　9,211点 ロ　８日以上14日以内の期間　7,711点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 ⑴　７日以内の期間　9,211点 ⑵　８日以上14日以内の期間　7,711点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 ⑴　７日以内の期間　9,211点 ⑵　８日以上60日以内の期間　7,901点	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 ⑴　７日以内の期間　13,650点 ⑵　８日以上60日以内の期間　12,319点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,361点 ロ　８日以上14日以内の期間　7,837点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 ⑴　７日以内の期間　9,361点 ⑵　８日以上14日以内の期間　7,837点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 ⑴　７日以内の期間　9,361点 ⑵　８日以上60日以内の期間　8,030点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）		
【項目の見直し】	4,511点	１　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,584点 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,084点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、21日を限度として算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。
Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	5,711点	5,804点
Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７日以内の期間　15,500点 ２　８日以上14日以内の期間　13,500点	15,752点 13,720点

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　新生児特定集中治療室管理料１　10,011点 ２　新生児特定集中治療室管理料２　6,011点	10,174点 8,109点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　母体・胎児集中治療室管理料　7,011点 ２　新生児集中治療室管理料　10,011点	7,125点 10,174点

【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	5,411点	5,499点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生

	児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。	児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。
Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　７日以内の期間　8,901点 ２　８日以上14日以内の期間　7,701点	9,046点 7,826点
Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	1,954点	2,009点
【注の見直し】	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したもの	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特

	である場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。
Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　小児入院医療管理料１　4,511点 ２　小児入院医療管理料２　4,011点 ３　小児入院医療管理料３　3,611点 ４　小児入院医療管理料４　3,011点 ５　小児入院医療管理料５　2,111点	4,584点 4,076点 3,670点 3,060点 2,145点

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１ 1,911点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,897点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 1,761点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,747点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３ 1,611点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,597点）	2,025点 2,011点 1,811点 1,796点 1,657点 1,642点
【注の見直し】	注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき所定点数に60点を加算する。	注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料２又は回復期リハビリテーション病棟入院料３を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。
【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、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、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加

	算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
【注の追加】	（追加）→	注５　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料１を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生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、体制強化加算として、患者１人につき１日につき200点を所定点数に加算する。
Ａ３０８－２　亜急性期入院医療管理料（１日につき）	１　亜急性期入院医療管理料１　2,061点 ２　亜急性期入院医療管理料２　1,911点	→（削除）
【削除】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料１については、当該届出に係る病室に入院している患者（亜急性期入	

院医療管理料２を算定する患者を除く。）に対して、亜急性期入院医療管理料２については、当該届出に係る病室に入院している患者であって、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注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室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、亜急性期入院医療管理料１又は亜急性期入院医療管理料２について、所定点数に代えて、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ1,761点又は1,661点を算定することができる。

注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（亜急性期入院医療管理料２を算定する患者に限る。）につい

ては、リハビリテーション提供体制加算として、１日につき所定点数に50点を加算する。

注４　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第２章第１部医学管理等、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置（所定点数（第１節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料１に含まれるものとする。

注５　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料２に含まれるものとする。

【新設】

（新設）

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき）

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　2,054点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,040点）

４　地域包括ケア入院医療管理料２　2,054点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,040点）

注１　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は

病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料１の入院基本料Ｉ又は療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｉの例により、それぞれ算定する。

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、1,760点又は1,760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、1,746点又は1,746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。

注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

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。

注６　診療に係る費用（注３から注５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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、第２章第２部在宅医療、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、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。
Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　特殊疾患病棟入院料１　1,954点 ２　特殊疾患病棟入院料２　1,581点	2,008点 1,625点
【注の見直し】	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。	注４　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　30日以内の期間　4,791点 ２　31日以上60日以内の期間　4,291点 ３　61日以上の期間　3,291点	4,926点 4,412点 3,384点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退	注２　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデ

	院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	ータ提出加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３１１　精神科救急入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　精神科救急入院料１	
	イ　30日以内の期間　3,462点	3,557点
	ロ　31日以上の期間　3,042点	3,125点
	２　精神科救急入院料２	
	イ　30日以内の期間　3,262点	3,351点
	ロ　31日以上の期間　2,842点	2,920点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第	注２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並び

	８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。	に第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　非定型抗精神病薬加算１（２種類以下の場合）　15点 ロ　非定型抗精神病薬加算２（イ以外の場合）　10点	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,931点 ロ　31日以上の期間　1,611点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,831点 ロ　31日以上の期間　1,511点	 1,984点 1,655点 1,881点 1,552点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３から注５に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者

	に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　非定型抗精神病薬加算１（２種類以下の場合）　15点 ロ　非定型抗精神病薬加算２（イ以外の場合）　10点	に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。
【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棟に入院している患者（精神科急性期治療病棟入院料１を算定する患者に限る。）については、精神科急性期医師配置加算として、１日につき500点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加） →	注５　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（注４に規定する加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として

		、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　30日以内の期間　3,462点 ２　31日以上の期間　3,042点	3,560点 3,128点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並びに第２章第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用

	した１日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　非定型抗精神病薬加算１（２種類以下の場合）　15点 ロ　非定型抗精神病薬加算２（イ以外の場合）　10点	した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	2,911点	2,957点
Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	1,061点	1,090点

【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３、注４及び注５に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３から注６に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　非定型抗精神病薬加算１（２種類以下の場合）　15点 ロ　非定型抗精神病薬加算２（イ以外の場合）　10点	注３　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。
【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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に

		ついて、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	注７　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注５に規定する加算、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。
Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　認知症治療病棟入院料１	
	イ　30日以内の期間　1,761点	1,809点
	ロ　31日以上60日以内の期間　1,461点	1,501点
	ハ　61日以上の期間　1,171点	1,203点
	２　認知症治療病棟入院料２	
	イ　30日以内の期間　1,281点	1,316点
	ロ　31日以上60日以内の期間　1,081点	1,111点
	ハ　61日以上の期間　961点	987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	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及び地域連携認知症集中治療加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	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、地域連携認知症集中治療加算並びにデータ提出加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　特定一般病棟入院料１　1,103点 ２　特定一般病棟入院料２　945点	1,121点 960点
【注の見直し】	注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【注の見直し】	注３　当該患者が他の保険医療機関から転院して	注３　当該患者が他の保険医療機関から転院して

	きた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	きた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算１又は新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加

	算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算及び後発医薬品使用体制加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算及びデータ提出加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
【注の見直し】	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（注９に規定する患者を除く。）に対し、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,761点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。	注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,191点又は1,760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。
【注の見直し】	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（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充	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

	実加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第２章第１部医学管理等、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置（所定点数（第１節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。	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、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、第２章第２部在宅医療、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。
【注の削除】	注９　当該病棟の病室のうち、注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する患者であって区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、亜急性期入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、1,661点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。 →	（削除）
【注の削除】	注10　注９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（注11に規 →	（削除）

	定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。	
【注の削除】	注11　注９本文の規定により所定点数を算定する場合においては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、１日につき所定点数に50点を加算する。	（削除）
第４節　短期滞在手術基本料		
Ａ４００　短期滞在手術基本料		
【名称の見直し】	短期滞在手術基本料	短期滞在手術等基本料
【項目の見直し】	１　短期滞在手術基本料１（日帰りの場合）	１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）

2,800点

２　短期滞在手術基本料２（１泊２日の場合）　4,822点

（生活療養を受ける場合にあっては、4,794点）

３　短期滞在手術基本料３（４泊５日までの場合）　5,703点

（生活療養を受ける場合にあっては、5,633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

（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）

イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　１　携帯用装置を使用した場合　16,773点

（生活療養を受ける場合にあっては、16,702点）

ロ　Ｄ２３７　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　9,383点

（生活療養を受ける場合にあっては、9,312点）

ハ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　9,638点

（生活療養を受ける場合にあっては、9,567点）

ニ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　6,130点

（生活療養を受ける場合にあっては、6,059点）

ホ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　11,737点

（生活療養を受ける場合にあっては、11,666点）

ヘ　Ｋ００８　腋臭症手術　２　皮膚有毛部切除術　17,485点

（生活療養を受ける場合にあっては、17,414点）

ト　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　20,326点

（生活療養を受ける場合にあっては、20,255点）

チ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　43,479点

（生活療養を受ける場合にあっては、43,408点）

リ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの　27,093点

（生活療養を受ける場合にあっては、27,022点）

ヌ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合　21,632点

（生活療養を受ける場合にあっては、21,561点）

ル　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　20,112点

（生活療養を受ける場合にあっては、20,041点）

ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　27,311点

（生活療養を受ける場合にあっては、27,240点）

ワ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　9,850点

（生活療養を受ける場合にあっては、9,779点）

カ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　12,371点

（生活療養を受ける場合にあっては、12,300点）

ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳未満に限る。）　29,093点

（生活療養を受ける場合にあっては、29,022点）

タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,805点

（生活療養を受ける場合にあっては、24,734点）

レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳未満に限る。）　56,183点

（生活療養を受ける場合にあっては、56,112点）

ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　51,480点

		（生活療養を受ける場合にあっては、51,409点） ツ　Ｋ７２１　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 14,661点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,590点） ネ　Ｋ７２１　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 18,932点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,861点） ナ　Ｋ７４３　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） 13,410点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,339点） ラ　Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術 18,400点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,329点） ム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,524点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,453点）
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料１を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料２	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料１を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本

	を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。	料２を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。
【注の見直し】	注２　保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（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。	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。
【注の見直し】	注３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料１に含まれるものとする。 イ～ヲ　（略）	注３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料１に含まれるものとする。 イ～ヲ　（略）
【注の見直し】	注４　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料２に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及びがん診療連携拠点病院加算を除く。）	注４　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料２に含まれるものとする。 イ　（略） ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）

	ハ　（略）	ハ　（略）
【注の見直し】	注５　第１章基本診療料、第２章第１部医学管理等、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料３に含まれるものとする。 イ　入院基本料（特別入院基本料等を除く。） ロ　入院基本料等加算（区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号Ａ２１８に掲げる地域加算、区分番号Ａ２１８－２に掲げる離島加算、区分番号Ａ２３４に掲げる医療安全対策加算、区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染防止対策加算、区分番号Ａ２３４－３に掲げる患者サポート体制充実加算及び区分番号Ａ２４５に掲げるデータ提出加算を除く。） ハ　医学管理等（区分番号Ｂ００１－４に掲げる手術前医学管理料及び区分番号Ｂ００１－５に掲げる手術後医学管理料に限る。） ニ　検査（区分番号Ｄ２０６、Ｄ２９５からＤ３２５まで及びＤ４０１からＤ４１９までに掲げる検査を除く。） ホ　画像診断（第２章第４部通則第４号及び第６号に規定する画像診断管理加算１並びに同部通則第５号及び第７号に規定する画	注５　第１章基本診療料及び第２章特掲診療料に掲げるものは、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとする。

	像診断管理加算２並びに区分番号Ｅ００３の３に掲げる動脈造影カテーテル法（イに限る。）を除く。） ヘ　投薬（除外薬剤・注射薬を除く。） ト　注射（除外薬剤・注射薬を除く。） チ　リハビリテーション（薬剤料に限る。） リ　精神科専門療法（薬剤料に限る。） ヌ　処置（1,000点未満のものに限る。） ル　病理診断（第２章第13部第１節の病理標本作製料に限る。）	

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料		
第１部　医学管理等		
Ｂ００１　特定疾患治療管理料		
10　入院栄養食事指導料		
【名称の見直し】	入院栄養食事指導料	入院栄養食事指導料（週１回）
【項目の見直し】	130点	イ　入院栄養食事指導料１　130点 ロ　入院栄養食事指導料２　125点
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。
【注の追加】	（追加）	注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚

		生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。
12　心臓ペースメーカー指導管理料		
【項目の見直し】	イ　遠隔モニタリングによる場合　550点 ロ　イ以外の場合　360点	イ　遠隔モニタリングによる場合　550点 ロ　着用型自動除細動器による場合　360点 ハ　イ又はロ以外の場合　360点
【注の見直し】	注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあっては４月に１回に限り、ロにあっては１月に１回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、１月に１回に限りロを算定する。	注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあっては４月に１回に限り、ロ及びハにあっては１月に１回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、１月に１回に限りハを算定する。
【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、当該患者（ロを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細

		動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り、植込型除細動器移行期加算として、23,830点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		
【点数の見直し】	2,305点	2,250点
【注の見直し】	注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ハ　（略） ニ　血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法） ホ　（略） ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ	注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ハ　（略） ニ　血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１c（HbＡ１ｃ） ホ　（略） ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ

	）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25－ジヒドロキシビタミンＤ３、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａl）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン	）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25－ジヒドロキシビタミンＤ３、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａl）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン
	ト　（略）	ト　（略）
	チ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）	チ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量
	リ～ワ　（略）	リ～ワ　（略）

23　がん患者カウンセリング料		
【名称の見直し】	がん患者カウンセリング料	がん患者指導管理料
【項目の見直し】	500点	１　医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合　500点 ２　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点 ３　医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合　200点
【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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関に	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医

	おいて、患者１人につき１回）に限り算定する。	療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注４　２について、区分番号Ａ２２６－２に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分

		番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。
【注の追加】	（追加） →	注５　３について、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算又は区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料の注６に規定する加算は、別に算定できない。
24　外来緩和ケア管理料		
【注の追加】	（追加） →	注４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。
27　糖尿病透析予防指導管理料		
【注の追加】	（追加） →	注４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設

		基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。
Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	
	イ　初診時　560点	572点
	ロ　再診時　380点	383点
	２　１以外の場合	
	イ　初診時　670点	682点
	ロ　再診時　490点	493点
【注の見直し】	注２　区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注８に規定する場合又は第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。	注２　区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注９に規定する場合、第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料		
【注の追加】	（追加）	注２　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。
Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料		
【点数の見直し】	１　外来リハビリテーション診療料１　69点 ２　外来リハビリテーション診療料２　104点	72点 109点
Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料		
【点数の見直し】	280点	292点
【新設】	（新設）	Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）　1,503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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２

以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者１人につき月１回に限り算定する。

注２　地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注８までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

【注の見直し】

注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番

→

注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区

	号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
【新設】	（新設）	Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料 100点 注　保険医療機関において、医師が１歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。
【新設】	（新設）	Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料　500点 注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ００１の注４又は注５並びに区分番号Ｈ００２の注４又は注５を算定する者に限る。）に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者１人につき１回を限度として算定する。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)		
【注の見直し】	注６　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	注６　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注13　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料		
第２部　在宅医療		
第１節　在宅患者診療・指導料		
Ｃ０００　往診料		
【注の追加】	（追加）	注６　注１のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　同一建物居住者以外の場合　830点	833点
	２　同一建物居住者の場合	
	イ　特定施設等に入居する者の場合　400点	203点
	ロ　イ以外の場合　200点	103点
【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	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。 イ～ハ（略）	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、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。 イ～ハ（略）
Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回）		
【項目の見直し】	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院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 ⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　5,000点 ⑵　処方せんを交付しない場合　5,300点 ロ　病床を有しない場合 ⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　4,600点 ⑵　処方せんを交付しない場合	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 ⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①　同一建物居住者以外の場合　5,000点 ②　同一建物居住者の場合　1,200点 ⑵　処方せんを交付しない場合 ①　同一建物居住者以外の場合　5,300点 ②　同一建物居住者の場合　1,500点 ロ　病床を有しない場合 ⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①　同一建物居住者以外の場合　4,600点 ②　同一建物居住者の場合　1,100点 ⑵　処方せんを交付しない場合

	4,900点	①　同一建物居住者以外の場合　4,900点 ②　同一建物居住者の場合　1,400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	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　4,200点	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　4,200点 ⑵　同一建物居住者の場合　1,000点
	ロ　処方せんを交付しない場合　4,500点	ロ　処方せんを交付しない場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　4,500点 ⑵　同一建物居住者の場合　1,300点
	３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　2,200点	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　3,150点 ⑵　同一建物居住者の場合　760点
	ロ　処方せんを交付しない場合　2,500点	ロ　処方せんを交付しない場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　3,450点 ⑵　同一建物居住者の場合　1,060点
【注の追加】	（追加） →	注６　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。

Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料（月１回）		
【項目の見直し】	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
	イ　病床を有する場合	イ　病床を有する場合
	⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,600点	⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
		①　同一建物居住者以外の場合　3,600点
		②　同一建物居住者の場合　870点
	⑵　処方せんを交付しない場合　3,900点	⑵　処方せんを交付しない場合
		①　同一建物居住者以外の場合　3,900点
		②　同一建物居住者の場合　1,170点
	ロ　病床を有しない場合	ロ　病床を有しない場合
	⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,300点	⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
		①　同一建物居住者以外の場合　3,300点
		②　同一建物居住者の場合　800点
	⑵　処方せんを交付しない場合　3,600点	⑵　処方せんを交付しない場合
		①　同一建物居住者以外の場合　3,600点
		②　同一建物居住者の場合　1,100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	2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　3,000点	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
		⑴　同一建物居住者以外の場合　3,000点
		⑵　同一建物居住者の場合　720点
	ロ　処方せんを交付しない場合　3,300点	ロ　処方せんを交付しない場合
		⑴　同一建物居住者以外の場合　3,300点

		⑵　同一建物居住者の場合　1,020点
	３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合　1,500点 ロ　処方せんを交付しない場合　1,800点	３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　2,250点 ⑵　同一建物居住者の場合　540点 ロ　処方せんを交付しない場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　2,550点 ⑵　同一建物居住者の場合　840点
【注の追加】	（追加） →	注６　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は225点、同一建物居住者の場合は56点をそれぞれ所定点数に加算する。
Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料 （１日につき）		
【注の追加】	（追加） →	注５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、110点を所定点数に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）		
【注の見直し】	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

【注の見直し】	注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。	注３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ所定点数に450点又は800点を加算する。
Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）		
【項目の見直し】	１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ　週３日目まで　430点 ロ　週４日目以降　530点 ２　准看護師による場合 イ　週３日目まで　380点 ロ　週４日目以降　480点	１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ　同一日に２人 ⑴　週３日目まで　555点 ⑵　週４日目以降　655点 ロ　同一日に３人以上 ⑴　週３日目まで　278点 ⑵　週４日目以降　328点 ２　准看護師による場合 イ　同一日に２人 ⑴　週３日目まで　505点 ⑵　週４日目以降　605点 ロ　同一日に３人以上 ⑴　週３日目まで　253点

	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	⑵　週４日目以降　303点 ３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点
【注の見直し】	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）		
【注の見直し】	注　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り算定する。	注　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第１項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法42条の２第１項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第１項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り算定する。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料		
【点数の見直し】	１　同一建物居住者以外の場合　550点 ２　同一建物居住者の場合　385点	650点 300点
【注の見直し】	注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、１と２を合わせて月２回に限り算定する。	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１日につき５回に限り算定できる。

【新設】

（新設）

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

１　往診の場合　1,500点

２　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点

３　訪問診療の場合（同一建物居住者）

　イ　特定施設等に入居する者の場合　240点

　ロ　イ以外の場合　120点

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。

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

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一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。

３　３のイについては、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、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている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、３のロについては、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（３のイを算定するものを除く。）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。 ４　注１から注３までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて12回に限り算定する。 ５　往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。
【新設】	（新設）→	Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料　　750点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき２回に限り所定点数を算定する。 ２　区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００９に掲げ

		る在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。
第２節　在宅療養指導管理料 第１款　在宅療養指導管理料 通則		
【通則の見直し】	３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理又はＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組	３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理又はＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０

	合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。	８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料		
【項目の見直し】	１　複雑な場合　1,230点 ２　１以外の場合　820点	１　複雑な場合　1,230点 ２　１以外の場合 イ　月３回以下の場合　100点 ロ　月４回以上の場合　190点 ハ　月８回以上の場合　290点 ニ　月28回以上の場合　810点
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第２章第６部の通則６に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

【注の追加】	（追加）→	注２　初回の指導を行った日の属する月から起算して３月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、３月を限度として、500点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）→	注３　処方の内容に変更があった場合には、注２の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して１月を限度として、１回に限り導入初期加算を算定できる。
【新設】	（新設）→	Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点 注　便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
第２款　在宅療養指導管理材料加算		
Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算		

【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジ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。
【新設】	（新設）	Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算 １　２個以下の場合　1,320点 ２　４個以下の場合　2,640点 ３　５個以上の場合　3,300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 ２　当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第１款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５２に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

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 通則		
【通則の見直し】	１　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第１款の各区分の所定点数に１日につき110点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第３号の加算は別に算定できない。	１　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第１款の各区分の所定点数に１日につき200点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第３号の加算は別に算定できない。
Ｄ００６　出血・凝固検査		
【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目又は４項目　530点	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31までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目又は４項目　530点

	ロ　５項目以上　744点	ロ　５項目以上　722点
Ｄ００８　内分泌学的検査		
【注の見直し】	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の11から29までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目以上５項目以下　410点 ロ　６項目又は７項目　630点 ハ　８項目以上　900点	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の12から41までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目以上５項目以下　410点 ロ　６項目又は７項目　623点 ハ　８項目以上　900点
Ｄ００９　腫瘍マーカー		
【注の見直し】	注２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から15までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　230点 ロ　３項目　290点 ハ　４項目以上　420点	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21までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　230点 ロ　３項目　290点 ハ　４項目以上　420点
Ｄ０１０　特殊分析		
【注の見直し】	注　当該保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者１人につき月１回に限り算定する。	注　保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｄ０１４　自己抗体検査		
【注の見直し】	注　本区分の９から11までに掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	注　本区分の９から12まで及び16（抗ＡＲＳ抗体に限る。）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。
Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査		
【注の見直し】	７ 注　ＨＰＶ核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。	７ 注　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。
Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき）		
【注の見直し】	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ヌ　（略） ル　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプ	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ヌ　（略） ル　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプ

	トリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びＨＩＶ－１抗体 ヲ～ヨ　（略）	トリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びＨＩＶ－１抗体 ヲ～ヨ　（略）
第２款　検体検査判断料		
第３節　生体検査料		
Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）		
【注の見直し】	注３　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。	注３　血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、400点を所定点数に加算する。 ４　冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、600点を所定点数に加算する。
Ｄ２０８　心電図検査		
【項目の削除】	４　バリストカルジオグラフ　90点 注　２方向以上の記録による場合は所定点数に90点を加算する。	（削除）

Ｄ２１１－３　時間内歩行試験		
【注の見直し】	注２　区分番号Ｄ００７の35に掲げる血液ガス分析、区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号Ｄ２２０からＤ２２３－２までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	注２　区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号Ｄ２２０からＤ２２３－２までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２３６－２　光トポグラフィー		
【注の追加】	（追加）	注１　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ２５６　眼底カメラ撮影		
【注の見直し】	注１　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。	注１　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。（１のロの場合を除く。）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験		
【注の見直し】	注２　負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。	注２　負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。

		ただし、区分番号Ｄ４１９の５に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。
Ｄ２９２　体外からの計測によらない諸検査		
【注の見直し】	注１　同一のラジオアイソトープを用いて区分番号Ｄ２９２若しくはＤ２９３に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－３までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。	注１　同一のラジオアイソトープを用いて区分番号Ｄ２９２若しくはＤ２９３に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。
通則		
【通則の追加】	（追加）	５　緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号Ｄ３２４及びＤ３２５に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　休日加算 所定点数の100分の80に相当する点数 ロ　時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）

		所定点数の100分の40に相当する点数 ハ　深夜加算 所定点数の100分の80に相当する点数 ニ　イからハまでにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
第４節　診断穿刺・検体採取料 Ｄ４１９　その他の検体採取 【注の新設】	（新設） →	５ 注１　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。 ２　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号Ｅ４００に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

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）	113	→	110	D001　8	
D001　9	トランスフェリン（尿）	115	→	112	D001　9	
D001　9	ウロポルフィリン（尿）	115	→	112	D001　9	
D001　9	δアミノレブリン酸（δ－ALA）（尿）	115	→	112	D001　9	
D001　9	ポリアミン（尿）	115	→	115	D001　10	
D001　10	ミオイノシトール（尿）	120	→	120	D001　11	
D001　11	コプロポルフィリン（尿）	149	→	145	D001　12	
D001　12	ポルフォビリノゲン（尿）	200	→	194	D001　13	
D001　12	総ヨウ素（尿）	200	→	194	D001　13	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D001　13	Ⅳ型コラーゲン（尿）	210	→	204	D001　14	
D001　13	L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿）	210	→	210	D001　15	
D002	尿沈渣（鏡検法）	27	→	27	D002	
D002　注	尿沈渣染色標本加算	9	→	9	D002　注	
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	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	→	80	D003　9	
D004	穿刺液・採取液検査				D004	
D004　1	酸度測定（胃液）	15	→	15	D004　1	
D004　2	ヒューナー検査	20	→	20	D004　2	
D004　3	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→	55	D004　3	
D004　4	髄液一般検査	62	→	62	D004　4	
D004　5	精液一般検査	70	→	70	D004　5	
D004　6	頸管粘液一般検査	75	→	75	D004　6	
D004　7	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）	100	→	100	D004　7	
D004　7	IgE定性（涙液）	100	→	100	D004　7	
D004　8	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	133	→	129	D004　8	
D004　9	乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）半定量（腟分泌液）	170	→	170	D004　9	
D004　10	マイクロバブルテスト	200	→	200	D004　10	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D004 11	Ⅱ型プロコラーゲン－C－プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）	300	→	300	D004 11	
D004 12	肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）（羊水）	380	→	380	D004 12	
D004 13	IgGインデックス	459	→	445	D004 13	
D004 14	オリゴクローナルバンド	560	→	543	D004 14	
D004 15	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）	620	→	601	D004 15	
D004 16	リン酸化タウ蛋白（髄液）	680	→	660	D004 16	
D004 16	タウ蛋白（髄液）	680	→	660	D004 16	
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	
－ －	イ EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）	－	→	2,500	D004-2 1	（新設）
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	（名称の変更）
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 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	
D005 1	赤血球沈降速度（ESR）	9	→	9	D005 1	
D005 2	網赤血球数	12	→	12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15	→	15	D005 3	
D005 3	好酸球（鼻汁・喀痰）	15	→	15	D005 3	
D005 3	末梢血液像（自動機械法）	15	→	15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17	→	17	D005 4	
D005 5	末梢血液一般検査	21	→	21	D005 5	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D005 6	末梢血液像（鏡検法）	25	→	25	D005 6	
D005 6	注 特殊染色を併せて行った場合の加算（特殊染色ごとに）	27	→	27	D005 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	240	→	233	D005 12	
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→	250	D005 13	
D005 14	骨髄像	880	→	854	D005 14	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算（特殊染色ごとに）	40	→	40	D005 14	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）	1,000	→	1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査				D006	
D006 1	出血時間	15	→	15	D006 1	
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	→	18	D006 2	
D006 2	トロンボテスト	18	→	18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	19	→	19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→	19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン半定量	23	→	23	D006 4	
D006 4	フィブリノゲン定量	23	→	23	D006 4	
D006 4	クリオフィブリノゲン	23	→	23	D006 4	
D006 5	トロンビン時間	25	→	25	D006 5	
D006 6	蛇毒試験	28	→	28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→	28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	28	→	28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）	29	→	29	D006 7	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D006　7	ヘパプラスチンテスト	29	→	29	D006　7	
D006　8	血小板凝集能	50	→	50	D006　8	
D006　9	血小板粘着能	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ーアンチトリプシン	80	→	80	D006　11	
D006　12	フィブリンモノマー複合体定性	93	→	93	D006　12	
D006　13	プラスミノゲン活性	100	→	100	D006　13	
D006　13	プラスミノゲン抗原	100	→	100	D006　13	
D006　13	凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）	100	→	100	D006　13	
D006　14	フィブリノゲン分解産物（FgDP）	120	→	116	D006　14	
D006　15	Dダイマー定性	137	→	133	D006　15	
D006　15	Dダイマー半定量	137	→	137	D006　17	
D006　16	α_2ーマクログロブリン	140	→	138	D006　18	
D006　16	プラスミンインヒビター（アンチプラスミン）	140	→	136	D006　16	
D006　16	von Willebrand因子（VWF）活性	140	→	136	D006　16	
D006　17	PIVKA－Ⅱ	147	→	143	D006　19	
D006　17	Dダイマー	147	→	143	D006　19	
D006　18	凝固因子インヒビター	160	→	155	D006　20	
D006　18	von Willebrand因子（VWF）抗原	160	→	155	D006　20	
D006　19	プロテインS活性	170	→	170	D006　22	
D006　19	プロテインS抗原	170	→	170	D006　22	
D006　19	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC）	170	→	165	D006　21	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D006　20	血小板第4因子(PF_4)	180	→	178	D006　24	
D006　20	β－トロンボグロブリン(β－TG)	180	→	177	D006　23	
D006　21	プロトロンビンフラグメントF1＋2	196	→	193	D006　25	
D006　22	トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)	200	→	194	D006　26	
D006　23	トロンボモジュリン	215	→	209	D006　27	
D006　24	フィブリンモノマー複合体	240	→	233	D006　28	
D006　24	凝固因子(第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子)	240	→	233	D006　28	
D006　25	プロテインC活性	260	→	260	D006　30	
D006　25	プロテインC抗原	260	→	252	D006　29	
D006　25	tPA・PAI－1複合体	260	→	252	D006　29	
D006　26	フィブリノペプチド	300	→	300	D006　31	
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	744	→	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 mRNA	1,200	→	1,200	D006-3	
D006-4	遺伝学的検査	4,000	→	3,880	D006-4	
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,730	→	2,730	D006-5	
D006-5　注	分染法加算	400	→	397	D006-5　注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520	→	2,520	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	
－　－	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	－	→	10,000	D006-10	(新設)
	(生化学的検査(Ⅰ))					
D007	血液化学検査				D007	
D007　1	総ビリルビン	11	→	11	D007　1	
D007　1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン	11	→	11	D007　1	
D007　1	総蛋白	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	アルブミン	11	→	11	D007　1	
D007　1	尿素窒素	11	→	11	D007　1	
D007　1	クレアチニン	11	→	11	D007　1	
D007　1	尿酸	11	→	11	D007　1	
D007　1	アルカリホスファターゼ（ALP）	11	→	11	D007　1	
D007　1	コリンエステラーゼ（ChE）	11	→	11	D007　1	
D007　1	γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－GT）	11	→	11	D007　1	
D007　1	中性脂肪	11	→	11	D007　1	
D007　1	ナトリウム及びクロール	11	→	11	D007　1	
D007　1	カリウム	11	→	11	D007　1	
D007　1	カルシウム	11	→	11	D007　1	
D007　1	マグネシウム	11	→	11	D007　1	
D007　1	膠質反応	11	→	11	D007　1	
D007　1	クレアチン	11	→	11	D007　1	
D007　1	グルコース	11	→	11	D007　1	
D007　1	乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）	11	→	11	D007　1	
D007　1	エステル型コレステロール	11	→	11	D007　1	
D007　1	アミラーゼ	11	→	11	D007　1	
D007　1	ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）	11	→	11	D007　1	
D007　1	クレアチンキナーゼ（CK）	11	→	11	D007　1	
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	
－　－	不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）	－	→	11	D007　1	（項目の分割）
－　－	総鉄結合能（TIBC）（比色法）	－	→	11	D007　1	（項目の分割）
D007　2	リン脂質	15	→	15	D007　2	
D007　3	遊離脂肪酸	16	→	16	D007　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		
D007　4	HDL－コレステロール	17	→	17	D007　4	
D007　4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→	17	D007　4	
D007　4	無機リン及びリン酸	17	→	17	D007　4	
D007　4	総コレステロール	17	→	17	D007　4	
D007　4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）	17	→	17	D007　4	
D007　4	アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）	17	→	17	D007　4	
D007　5	LDL－コレステロール	18	→	18	D007　5	
D007　5	蛋白分画	18	→	18	D007　5	
D007　6	銅（Cu）	23	→	23	D007　6	
D007　7	リパーゼ	24	→	24	D007　7	
D007　8	イオン化カルシウム	26	→	26	D007　8	
D007　9	マンガン（Mn）	27	→	27	D007　9	
D007　10	ムコ蛋白	29	→	29	D007　10	
D007　11	ケトン体	30	→	30	D007　11	
D007　12	不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）	31	→	31	D007　12	（項目の分割）
D007　12	総鉄結合能（TIBC）（RIA法）	31	→	31	D007　12	（項目の分割）
D007　13	アデノシンデアミナーゼ（ADA）	32	→	32	D007　13	
D007　14	グアナーゼ	35	→	35	D007　14	
D007　15	有機モノカルボン酸	47	→	47	D007　15	
D007　15	胆汁酸	47	→	47	D007　15	
D007　16	ALPアイソザイム	48	→	48	D007　16	
D007　16	アミラーゼアイソザイム	48	→	48	D007　16	
D007　16	γ－GTアイソザイム	48	→	48	D007　16	
D007　16	LDアイソザイム	48	→	48	D007　16	
D007　16	重炭酸塩	48	→	48	D007　16	
D007　17	ASTアイソザイム	49	→	49	D007　17	
D007　17	リポ蛋白分画	49	→	49	D007　17	
D007　18	アンモニア	50	→	50	D007　18	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D007　19	CKアイソザイム	55	→	55	D007　19	
D007　19	グリコアルブミン	55	→	55	D007　19	
D007　20	コレステロール分画	57	→	57	D007　20	
D007　21	ケトン体分画	59	→	59	D007　21	
D007　22	カタラーゼ	60	→	60	D007　22	
D007　23	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L－CAT）	70	→	70	D007　23	
D007　24	グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）	80	→	80	D007　24	
D007　24	リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）	80	→	80	D007　24	
D007　24	1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）	80	→	80	D007　24	
D007　24	グリココール酸	80	→	80	D007　24	
D007　25	CK－MB	90	→	90	D007　25	
D007　26	アポリポ蛋白	94	→	94	D007　26	
D007　27	膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）	95	→	95	D007　27	
D007　27	LDアイソザイム1型	95	→	95	D007　27	
D007　28	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　28	
D007　29	シスチンアミノペプチダーゼ（CAP）	100	→	100	D007　29	
D007　30	ヘパリン	110	→	108	D007　31	
D007　30	リポ蛋白（a）	110	→	107	D007　30	
D007　31	心筋トロポニンI	120	→	120	D007　33	
D007　31	KL－6	120	→	120	D007　33	
D007　31	フェリチン半定量	120	→	116	D007　32	
D007　31	フェリチン定量	120	→	116	D007　32	
D007　31	エタノール	120	→	116	D007　32	
D007　31	ペントシジン	120	→	120	D007　33	
D007　31	イヌリン	120	→	120	D007　33	
D007　32	アルミニウム（Al）	127	→	123	D007　34	
D007　33	肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）	130	→	130	D007　36	
D007　33	心筋トロポニンT（TnT）定性・定量	130	→	126	D007　35	

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　33	ガラクトース	130	→	130	D007　36	
D007　33	シスタチンC	130	→	126	D007　35	
－　－	リポ蛋白分画（HPLC法）	－	→	130	D007　36	（新設）
D007　34	肺サーファクタント蛋白－D（SP－D）	140	→	140	D007　37	
D007　35	血液ガス分析	150	→	146	D007　38	
D007　35	亜鉛（Zn）	150	→	146	D007　38	
D007　35	ミオグロビン定性	150	→	150	D007　39	
D007　35	ミオグロビン定量	150	→	150	D007　39	
D007　35	心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定性	150	→	150	D007　39	
D007　35	心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定量	150	→	150	D007　39	
D007　35	プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）	150	→	146	D007　38	
D007　35	Ⅳ型コラーゲン	150	→	146	D007　38	
D007　35	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→	150	D007　39	
D007　35	ピルビン酸キナーゼ（PK）	150	→	150	D007　39	
D007　36	アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE）	160	→	155	D007　40	
D007　36	Ⅳ型コラーゲン・7S	160	→	155	D007　40	
D007　36	ビタミンB_{12}	160	→	155	D007　40	
D007　37	葉酸	170	→	165	D007　41	
D007　38	ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）	180	→	180	D007　42	
D007　39	アセトアミノフェン	190	→	190	D007　44	
D007　39	腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）定性	190	→	190	D007　44	
D007　39	ヒアルロン酸	190	→	184	D007　43	
D007　39	心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ	190	→	184	D007　43	
D007　40	レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP－C）	200	→	194	D007　45	
D007　40	トリプシン	200	→	194	D007　45	
D007　40	マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA－LDL）	200	→	200	D007　46	
D007　41	赤血球コプロポルフィリン	210	→	210	D007　48	
D007　41	ホスフォリパーゼA_2（PLA$_2$）	210	→	204	D007　47	

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　42	リポ蛋白リパーゼ（LPL）	230	→	223	D007　49	
D007　42	肝細胞増殖因子（HGF）	230	→	227	D007　50	
D007　42	CKアイソフォーム	230	→	230	D007　51	
D007　42	プロリルヒドロキシラーゼ（PH）	230	→	230	D007　51	
D007　43	2，5－オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→	250	D007　52	
D007　43	α－フェトプロテイン（AFP）定性（腟分泌液）	250	→	250	D007　52	
D007　44	ビタミンB_1	270	→	262	D007　53	
D007　45	ビタミンB_2	276	→	268	D007　54	
D007　46	赤血球プロトポルフィリン	280	→	280	D007　55	
D007　47	プロカルシトニン（PCT）半定量	320	→	320	D007　57	
D007　47	プロカルシトニン（PCT）定量	320	→	310	D007　56	
－　－	プレセプシン定量	－	→	320	D007　57	（新設）
D007　48	ビタミンC	330	→	320	D007　57	
D007　49	1，25－ジヒドロキシビタミンD_3	400	→	400	D007　58	
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	102	→	99	D007　注	
D007　注	包括項目：10項目以上	121	→	117	D007　注	
	（生化学的検査（Ⅱ））					
D008	内分泌学的検査				D008	
D008　1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性	55	→	55	D008　1	
D008　2	11－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	108	→	105	D008　7	
D008　8	トリヨードサイロニン（T_3）	113	→	110	D008　8	
D008　8	レニン定量	113	→	113	D008　10	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D008 9	甲状腺刺激ホルモン（TSH）	115	→	112	D008 9	
D008 9	ガストリン	115	→	112	D008 9	
D008 10	サイロキシン（T_4）	118	→	114	D008 11	
D008 10	インスリン（IRI）	118	→	114	D008 11	
D008 11	成長ホルモン（GH）	123	→	119	D008 12	
D008 11	卵胞刺激ホルモン（FSH）	123	→	119	D008 12	
D008 11	C－ペプチド（CPR）	123	→	119	D008 12	
D008 11	黄体形成ホルモン（LH）	123	→	119	D008 12	
D008 12	アルドステロン	137	→	133	D008 13	
D008 12	テストステロン	137	→	133	D008 13	
D008 13	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	140	→	140	D008 16	
D008 13	サイロキシン結合能（TBC）	140	→	140	D008 16	
D008 13	遊離サイロキシン（FT_4）	140	→	136	D008 14	
D008 13	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）	140	→	136	D008 14	
D008 13	遊離トリヨードサイロニン（FT_3）	140	→	136	D008 14	
D008 13	コルチゾール	140	→	136	D008 14	
D008 13	サイロキシン結合グロブリン（TBG）	140	→	136	D008 14	
D008 13	サイログロブリン	140	→	137	D008 15	
D008 13	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 16	
D008 14	カルシトニン	147	→	143	D008 17	
D008 15	ヒト胎盤性ラクトーゲン（HPL）	150	→	146	D008 18	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	150	→	150	D008 19	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量	150	→	146	D008 18	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（HCG－β）	150	→	146	D008 18	
D008 15	グルカゴン	150	→	150	D008 19	
D008 16	Ⅰ型コラーゲン架橋N－テロペプチド（NTX）	160	→	160	D008 20	
D008 16	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	160	→	160	D008 20	
D008 17	プロゲステロン	167	→	162	D008 21	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D008 18	オステオカルシン（OC）	170	→	170	D008 26	
D008 18	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	170	→	165	D008 22	
D008 18	インタクトⅠ型プロコラーゲン－N－プロペプチド（Intact PⅠNP）	170	→	168	D008 25	
－ －	Ⅰ型プロコラーゲン－N－プロペプチド（PⅠNP）	－	→	170	D008 26	（新設）
D008 18	Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体（β－CTX）（尿）	170	→	170	D008 26	
D008 18	セクレチン	170	→	170	D008 26	
D008 18	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	170	→	170	D008 26	
D008 18	遊離テストステロン	170	→	166	D008 23	
D008 18	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 26	
D008 18	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	170	→	167	D008 24	
D008 19	サイクリックAMP（cAMP）	180	→	175	D008 27	
D008 19	エストリオール（E_3）	180	→	180	D008 28	
D008 19	エストロゲン半定量	180	→	180	D008 28	
D008 19	エストロゲン定量	180	→	180	D008 28	
D008 19	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 28	
D008 20	副甲状腺ホルモン（PTH）	186	→	180	D008 28	
D008 20	カテコールアミン分画	186	→	180	D008 28	
D008 21	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA－S）	190	→	184	D008 29	
D008 22	エストラジオール（E_2）	196	→	190	D008 30	
D008 23	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）	200	→	200	D008 32	
D008 23	副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）	200	→	194	D008 31	
D008 23	17－ケトジェニックステロイド（17－KGS）	200	→	200	D008 32	
D008 24	副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）	216	→	210	D008 33	
D008 24	カテコールアミン	216	→	210	D008 33	
D008 25	17－ケトジェニックステロイド分画（17－KGS分画）	220	→	220	D008 35	
D008 25	17－ケトステロイド分画（17－KS分画）	220	→	213	D008 34	
D008 25	エリスロポエチン	220	→	213	D008 34	
D008 25	17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－OHP）	220	→	213	D008 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		
D008　25	抗IA－2抗体	220	→	213	D008　34	
D008　25	プレグナンジオール	220	→	213	D008　34	
D008　26	ソマトメジンC	235	→	234	D008　37	
D008　26	抗利尿ホルモン（ADH）	235	→	235	D008　38	
D008　27	メタネフリン	240	→	233	D008　36	
D008　27	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	240	→	233	D008　36	
D008　27	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→	233	D008　36	
D008　28	プレグナントリオール	250	→	243	D008　39	
D008　28	ノルメタネフリン	250	→	250	D008　40	
D008　29	インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP－３）	280	→	280	D008　41	
D008　注	包括項目：3項目以上5項目以下	410	→	410	D008　注	
D008　注	包括項目：6項目又は7項目	630	→	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）	113	→	110	D009　2	
D009　3	α－フェトプロテイン（AFP）	115	→	112	D009　3	
D009　3	組織ポリペプタイド抗原（TPA）	115	→	112	D009　3	
D009　3	扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原）	115	→	112	D009　3	
D009　4	DUPAN－２	130	→	126	D009　4	
D009　4	NCC－ST－439	130	→	126	D009　4	
D009　4	CA15－３	130	→	126	D009　4	
D009　4	前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）	130	→	126	D009　4	
D009　5	エラスターゼ１	135	→	131	D009　5	
D009　6	前立腺特異抗原（PSA）	140	→	136	D009　6	
D009　6	CA19－９	140	→	136	D009　6	
D009　7	塩基性フェトプロテイン（BFP）	150	→	150	D009　8	
D009　7	CA72－４	150	→	146	D009　7	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D009 7	CA50	150	→	150	D009 8	
D009 7	SPan－1	150	→	146	D009 7	
D009 7	シアリルTn抗原（STN）	150	→	146	D009 7	
D009 7	神経特異エノラーゼ（NSE）	150	→	146	D009 7	
D009 7	PIVKA－Ⅱ半定量	150	→	150	D009 8	
D009 7	PIVKA－Ⅱ定量	150	→	150	D009 8	
D009 8	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿）	160	→	160	D009 10	
D009 8	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）	160	→	155	D009 9	
D009 8	シアリルLe^{x}－i抗原（SLX）	160	→	155	D009 9	
D009 8	CA125	160	→	155	D009 9	
D009 8	サイトケラチン8・18（尿）	160	→	160	D009 10	
D009 9	シアリルLe^{x}抗原（CSLEX）	170	→	170	D009 13	
D009 9	遊離型PSA比（PSA　F／T比）	170	→	165	D009 11	
D009 9	BCA225	170	→	165	D009 11	
D009 9	Ⅰ型プロコラーゲン－C－プロペプチド（PⅠCP）	170	→	170	D009 13	
D009 9	Ⅰ型コラーゲン－C－テロペプチド（ⅠCTP）	170	→	170	D009 13	
D009 9	SP1	170	→	170	D009 13	
D009 9	抗p53抗体	170	→	166	D009 12	
D009 10	サイトケラチン19フラグメント（シフラ）	180	→	175	D009 14	
D009 10	ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）	180	→	175	D009 14	
D009 11	遊離型フコース（尿）	190	→	190	D009 16	
D009 11	CA602	190	→	190	D009 16	
D009 11	α－フェトプロテインレクチン分画（AFP－L3％）	190	→	190	D009 16	
D009 11	CA54／61	190	→	184	D009 15	
D009 11	癌関連ガラクトース転移酵素（GAT）	190	→	184	D009 15	
D009 12	γ－セミノプロテイン（γ－Sm）	200	→	194	D009 17	
D009 12	CA130	200	→	200	D009 18	
D009 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（HCGβ－CF）（尿）	200	→	200	D009 18	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D009　13	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→	220	D009　19	
D009　14	癌胎児性抗原(CEA)定性(乳頭分泌液)	320	→	320	D009　20	
D009　14	癌胎児性抗原(CEA)半定量(乳頭分泌液)	320	→	320	D009　20	
D009　14	HER2蛋白(乳頭分泌液)	320	→	320	D009　20	
D009　14	HER2蛋白	320	→	320	D009　20	
D009　15	可溶性インターロイキン－2レセプター(sIL－2R)	460	→	460	D009　21	
D009　注	包括項目:2項目	230	→	230	D009　注	
D009　注	包括項目:3項目	290	→	290	D009　注	
D009　注	包括項目:4項目以上	420	→	420	D009　注	
D010	特殊分析				D010	
D010　1	糖分析(尿)	38	→	38	D010　1	
D010　2	結石分析	120	→	120	D010　2	
D010　3	チロシン	200	→	200	D010　3	
D010　4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比(BTR)	300	→	291	D010　4	
D010　5	アミノ酸				D010　5	
D010　5	イ　1種類につき	320	→	310	D010　5	
D010　5	ロ　5種類以上	1,274	→	1,236	D010　5	
D010　6	アミノ酸定性	350	→	350	D010　6	
D010　7	脂肪酸分画	450	→	437	D010　7	
D010　8	先天性代謝異常症検査	1,200	→	1,200	D010　8	
	(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査				D011	
D011　1	ABO血液型	21	→	21	D011　1	
D011　1	Rh(D)血液型	21	→	21	D011　1	
D011　2	Coombs試験				D011　2	
D011　2	イ　直接	30	→	30	D011　2	
D011　2	ロ　間接	34	→	34	D011　2	
D011　3	Rh(その他の因子)血液型	160	→	160	D011　3	

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	4	不規則抗体	167	→	162	D011	4	
D011	5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	→	200	D011	5	
D011	6	血小板関連IgG（PA－IgG）	210	→	204	D011	6	
D011	7	ABO血液型亜型	260	→	260	D011	7	
D011	8	抗血小板抗体	270	→	262	D011	8	
－	－	血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）	－	→	390	D011	9	（新設）
－	－	血小板第4因子－ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）	－	→	390	D011	9	（新設）
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	→	34	D012	5	（名称変更）
D012	5	梅毒血清反応（STS）半定量	34	→	34	D012	5	（項の分割）
－	－	梅毒血清反応（STS）定量	－	→	34	D012	5	（項の分割）
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	

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　9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量	70	→	70	D012　9	
D012　9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体	70	→	70	D012　9	
D012　10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体	75	→	75	D012　10	
D012　11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）	79	→	79	D012　11	
D012　12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性	80	→	80	D012　12	
D012　12	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→	80	D012　12	
D012　12	百日咳菌抗体定性	80	→	80	D012　12	
D012　12	百日咳菌抗体半定量	80	→	80	D012　12	
D012　13	HTLV－Ⅰ抗体定性	85	→	85	D012　13	
D012　13	HTLV－Ⅰ抗体半定量	85	→	85	D012　13	
D012　14	トキソプラズマ抗体	93	→	93	D012　14	
D012　15	トキソプラズマIgM抗体	95	→	95	D012　15	
D012　16	抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量	100	→	100	D012　16	（名称の変更）
D012　16	溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）	100	→	100	D012　16	
D012　17	抗酸菌抗体定性	120	→	120	D012　19	
D012　17	抗酸菌抗体定量	120	→	116	D012　17	
D012　17	HIV－1抗体	120	→	118	D012　18	
D012　18	HIV－1，2抗体定性	127	→	123	D012　20	
D012　18	HIV－1，2抗体半定量	127	→	123	D012　20	
D012　18	HIV－1，2抗体定量	127	→	127	D012　21	
D012　18	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性	127	→	123	D012　20	
D012　18	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量	127	→	123	D012　20	
D012　19	A群β溶連菌迅速試験定性	140	→	136	D012　22	
D012　19	ノイラミニダーゼ定性	140	→	140	D012　23	（名称の変更）
D012　20	カンジダ抗原定性	148	→	144	D012　24	
D012　20	カンジダ抗原半定量	148	→	144	D012　24	
D012　20	カンジダ抗原定量	148	→	144	D012　24	
D012　21	肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）	150	→	146	D012　25	

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 21	ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)	150	→	146	D012 25	
D012 21	インフルエンザウイルス抗原定性	150	→	149	D012 26	
D012 21	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	150	→	146	D012 25	
D012 21	RSウイルス抗原定性	150	→	146	D012 25	
D012 21	梅毒トレポネーマ抗体(FTA－ABS試験)定性	150	→	146	D012 25	(項目の分割)
－ －	梅毒トレポネーマ抗体(FTA－ABS試験)半定量	－	→	146	D012 25	(項目の分割)
D012 21	ノロウイルス抗原定性	150	→	150	D012 27	
－ －	インフルエンザ菌(無莢膜型)抗原定性	－	→	150	D012 27	(新設)
－ －	マイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)	－	→	150	D012 27	(新設)
－ －	ヒトメタニューモウイルス抗原定性	－	→	150	D012 27	(新設)
D012 22	D－アラビニトール	160	→	160	D012 28	
D012 22	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160	→	160	D012 28	
D012 23	大腸菌O157抗原定性	170	→	170	D012 30	
D012 23	クラミジア・トラコマチス抗原定性	170	→	165	D012 29	
D012 23	アスペルギルス抗原	170	→	165	D012 29	
D012 23	マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170	→	170	D012 30	(名称の変更)
D012 24	淋菌抗原定性	180	→	180	D012 32	
D012 24	大腸菌O157抗体定性	180	→	175	D012 31	
D012 24	単純ヘルペスウイルス抗原定性	180	→	180	D012 32	
D012 24	大腸菌血清型別	180	→	180	D012 32	
D012 25	HTLV－Ⅰ抗体	186	→	180	D012 32	
D012 26	クリプトコックス抗原定性	190	→	190	D012 34	
D012 26	クリプトコックス抗原半定量	190	→	184	D012 33	
D012 27	ブルセラ抗体定性	210	→	210	D012 36	(項目の分割)
－ －	ブルセラ抗体半定量	－	→	210	D012 36	(項目の分割)
D012 27	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)	210	→	204	D012 35	
D012 27	単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)	210	→	210	D012 36	
－ －	単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)	－	→	210	D012 36	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D012 27	肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）	210	→	210	D012 36	（新設）
D012 27	肺炎球菌細胞壁抗原定性	210	→	204	D012 35	
D012 27	アニサキスIgG・IgA抗体	210	→	210	D012 36	
D012 27	レプトスピラ抗体	210	→	210	D012 36	
D012 28	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	216	→	210	D012 36	
D012 29	ツツガムシ抗体定性	220	→	220	D012 38	
D012 29	ツツガムシ抗体半定量	220	→	213	D012 37	
D012 29	（1→3）－β－D－グルカン	220	→	213	D012 37	
D012 29	サイトメガロウイルス抗体	220	→	220	D012 38	
D012 30	赤痢アメーバ抗体半定量	230	→	223	D012 39	
D012 30	グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	230	→	223	D012 39	
D012 31	レジオネラ抗原定性（尿）	240	→	233	D012 40	
D012 31	水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）	240	→	240	D012 41	
D012 32	エンドトキシン	270	→	262	D012 42	
D012 32	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270	→	270	D012 43	
D012 33	HIV－1抗体（ウエスタンブロット法）	280	→	280	D012 44	
D012 34	百日咳菌抗体	294	→	285	D012 45	
D012 35	結核菌群抗原定性	300	→	291	D012 46	
D012 35	ダニ特異IgG抗体	300	→	300	D012 47	
D012 35	Weil－Felix反応	300	→	300	D012 47	
D012 36	HIV－2抗体（ウエスタンブロット法）	380	→	380	D012 48	
D012 37	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	410	→	398	D012 49	
D012 38	HTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法）	441	→	440	D012 50	
D012 39	HIV抗原	600	→	600	D012 51	
－ －	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	－	→	900	D012 52	（新設）
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D013　2	HBs抗体半定量	32	→	32	D013　2	
D013　3	HBs抗原	88	→	88	D013　3	
D013　3	HBs抗体	88	→	88	D013　3	
D013　4	HBe抗原	110	→	107	D013　4	
D013　4	HBe抗体	110	→	107	D013　4	
D013　5	HCV抗体定性・定量	120	→	116	D013　5	
D013　5	HCVコア蛋白	120	→	116	D013　5	
D013　6	HBc抗体半定量・定量	150	→	146	D013　6	
D013　6	HA－IgM抗体	150	→	146	D013　6	
D013　6	HA抗体	150	→	146	D013　6	
D013　6	HBc－IgM抗体	150	→	146	D013　6	
D013　6	HCVコア抗体	150	→	146	D013　6	
D013　7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	160	→	160	D013　7	
D013　7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	160	→	160	D013　7	
D013　8	HE－IgA抗体定性	210	→	210	D013　8	
D013　9	HCV血清群別判定	240	→	233	D013　9	
D013　10	HBVコア関連抗原（HBcrAg）	290	→	281	D013　10	
D013　11	デルタ肝炎ウイルス抗体	330	→	330	D013　11	
D013　12	HCV特異抗体価	340	→	340	D013　12	
D013　12	HBVジェノタイプ判定	340	→	340	D013　12	
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	484	→	469	D013　注	
D014	自己抗体検査				D014	
D014　1	寒冷凝集反応	11	→	11	D014　1	
D014　2	リウマトイド因子（RF）半定量	30	→	30	D014　2	
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	

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　3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37	→	37	D014　3	
D014　4	Donath－Landsteiner試験	55	→	55	D014　4	
D014　5	LEテスト定性	68	→	68	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	抗核抗体（蛍光抗体法）定性	113	→	110	D014　6	
D014　7	抗核抗体（蛍光抗体法）半定量	113	→	110	D014　6	
D014　7	抗核抗体（蛍光抗体法）定量	113	→	110	D014　6	
D014　8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性	120	→	120	D014　8	
D014　8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	120	→	120	D014　8	
D014　8	マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）	120	→	116	D014　7	
D014　9	抗Jo－1抗体定性	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗Jo－1抗体半定量	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗Jo－1抗体定量	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗サイログロブリン抗体	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗RNP抗体定性	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗RNP抗体半定量	150	→	146	D014　9	
D014　9	抗RNP抗体定量	150	→	146	D014　9	
D014　10	抗Sm抗体定性	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗Sm抗体半定量	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗Sm抗体定量	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗SS－B／La抗体定性	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗SS－B／La抗体半定量	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗SS－B／La抗体定量	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗Scl－70抗体定性	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗Scl－70抗体半定量	167	→	162	D014　10	
D014　10	抗Scl－70抗体定量	167	→	162	D014　10	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D014　11	抗SS－A／Ro抗体定性	170	→	165	D014　11	
D014　11	抗SS－A／Ro抗体半定量	170	→	165	D014　11	
D014　11	抗SS－A／Ro抗体定量	170	→	165	D014　11	
D014　11	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	170	→	170	D014　12	
D014　11	C_1q結合免疫複合体	170	→	165	D014　11	
D014　12	抗DNA抗体定性	178	→	178	D014　14	
D014　12	抗DNA抗体定量	178	→	173	D014　13	
D014　13	抗セントロメア抗体定性	190	→	190	D014　16	
D014　13	抗セントロメア抗体定量	190	→	184	D014　15	
－　－	抗ARS抗体	－	→	190	D014　16	（新設）
D014　14	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	→	194	D014　17	
D014　15	抗ミトコンドリア抗体定性	206	→	200	D014　18	（項目の分割）
－　－	抗ミトコンドリア抗体半定量	－	→	200	D014　18	（項目の分割）
D014　15	抗ミトコンドリア抗体定量	206	→	206	D014　20	
D014　16	C_3d結合免疫複合体	210	→	210	D014　21	
D014　16	IgG型リウマトイド因子	210	→	204	D014　19	
D014　16	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	210	→	210	D014　21	
D014　16	抗シトルリン化ペプチド抗体定量	210	→	210	D014　21	
D014　17	抗カルジオリピンβ_2グリコプロテインⅠ複合体抗体	230	→	223	D014　22	
D014　17	抗LKM－1抗体	230	→	223	D014　22	
D014　18	抗カルジオリピン抗体	250	→	243	D014　23	
D014　18	抗TSHレセプター抗体（TRAb）	250	→	243	D014　23	
D014　19	抗デスモグレイン3抗体	270	→	270	D014　24	
D014　19	抗BP180－NC16a抗体	270	→	270	D014　24	
D014　20	ループスアンチコアグラント定性	290	→	290	D014　26	
D014　20	ループスアンチコアグラント定量	290	→	281	D014　25	
D014　20	抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性	290	→	290	D014　26	
D014　20	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3－ANCA）	290	→	281	D014　25	

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 20	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO－ANCA）	290	→	281	D014 25	
D014 20	抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）	290	→	281	D014 25	
D014 21	抗デスモグレイン1抗体	300	→	300	D014 27	
D014 22	甲状腺刺激抗体（TSAb）	350	→	350	D014 28	
D014 23	IgG$_4$	400	→	388	D014 29	
D014 24	抗GM1IgG抗体	460	→	460	D014 30	
D014 24	抗GQ1bIgG抗体	460	→	460	D014 30	
D014 25	抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）	900	→	873	D014 31	
D014 26	抗グルタミン酸レセプター抗体	1,000	→	970	D014 32	
－ －	抗アクアポリン4抗体	－	→	1,000	D014 33	（新設）
－ －	抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	－	→	1,000	D014 33	（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	
D015 1	C反応性蛋白（CRP）定性	16	→	16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白（CRP）	16	→	16	D015 1	
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→	30	D015 2	
D015 2	グルコース－6－ホスファターゼ（G－6－Pase）	30	→	30	D015 2	
D015 3	グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）定性	34	→	34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→	34	D015 3	
D015 4	血清補体価（CH$_{50}$）	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	
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	

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 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 11	
D015 12	β_2ーマイクログロブリン	115	→	112	D015 12	
D015 12	トランスサイレチン（プレアルブミン）	115	→	112	D015 12	
D015 13	レチノール結合蛋白（RBP）	140	→	140	D015 13	
D015 14	α_1ーマイクログロブリン	150	→	146	D015 14	
D015 14	ハプトグロビン（型補正を含む。）	150	→	146	D015 14	
D015 15	C_3プロアクチベータ	160	→	160	D015 15	
D015 16	アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（HRT）	168	→	163	D015 16	
D015 17	ヘモペキシン	180	→	180	D015 17	
D015 18	APRスコア定性	200	→	194	D015 18	
D015 18	アトピー鑑別試験定性	200	→	194	D015 18	
D015 18	TARC	200	→	194	D015 18	
D015 19	癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）	210	→	204	D015 19	
D015 20	Bence Jones蛋白同定（尿）	220	→	213	D015 20	
D015 21	免疫電気泳動法（同一検体に対して一連につき）	240	→	240	D015 21	
D015 22	C_1インアクチベータ	290	→	281	D015 22	
D015 23	免疫グロブリンL鎖κ／λ比	340	→	330	D015 23	
D015 24	免疫グロブリン遊離L鎖κ／λ比	400	→	400	D015 24	
D015 25	結核菌特異的インターフェロンーγ産生能	630	→	630	D015 25	
D016	細胞機能検査				D016	
D016 1	B細胞表面免疫グロブリン	170	→	165	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	200	→	200	D016 2	
D016 3	T細胞・B細胞百分率	210	→	204	D016 3	
D016 3	T細胞サブセット検査（一連につき）	210	→	204	D016 3	
D016 4	顆粒球スクリーニング検査（種目数にかかわらず一連につき）	220	→	220	D016 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D016 5	赤血球表面抗原検査	270	→	270	D016 5	
D016 6	リンパ球刺激試験（LST）（一連につき）	350	→	350	D016 6	
	（微生物学的検査）					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査				D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	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	50	→	61	D017 3	
D018	細菌培養同定検査				D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→	160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	160	→	160	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	190	→	190	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	150	→	150	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	140	→	140	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→	60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	120	→	120	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査				D019	
D019 1	1菌種	170	→	170	D019 1	
D019 2	2菌種	220	→	220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	280	→	280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150	→	150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査				D020	
D020 1	抗酸菌分離培養（液体培地法）	230	→	260	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	210	→	210	D020 2	
D021	抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）	370	→	370	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	
D023 1	細菌核酸検出（白血球）（1菌種あたり）	130	→	130	D023 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		
D023　2	淋菌核酸検出	210	→	204	D023　2	
D023　2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	210	→	204	D023　2	
D023　3	HBV核酸定量	290	→	287	D023　3	
D023　4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	300	→	291	D023　4	
D023　4	レジオネラ核酸検出	300	→	292	D023　5	
D023　4	マイコプラズマ核酸検出	300	→	300	D023　6	
D023　5	HCV核酸検出	360	→	360	D023　7	
D023　5	HPV核酸検出	360	→	360	D023　7	
－　－	HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	－	→	360	D023　7	（新設）
D023　6	インフルエンザ核酸検出	410	→	410	D023　8	
D023　6	抗酸菌核酸同定	410	→	410	D023　8	
D023　6	結核菌群核酸検出	410	→	410	D023　8	
D023　7	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	421	→	421	D023　9	
D023　8	HCV核酸定量	450	→	450	D023　10	
D023　8	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→	450	D023　10	
D023　8	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→	450	D023　10	
D023　8	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→	450	D023　10	
D023　9	HIV－1核酸定量	520	→	520	D023　11	
D023　9	注　濃縮前処理加算	130	→	130	D023　11	
D023　10	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	850	→	850	D023　12	
－　－	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出	－	→	850	D023　12	（新設）
－　－	結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	－	→	850	D023　12	（新設）
D023　11	HPVジェノタイプ判定	2,000	→	2,000	D023　13	
D023　12	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→	6,000	D023　14	
D023-2	その他の微生物学的検査				D023-2	
D023-2　1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2’（PBP2’）定性	55	→	55	D023-2　1	
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	→	150	D023-2　3	（名称の変更）

旧区分番号	新検査項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
D023-2　4	大腸菌ベロトキシン定性	200	→	194	D023-2　4	
D024	動物使用検査	170	→	170	D024	
	（基本的検体検査実施料）					
D025	基本的検体検査実施料（1日につき）				D025	
D025　1	基本的検体検査実施料（4週間以内）	140	→	140	D025　1	
D025　2	基本的検体検査実施料（4週間超え）	110	→	110	D025　2	
	第2款　検体検査判断料					
D026	検体検査判断料				D026	
D026　1	尿・糞便等検査判断料	34	→	34	D026　1	
D026　2	血液学的検査判断料	125	→	125	D026　2	
D026　3	生化学的検査（Ⅰ）判断料	144	→	144	D026　3	
D026　4	生化学的検査（Ⅱ）判断料	144	→	144	D026　4	
D026　5	免疫学的検査判断料	144	→	144	D026　5	
D026　6	微生物学的検査判断料	150	→	150	D026　6	
D026　注	検体検査管理加算（Ⅰ）	40	→	40	D026　注	
D026　注	検体検査管理加算（Ⅱ）	100	→	100	D026　注	
D026　注	検体検査管理加算（Ⅲ）	300	→	300	D026　注	
D026　注	検体検査管理加算（Ⅳ）	500	→	500	D026　注	
D027	基本的検体検査判断料	604	→	604	D027	
	第3節　生体検査料					
	（呼吸循環機能検査等）					
D200	スパイログラフィー等検査				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	

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		
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	
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	→	150	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	
D207	体液量等測定				D207	
D207　1	体液量測定	60	→	60	D207　1	
D207　1	細胞外液量測定	60	→	60	D207　1	
D207　2	血流量測定	100	→	100	D207　2	
D207　2	皮弁血流検査	100	→	100	D207　2	
D207　2	循環血流量測定（色素希釈法によるもの）	100	→	100	D207　2	
D207　2	電子授受式発消色性インジケータ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　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	

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		
D208	心電図検査				D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→	130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→	150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→	150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→	150	D208 3	
D208 4	バリストカルジオグラフ	90	→	－	－ －	（削除）
D208 5	加算平均心電図による心室遅延電位測定	200	→	200	D208 4	
D208 6	その他（6誘導以上）	90	→	90	D208 5	
D209	負荷心電図検査				D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→	320	D209 1	
D209 2	その他（6誘導以上）	190	→	190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査				D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→	90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→	1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→	1,500	D210-2	
D210-3	植込型心電図検査	90	→	90	D210-3	
D210-4	T波オルタナンス検査	1,100	→	1,100	D210-4	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	→	800	D211	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→	800	D211-2	
D211-3	時間内歩行試験	560	→	200	D211-3	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→	500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→	500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→	150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査				D214	
D214 1	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	

<table>
<tr><th rowspan="2">旧区分番号</th><th rowspan="2">新検査項目名</th><th colspan="3">点数</th><th rowspan="2">新区分番号</th><th rowspan="2">備考</th></tr>
<tr><th>改正前</th><th></th><th>改正後</th></tr>
<tr><td>D214　5</td><td>7検査以上</td><td>220</td><td>→</td><td>220</td><td>D214　5</td><td></td></tr>
<tr><td>D214　6</td><td>血管伸展性検査</td><td>100</td><td>→</td><td>100</td><td>D214　6</td><td></td></tr>
<tr><td>D214-2</td><td>エレクトロキモグラフ</td><td>260</td><td>→</td><td>260</td><td>D214-2</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（超音波検査等）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>D215</td><td>超音波検査（記録に要する費用を含む。）</td><td></td><td></td><td></td><td>D215</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　1</td><td>Aモード法</td><td>150</td><td>→</td><td>150</td><td>D215　1</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　2</td><td>断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</td><td></td><td></td><td></td><td>D215　2</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　2</td><td>イ 胸腹部</td><td>530</td><td>→</td><td>530</td><td>D215　2</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　2</td><td>ロ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）</td><td>350</td><td>→</td><td>350</td><td>D215　2</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>心臓超音波検査</td><td></td><td></td><td></td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>イ 経胸壁心エコー法</td><td>880</td><td>→</td><td>880</td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>ロ Mモード法</td><td>500</td><td>→</td><td>500</td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>ハ 経食道心エコー法</td><td>1,500</td><td>→</td><td>1,500</td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>ニ 胎児心エコー法</td><td>1,000</td><td>→</td><td>1,000</td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　3</td><td>ホ 負荷心エコー法</td><td>1,680</td><td>→</td><td>1,680</td><td>D215　3</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　4</td><td>ドプラ法（1日につき）</td><td></td><td></td><td></td><td>D215　4</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　4</td><td>イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査</td><td>20</td><td>→</td><td>20</td><td>D215　4</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　4</td><td>ロ 脳動脈血流速度連続測定</td><td>150</td><td>→</td><td>150</td><td>D215　4</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　4</td><td>ハ 脳動脈血流速度マッピング法</td><td>400</td><td>→</td><td>400</td><td>D215　4</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　5</td><td>血管内超音波法</td><td>3,600</td><td>→</td><td>3,600</td><td>D215　5</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　注</td><td>造影剤使用加算</td><td>150</td><td>→</td><td>150</td><td>D215　注</td><td></td></tr>
<tr><td>D215　注</td><td>パルスドプラ法加算</td><td>200</td><td>→</td><td>200</td><td>D215　注</td><td></td></tr>
<tr><td>D215-2</td><td>肝硬度測定</td><td>200</td><td>→</td><td>200</td><td>D215-2</td><td></td></tr>
<tr><td>D216</td><td>サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）</td><td>200</td><td>→</td><td>200</td><td>D216</td><td></td></tr>
<tr><td>D216　注</td><td>負荷検査加算</td><td>100</td><td>→</td><td>100</td><td>D216　注</td><td></td></tr>
<tr><td>D216-2</td><td>残尿測定検査</td><td></td><td></td><td></td><td>D216-2</td><td></td></tr>
<tr><td>D216-2　1</td><td>超音波検査によるもの</td><td>55</td><td>→</td><td>55</td><td>D216-2　1</td><td></td></tr>
<tr><td>D216-2　2</td><td>導尿によるもの</td><td>45</td><td>→</td><td>45</td><td>D216-2　2</td><td></td></tr>
</table>

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D217	骨塩定量検査				D217	
D217　1	DEXA法による腰椎撮影	360	→	360	D217　1	
D217　注	大腿骨同時撮影加算	90	→	90	D217　注	
D217　2	MD法	140	→	140	D217　2	
D217　2	SEXA法等	140	→	140	D217　2	
D217　3	超音波法	80	→	80	D217　3	
	（監視装置による諸検査）					
D218	分娩監視装置による諸検査				D218	
D218　1	1時間以内の場合	400	→	400	D218　1	
D218　2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→	550	D218　2	
D218　3	1時間30分を超えた場合	700	→	700	D218　3	
D219	ノンストレステスト（一連につき）	200	→	200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ				D220	
D220　1	1時間以内又は1時間につき	50	→	50	D220　1	
D220　2	3時間を超えた場合（1日につき）				D220　2	
D220　2	イ　7日以内の場合	150	→	150	D220　2	
D220　2	ロ　7日を超え14日以内の場合	130	→	130	D220　2	
D220　2	ハ　14日を超えた場合	50	→	50	D220　2	
D221	削除				D221	
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	
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	

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		
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	→	100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	→	200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定				D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	125	→	125	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合（1日につき）	500	→	500	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定（1日につき）	100	→	100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（1日につき）	100	→	100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定				D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→	150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合（1日につき）	450	→	450	D230 2	
D231	人工膵臓（一連につき）	5,000	→	5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700	→	700	D231-2	
D232	食道内圧測定検査	650	→	650	D232	
D233	直腸肛門機能検査				D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→	800	D233 1	
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→	1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	→	1,300	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	→	600	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250	→	250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	500	→	500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	900	→	900	D235-3	
D236	脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）				D236	

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　1	体性感覚誘発電位	670	→	670	D236　1	
D236　2	視覚誘発電位	670	→	670	D236　2	
D236　3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→	670	D236　3	
D236　4	聴性定常反応	800	→	800	D236　4	
D236-2	光トポグラフィー	670	→	-	D236-2	
－　－	脳外科手術の術前検査に使用するもの	－	→	670	D236-2　1	
－　－	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの				D236-2　2	（新設）
－　－	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	D236-2　2	（新設）
－　－	ロ　イ以外の場合	－	→	200	D236-2　2	（新設）
D236-3	脳磁図	5,100	→	5,100	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー				D237	
D237　1	携帯用装置を使用した場合	720	→	720	D237　1	
D237　2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250		250	D237　2	
D237　3	1及び2以外の場合	3,300	→	3,300	D237　3	
D237-2	反復睡眠潜時試験（MSLT）	5,000	→	5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	180	→	180	D238	
	（神経・筋検査）					
D239	筋電図検査				D239	
D239　1	筋電図（1肢につき（針電極にあっては1筋につき））	200	→	200	D239　1	
D239　2	誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき）	150	→	150	D239　2	
D239　3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）	400	→	400	D239　3	
D239-2	電流知覚閾値測定（一連につき）	200	→	200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	400	→	400	D239-3	
-	全身温熱発汗試験	－	→	600	D239-4	（新設）
D240	神経・筋負荷テスト				D240	
D240　1	テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）	130	→	130	D240　1	
D240　2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→	130	D240　2	
D240　3	乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）	200	→	200	D240　3	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D247　3	耳小骨筋反射検査	450	→	450	D247　3	
D247　4	遊戯聴力検査	450	→	450	D247　4	
D247　5	耳音響放射（OAE）検査				D247　5	
D247　5	イ　自発耳音響放射（SOAE）	100	→	100	D247　5	
D247　5	ロ　その他の場合	300	→	300	D247　5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→	450	D248	
D249	蝸電図	750	→	750	D249	
D250	平衡機能検査				D250	
D250　1	標準検査（一連につき）	20	→	20	D250　1	
D250　2	刺激又は負荷を加える特殊検査（1種目につき）	120	→	120	D250　2	
D250　3	頭位及び頭位変換眼振検査	－	→	－	D250　3	
D250　3	イ　赤外線CCDカメラ等による場合	300	→	300	D250　3	
D250　3	ロ　その他の場合	140	→	140	D250　3	
D250　4	電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）				D250　4	
D250　4	イ　皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→	400	D250　4	
D250　4	ロ　その他の場合	260	→	260	D250　4	
D250　5	重心動揺計	250	→	250	D250　5	
D250　5	下肢加重検査	250	→	250	D250　5	
D250　5	フォースプレート分析	250	→	250	D250　5	
D250　5	動作分析検査	250	→	250	D250　5	
D250　注	パワー・ベクトル分析加算	200	→	200	D250　注	
D250　注	刺激又は負荷を加えた場合の加算	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ー	450	→	450	D251　1	
D251　2	音響分析	450	→	450	D251　2	
D251　3	音声機能検査	450	→	450	D251　3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→	40	D252	
D253	嗅覚検査				D253	

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		
D253 1	基準嗅覚検査	450	→	450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	45	→	45	D253 2	
D254	電気味覚検査（一連につき）	300	→	300	D254	
	（眼科学的検査）					
D255	精密眼底検査（片側）	56	→	56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査（片側）	150	→	150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影				D256	
D256 1	通常の方法の場合	56	→	－	D256 1	（項目の分割）
－ －	イ アナログ撮影	－	→	54	D256 1	
－ －	ロ デジタル撮影	－	→	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	広角眼底撮影加算	100	→	100	D256 注	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→	200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	112	→	112	D257	
D258	網膜電位図（ERG）	230	→	230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）	500	→	500	D258-2	
D259	精密視野検査（片側）	38	→	38	D259	
D260	量的視野検査（片側）				D260	
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	69	→	69	D261	
D262	調節検査	70	→	70	D262	
D263	矯正視力検査				D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	69	→	69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	69	→	69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	82	→	82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	→	55	D264 注	

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		
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条試験による）	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	
D275	圧迫隅角検査	76	→	76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定				D276	
D276 1	簡単なもの	42	→	42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→	100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→	38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→	38	D277	
D278	眼球電位図（EOG）	260	→	260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→	160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→	160	D280	
D281	瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）	160	→	160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→	38	D282	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	56	→	56	D282-3　2	
	（皮膚科学的検査）					
D282-4	ダーモスコピー	72	→	72	D282-4	
	（臨床心理・神経心理検査）					
D283	発達及び知能検査				D283	
D283　1	操作が容易なもの	80	→	80	D283　1	
D283　2	操作が複雑なもの	280	→	280	D283　2	
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）					
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	

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		
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	
D289　2	キシローゼ試験	100	→	-	-　-	（削除）
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	

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		
D290-2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	100	→	100	D290-2	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定				D291	
D291 1	21箇所以内の場合（1箇所につき）	16	→	16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合（一連につき）	350	→	350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→	1,000	D291-2	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→	1,000	D291-3	
	（ラジオアイソトープを用いた諸検査）					
D292	体外からの計測によらない諸検査				D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→	480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→	480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→	800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→	1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→	1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→	2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→	2,600	D292 4	
D293	シンチグラム（画像を伴わないもの）				D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）	365	→	365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→	575	D293 2	
D293 2	肝血流量（ヘパトグラム）	575	→	575	D293 2	
D293 3	心機能検査（心拍出量測定を含む。）	990	→	－	－ －	（削除）
D293 4	肺局所機能検査	1,820	→	－	－ －	（削除）
D293 4	脳局所血流検査	1,820	→	－	－ －	（削除）
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→	110	D294	
	（内視鏡検査）					
D295	関節鏡検査（片側）	600	→	600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→	190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→	220	D296-2	
D297	削除				D297	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）	600	→	600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→	600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコピー	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	気管支鏡検査	500	→	500	D301	
D301	気管支カメラ	500	→	500	D301	
D302	気管支ファイバースコピー	2,500	→	2,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	6,000	→	6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→	7,000	D304	
D305	食道鏡検査	400	→	400	D305	
D305	食道カメラ	400	→	400	D305	
D306	食道ファイバースコピー	800	→	800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D306 注	
D306 注	狭帯域光強調加算	200	→	200	D306 注	
D307	胃鏡検査	500	→	500	D307	
D307	ガストロカメラ	500	→	500	D307	
D308	胃・十二指腸ファイバースコピー	1,140	→	1,140	D308	
D308 注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→	600	D308 注	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→	600	D308 注	
D308 注	狭帯域光強調加算	200	→	200	D308 注	
D309	胆道ファイバースコピー	1,400	→	1,400	D309	
D310	小腸内視鏡検査				D310	（名称の変更）
－　－	ダブルバルーン内視鏡によるもの	－	→	7,000	D310 1	（新設）
D310 1	シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000	→	3,000	D310 2	（名称の変更）
D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→	1,700	D310 3	
D310 3	その他のもの	1,700	→	1,700	D310 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		
D310　注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D310　注	
－　－	消化管通過性検査	－	→	600	D310-2	(新設)
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	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D312　注	
D313	大腸内視鏡検査				D313	(名称の変更)
－　－	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　2	ロ　下行結腸及び横行結腸	1,350	→	1,350	D313　1	
D313　3	ハ　上行結腸及び盲腸	1,550	→	1,550	D313　1	
－　－	カプセル型内視鏡によるもの	－	→	1,550	D313　2	(新設)
D313　注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D313　注	
D313　注	狭帯域光強調加算	200	→	200	D313　注	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→	1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコピー	1,800	→	1,800	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	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→	890	D317-2	
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→	1,000	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコピー(片側)	1,500	→	1,500	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→	220	D320	
D321	コルポスコピー	150	→	150	D321	
D322	子宮ファイバースコピー	800	→	800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→	800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→	1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→	3,600	D325	
第4節　診断穿刺・検体採取料						

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D400	血液採取（1日につき）				D400	
D400　1	静脈	16	→	20	D400　1	
D400　2	その他	6	→	6	D400　2	
D400　注	6歳未満の乳幼児加算	14	→	14	D400　注	
D401	脳室穿刺	500	→	500	D401	
D401　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D401　注	
D402	後頭下穿刺	300	→	300	D402	
D402　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D402　注	
D403	腰椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150	→	220	D403	
D403	胸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150	→	220	D403	
D403	頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150	→	220	D403	
D403　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D403　注	
D404	骨髄穿刺				D404	
D404　1	胸骨	260	→	260	D404　1	
D404　2	その他	280	→	280	D404　2	
D404　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D404　注	
D404-2	骨髄生検	730	→	730	D404-2	
D404-2　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D404-2　注	
D405	関節穿刺（片側）	100	→	100	D405	
D405　注	3歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D405　注	
D406	上顎洞穿刺（片側）	60	→	60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）	180	→	180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→	240	D407	
D407　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D407　注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→	240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→	200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検				D409-2	
D409-2　1	併用法	5,000	→	5,000	D409-2　1	

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		
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	→	4,000	D414-2	
D415	経気管肺生検法	4,000	→	4,000	D415	
D415　注	ガイドシース加算	500	→	500	D415　注	
D415　注	CT透視下気管支鏡検査加算	1,000	→	1,000	D415　注	
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	
D416	臓器穿刺、組織採取				D416	
D416　1	開胸によるもの	9,070	→	9,070	D416　1	
D416　2	開腹によるもの（腎を含む。）	5,550	→	5,550	D416　2	
D416　注	6歳未満の乳幼児加算	2,000	→	2,000	D416　注	
D417	組織試験採取、切採法				D417	
D417　1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。）	500	→	500	D417　1	
D417　2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→	2,300	D417　2	
D417　3	眼				D417　3	
D417　3	イ　後眼部	650	→	650	D417　3	
D417　3	ロ　その他（前眼部を含む。）	350	→	350	D417　3	
D417　4	耳	400	→	400	D417　4	
D417　5	鼻、副鼻腔	400	→	400	D417　5	
D417　6	口腔	400	→	400	D417　6	
D417　7	咽頭、喉頭	650	→	650	D417　7	
D417　8	甲状腺	650	→	650	D417　8	

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　9	乳腺	650	→	650	D417　9	
D417　10	直腸	650	→	650	D417　10	
D417　11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→	400	D417　11	
D417　12	末梢神経	620	→	620	D417　12	
D417　13	心筋	5,000	→	5,000	D417　13	
D417　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D417　注	
D418	子宮腟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	子宮腟部組織採取	200	→	200	D418　2	
D418　3	子宮内膜組織採取	370	→	370	D418　3	
D419	その他の検体採取				D419	
D419　1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→	180	D419　1	
D419　2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→	180	D419　2	
D419　3	動脈血採取(1日につき)	50	→	50	D419　3	
D419　4	前房水採取	350	→	350	D419　4	
－　－	副腎静脈サンプリング(一連につき)	－	→	4,800	D419　5	(新設)

別表2

第３部 検査　（名称を変更する項目）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D004-2　1	イ　EGFR遺伝子検査	D004-2　1	ロ　EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法以外）
D012　5	連鎖球菌多糖体抗体（ASP）	D012　5	連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量
D012　16	抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）	D012　16	抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量
D012　19	ノイラミニダーゼ	D012　23	ノイラミニダーゼ定性
D012　23	マイコプラズマ抗原	D012　30	マイコプラズマ抗原定性（FA法）
D023-2　3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）	D023-2　3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）定性
D310	小腸ファイバースコピー	D310	小腸内視鏡検査
D310　1	バルーン内視鏡によるもの	D310　2	シングルバルーン内視鏡によるもの
D313	大腸ファイバースコピー	D313	大腸内視鏡検査

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
D007　12	不飽和鉄結合能（UIBC）	D007　1	不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）
		D007　12	不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）
D007　12	総鉄結合能（TIBC）	D007　1	総鉄結合能（TIBC）（比色法）
		D007　12	総鉄結合能（TIBC）（RIA法）
D012　5	梅毒血清反応（STS）	D012　5	梅毒血清反応（STS）半定量
		D012　5	梅毒血清反応（STS）定量
D012　21	梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）	D012　25	梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）定性
		D012　25	梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）半定量
D012　27	ブルセラ抗体	D012　36	ブルセラ抗体定性
		D012　36	ブルセラ抗体半定量
D014　15	抗ミトコンドリア抗体定性	D014　18	抗ミトコンドリア抗体定性
		D014　18	抗ミトコンドリア抗体半定量
D256　1	通常の方法の場合	D256　1	通常の方法の場合
		D256　1	イ　アナログ撮影
		D256　1	ロ　デジタル撮影

項目	現行	改正案
第２章　特掲診療料		
第４部　画像診断		
第２節　核医学診断料		
通則		
【通則の見直し】	１　同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号Ｄ２９２に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号Ｄ２９３に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－３までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。	１　同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号Ｄ２９２に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号Ｄ２９３に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。
【通則の見直し】	２　核医学診断の費用は、区分番号Ｅ１００からＥ１０１－３までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号Ｅ１０２に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。	２　核医学診断の費用は、区分番号Ｅ１００からＥ１０１－５までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号Ｅ１０２に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。
【新設】	（新設）	Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

		9,160点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
【新設】	（新設） →	Ｅ１０１－５　乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
Ｅ１０２　核医学診断		

【項目の見直し】	1　区分番号Ｅ１０１－２に掲げるポジトロン断層撮影及びＥ１０１－３に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合　450点	1　区分番号Ｅ１０１－２に掲げるポジトロン断層撮影、Ｅ１０１－３に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、Ｅ１０１－４に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びＥ１０１－５に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合　450点
第３節　コンピューター断層撮影診断料		
Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）		
【点数の見直し】	1　ＣＴ撮影	
	イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合　950点	1,000点
	ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点	900点
	ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　780点	770点
	ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　600点	580点
【注の見直し】	注７　ＣＴ撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の	注７　ＣＴ撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の

	注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、所定点数に600点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）		
【点数の見直し】	１　３テスラ以上の機器による場合　1,400点	→ 1,600点
	２　1.5テスラ以上３テスラ未満の機器による場合　1,330点	1,330点
	３　１又は２以外の場合　950点	920点

項　目	現　行	改　正　案
第２章　特掲診療料		
第５部　投薬		
第１節　調剤料		
Ｆ０００　調剤料		
【注の追加】	（追加）	注２　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第２節　処方料		
Ｆ１００　処方料		
【項目の見直し】	１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　29点	１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、４種類以上の抗うつ薬又は４種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合　20点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合　29点

	２　１以外の場合　42点	３　１及び２以外の場合　42点
【注の追加】	（追加）	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。
【注の追加】	（追加）	注９　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第３節　薬剤料		
Ｆ２００　薬剤		
【注の追加】	（追加）	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、４種類以上の抗うつ薬又は４種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
【注の見直し】	注２　１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以	注３　注２以外の場合であって、１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であっ

	内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	て、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
【注の追加】	（追加）	注４　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
【注の追加】	（追加）	注７　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第５節　処方せん料		
Ｆ４００　処方せん料		
【項目の見直し】		１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、４種類以上の抗うつ薬又は４種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合　30点
	１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であ	２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬

	って、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点 ２　１以外の場合　68点	の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合　40点 ３　１及び２以外の場合　68点
【注の追加】	（追加）　→	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。
【注の追加】	（追加）　→	注８　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第６節　調剤技術基本料		
Ｆ５００　調剤技術基本料		
【注の追加】	（追加）　→	注５　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料		
第６部　注射		
通則		
【通則の見直し】	６　区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３―３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。 （略）	６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３―３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。 （略）

第１節　注射料		
第１款　注射実施料		
Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）		
【名称の見直し】	植込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）	植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）
【注の追加】	（追加）	注１　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。
【注の追加】	（追加）	注２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
【注の追加】	（追加）	注３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。

Ｇ０２０　無菌製剤処理料		
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、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、必要があっ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。

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		
通則		
【通則の見直し】	５　区分番号Ｊ１１７に掲げる鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号Ｊ１１８に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。	５　区分番号Ｊ１１７に掲げる鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号Ｊ１１８に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。
第１節　リハビリテーション料		

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料		
【点数の見直し】	１　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　200点	205点
	２　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　100点	105点
Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料		
【点数の見直し】	１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）	
	イ　ロ以外の場合　245点	245点
	ロ　廃用症候群の場合　235点	180点
	２　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）	
	イ　ロ以外の場合　200点	200点
	ロ　廃用症候群の場合　190点	146点
	３　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）	
	イ　ロ以外の場合　100点	100点
	ロ　廃用症候群の場合　100点	77点
【注の見直し】	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険

	リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。	医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	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保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対

	して、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　221点 ⑵　廃用症候群の場合　212点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　180点 ⑵　廃用症候群の場合　171点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　90点 ⑵　廃用症候群の場合　90点	して、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　221点 ⑵　廃用症候群の場合　162点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　180点 ⑵　廃用症候群の場合　131点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位） ⑴　⑵以外の場合　90点 ⑵　廃用症候群の場合　69点
【注の追加】	（追加）→	注５　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料		
【点数の見直し】	１　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）175点 ２　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）165点 ３　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）80点	180点 170点 85点
【注の削除】	注２　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注１の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する。	（削除）
【注の見直し】	注３　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は

		急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	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、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、

	次に掲げる点数を算定する。 イ　運動器リハビリテーション料(Ⅰ) （１単位）　158点 ロ　運動器リハビリテーション料(Ⅱ) （１単位）　149点 ハ　運動器リハビリテーション料(Ⅲ) （１単位）　80点	次に掲げる点数を算定する。 イ　運動器リハビリテーション料(Ⅰ) （１単位）　163点 ロ　運動器リハビリテーション料(Ⅱ) （１単位）　154点 ハ　運動器リハビリテーション料(Ⅲ) （１単位）　85点
【注の追加】	（追加）	注５　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料		
【点数の見直し】	１　呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位） 170点 ２　呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位） 80点	175点 85点

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料		
【注の見直し】	注　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回を限度として算定する。	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)、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局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、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。
【注の追加】	（追加）	注２　当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住

環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中１回に限り、150点を所定点数に加算する。

【注の追加】

（追加）

注３　区分番号Ｈ００３－３に掲げるリハビリテーション総合計画提供料を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

【新設】

（新設）

Ｈ００３－３　リハビリテーション総合計画提供料　100点

注　退院時に区分番号Ｂ００５－２に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号Ｂ００５－３に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者（入院中に区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に１回を限度として算定する。

Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき）		
【注の追加】	（追加）	２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して６月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。
Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料（１単位）		
【点数の見直し】	１　６歳未満の患者の場合　220点 ２　６歳以上18歳未満の患者の場合　190点 ３　18歳以上の患者の場合　150点	225点 195点 155点
Ｈ００７－２　がん患者リハビリテーション料（１単位）		
【点数の見直し】	200点	205点
【新設】	（新設）	Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料（１日につき）　240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、重度認知症の状態にある患者（区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して１月に限り、週３回を限度として算定する。

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料 第８部　精神科専門療法 第１節　精神科専門療法料 Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき） 【項目の見直し】	１　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合　700点 ２　１以外の場合 イ　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330点	１　通院精神療法 イ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合　600点 ロ　イ以外の場合 ⑴　30分以上の場合　400点 ⑵　30分未満の場合　330点 ２　在宅精神療法 イ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合　600点 ロ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医

		等が60分以上の在宅精神療法を行った場合 （イに該当する場合を除く。）　540点 ハ　イ及びロ以外の場合 ⑴　30分以上の場合　400点 ⑵　30分未満の場合　330点
【注の見直し】	注１　入院中の患者以外の患者について、退院後４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回を、その他の場合にあっては週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	注１　入院中の患者以外の患者について、退院後４週間以内の期間に行われる場合にあっては１と２を合わせて週２回を、その他の場合にあっては１と２を合わせて週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
【注の見直し】	注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して１年以内（区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２年以内）の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。	注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内（区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　２のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り所定	注４　１のロの⑴、２のロ及び２のハの⑴については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加

	点数に25点を加算する。	算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ００２－２に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。
Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料（１日につき）		
【注の見直し】	注２　当該患者に対して、１回の処方において、３剤以上の抗不安薬又は３剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	注２　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、４種類以上の抗うつ薬又は４種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。
Ｉ００４　心身医学療法（１回につき）		
【注の見直し】	注５　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。	注５　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。
Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア（１日につき）		
【注の見直し】	注３　当該療法を最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から

		起算して１年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。
【注の見直し】	注４　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に20点を加算する。	注４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。
Ｉ００９　精神科デイ・ケア（１日につき）		
【注の見直し】	注３　当該療法を最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。
【注の見直し】	注４　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	注４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア（１日につき）		
【注の見直し】	注２　当該療法を最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。	注２　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。
【注の見直し】	注３　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。
Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）		
【注の見直し】	注２　当該療法を最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。	注２　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合にあっては、週５日を限度として算定する。
【注の見直し】	注３　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、	注３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイ

	早期加算として、所定点数に50点を加算する。	ト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料 【項目の見直し】	１　（略） ２　（略） ３　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合　445点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合　340点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合　545点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合　415点 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合　395点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合　300点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合　495点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合　375点	１　（略） ２　（略） ３　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 ⑴　同一日に２人 ①　週３日目まで　30分以上の場合　575点 ②　週３日目まで　30分未満の場合　440点 ③　週４日目以降　30分以上の場合　675点 ④　週４日目以降　30分未満の場合　525点 ⑵　同一日に３人以上 ①　週３日目まで　30分以上の場合　288点 ②　週３日目まで　30分未満の場合　220点 ③　週４日目以降　30分以上の場合　338点 ④　週４日目以降　30分未満の場合　263点 ロ　准看護師による場合 ⑴　同一日に２人 ①　週３日目まで　30分以上の場合　525点 ②　週３日目まで　30分未満の場合　400点 ③　週４日目以降　30分以上の場合　625点 ④　週４日目以降　30分未満の場合　485点 ⑵　同一日に３人以上

		①　週３日目まで　30分以上の場合　263点 ②　週３日目まで　30分未満の場合　200点 ③　週４日目以降　30分以上の場合　313点 ④　週４日目以降　30分未満の場合　243点
【注の見直し】	注３　３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注２に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から７日以内の期間について、１日につき１回に限り算定することができる。	注３　３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注２に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り、患者１人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から７日以内の期間について、１日につき１回に限り算定することができる。
【注の追加】	（追加）	注12　１及び３については、区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診

療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

Ｉ０１６　精神科重症患者早期集中支援管理料（月１回）

１　精神科重症患者早期集中支援管理料１	
イ　同一建物居住者以外の場合	1,800点
ロ　同一建物居住者の場合	
⑴　特定施設等に入居する者の場合	900点
⑵　⑴以外の場合	450点
２　精神科重症患者早期集中支援管理料２	
イ　同一建物居住者以外の場合	1,480点
ロ　同一建物居住者の場合	
⑴　特定施設等に入居する者の場合	740点
⑵　⑴以外の場合	370点

注１　１のイについては、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（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患者に対して、１のロの⑴については、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域

密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、１のロの⑵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（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。

２　２のイについては、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（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、２のロの⑴については、介護保険法第８条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、２のロの⑵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（同一建物居住者に限る。）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、６月に限り、当該患者１人につき月１回に限り算定する。

３　精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料、区分番号Ｃ０１０に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

４　精神科重症患者早期集中支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料 第９部　処置 通則		
【通則の見直し】	５　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。	５　緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合 ⑴　休日加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑶　深夜加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入

院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）

⑴　休日加算２

所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２

所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２

所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

第１節　処置料

Ｊ０００　創傷処置

【注の追加】

（追加）

注３　５については、６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

Ｊ００１　熱傷処置		
【注の追加】	（追加）	注４　４及び５については、６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（１日につき）		
【名称の見直し】	局所陰圧閉鎖処置（１日につき）	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）
【新設】	（新設）	Ｊ００３－２　局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき） １　100平方センチメートル未満　240点 ２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　270点 ３　200平方センチメートル以上　330点 注　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。
Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺		
【点数の見直し】	150点	220点

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入		
【注の新設】	（新設）	注　６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
【新設】	（新設）	Ｊ０３４－２　ＥＤチューブ挿入術　180点
Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）		
【点数の見直し】	１　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合　2,040点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,205点 ハ　５時間以上の場合　2,340点 ２　慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合　2,255点	１　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合　2,030点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,195点 ハ　５時間以上の場合　2,330点 ２　慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合　2,245点
Ｊ０４２　腹膜灌流（１日につき）		
【注の追加】	（追加）	注２　６歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注１の規定にかかわらず、それぞれ１日につき1,000点又は500点を加算する。

Ｊ０４３－３　ストーマ処置（１日につき）	
【注の追加】	（追加） → 注３　６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
Ｊ０４４　救命のための気管内挿管	
【注の新設】	（新設） → 注　６歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
【新設】	（新設） → Ｊ０４７－２　心腔内除細動　3,500点
【新設】	（新設） → Ｊ０７０－４　磁気による膀胱等刺激法　70点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

項　　目	現　　行	改　正　案
第２章　特掲診療料		
第10部　手術		
通則		
【通則の見直し】	４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３６－２、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２５４の１、Ｋ２８０－２、Ｋ３２８、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４７６（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５４８、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０３からＫ６０４－２まで、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ６７８、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０２－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７２１－４、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３、Ｋ７７３－４、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８００－３、Ｋ８０３－２、Ｋ８２３－５、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２、Ｋ８４３－３及びＫ９１０－２に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	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、Ｋ４７６（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、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、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、Ｋ６１５－２、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ

	合しているものと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。	６４３－２、Ｋ６５６－２、Ｋ６７８、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７２１－４、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３、Ｋ７７３－４、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ８００－３、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８２３－５、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２、Ｋ８４３－３、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。
【通則の見直し】	7　区分番号Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４からＫ１５５まで、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８２まで、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ	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

	５１９、Ｋ５２８、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、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６８４、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、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。	、Ｋ５１１の３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、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、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６８４、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、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。
【通則の見直し】	8　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。	8　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【通則の見直し】	12　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注５のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。	12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号Ｋ９１４に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号Ｋ９１５に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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 ⑴　休日加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑶　深夜加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

		ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合 ⑴　休日加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑵　時間外加算２（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の40に相当する点数 ⑶　深夜加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
【通則の追加】	（追加）	16　区分番号Ｋ６６４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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【通則の追加】	（追加）	17　歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を所定点数に加算する。
第１節　手術料		
第１款　皮膚・皮下組織		
Ｋ００２　デブリードマン		
【注の追加】	（追加）	注４　水圧式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき１回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。
第２款　筋骨格系・四肢・体幹		
Ｋ０５４　骨切り術		
【注の新設】	（新設）	注　先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施

		した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。
Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術		
【注の新設】	（新設）	注　上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）		
【注の見直し】	注　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４を超えないものとする。	注１　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４を超えないものとする。 ２　２から４までに掲げる手術の所定点数には、注１の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る５及び６に掲げる手術の所定点数が含まれる。

第３款　神経系・頭蓋		
Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術		
【注の新設】	（新設）	注１　脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。 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。
Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング		
【注の見直し】	注２　頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。	注２　頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。
第５款　耳鼻咽喉		
【新設】	（新設）	Ｋ３４０－４　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）　10,000点 注　自家腸骨片を充填した場合は3,150点を加算

		する。
第６款　顔面・口腔・頸部		
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）		
【注の新設】	（新設）	注　２又は３の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
第７款　胸部		
【新設】	（新設）	Ｋ５０２－４　拡大胸腺摘出術　31,710点 注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。
【新設】	（新設）	Ｋ５０２－５　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術　58,950点 注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。

Ｋ５１４　肺悪性腫瘍手術

【項目の追加】

（追加）

９　胸膜肺全摘　　92,000点

注　９については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。

第８款　心・脈管

【新設】

（新設）

Ｋ５５５－２　経皮的大動脈弁置換術　37,430点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５７－３　弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

【注の新設】

（新設）

注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）		
【注の新設】	（新設）	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、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
Ｋ５８１　肺動脈閉鎖症手術		
【注の新設】	（新設）	注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。
Ｋ５８３　大血管転位症手術		
【注の新設】	（新設）	注　４については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。

Ｋ５８４　修正大血管転位症手術		
【注の新設】	（新設）	注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。
Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術		
【注の新設】	（新設）	注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等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。
Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術		
【注の追加】	（追加）	注２　磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、5,000点を所定点数に加算する。
【新設】	（新設）	Ｋ６１７－５　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　10,200点

		注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
【新設】	（新設）	Ｋ６２７－３　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術　26,460点 注　泌尿器がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
【新設】	（新設）	Ｋ６２７－４　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術　39,720点 注　精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
第９款　腹部		
【新設】	（新設）	Ｋ６９９－２　体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）　19,300点 注　破砕した膵石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的膵石除去加算として、一連につき１回に限り5,640点を所定点数に加算する。

第10款　尿路系・副腎		
【新設】	（新設）	Ｋ８０２－６　腹腔鏡下膀胱脱手術　34,980点 注　メッシュを使用した場合に算定する。
第11款　性器		
【新設】	（新設）	Ｋ９１０－３　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）　10,800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２節　輸血料		
Ｋ９２０－２　輸血管理料		
【注の追加】	（追加）	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。

第３節　手術医療機器等加算		
Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定等加算		
【注の削除】	注　脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定等を行った場合に算定する。	（削除）
Ｋ９３４　副鼻腔手術用内視鏡加算		
【注の見直し】	注　区分番号Ｋ３４９からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。	注　区分番号Ｋ３５０からＫ３５２まで、Ｋ３５２－３、Ｋ３６２－２及びＫ３６５に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。
Ｋ９３４－２　副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算		
【注の見直し】	注　区分番号Ｋ３４９からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。	注　区分番号Ｋ３４０－３からＫ３４０－７及びＫ３４９からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６　自動縫合器加算		
【注の見直し】	注　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５４－３からＫ６５５－２まで、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２からＫ７０３まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	注　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５４－３の２からＫ６５５－２まで、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９６、Ｋ７０２からＫ７０３まで、Ｋ７０５、Ｋ７０６、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
Ｋ９３６－２　自動吻合器加算		
【注の見直し】	注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３及びＫ８１	注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８

	７の３に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。	０３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。
Ｋ９３９　画像等手術支援加算		
【注の見直し】	１　ナビゲーションによるもの　2,000点 注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、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。	１　ナビゲーションによるもの　2,000点 注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで、Ｋ３４２、Ｋ３４３、Ｋ３４９からＫ３６５まで、Ｋ６９５、Ｋ６９５－２及びＫ６９７－４に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
【項目の追加】	（追加）	３　患者適合型手術支援ガイドによるもの　2,000点 注　区分番号Ｋ０８２及びＫ０８２－３に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

【新設】	（新設）	Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点 注１　区分番号Ｋ６６４に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

別表1

第10部　手術

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
第1節　手術料								
		第1款　皮膚・皮下組織						
		（皮膚、皮下組織）						
K000		創傷処理				K000		
	1	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250	→	1,250		1	
	2	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680	→	1,680		2	
	3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,000	→	2,000		3	
	4	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	470	→	470		4	
	5	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	850	→	850		5	
	6	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320	→	1,320		6	
K000-2		小児創傷処理（6歳未満）				K000-2		
	1	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,250	→	1,250		1	
	2	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	1,400	→	1,400		2	
	3	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,850	→	1,850		3	
	4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,860	→	2,860		4	
	5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	450	→	450		5	
	6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	500	→	500		6	
	7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	950	→	950		7	
	8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,450	→	1,450		8	
K001		皮膚切開術				K001		
	1	長径10センチメートル未満	470	→	470		1	
	2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→	820		2	
	3	長径20センチメートル以上	1,470	→	1,470		3	
K002		デブリードマン				K002		
	1	100平方センチメートル未満	1,020	→	1,020		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	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	→	2,990		2	
	3	3,000平方センチメートル以上	6,250	→	7,600		3	
K003		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）				K003		
	1	長径3センチメートル未満	3,480	→	3,480		1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180	→	9,180		2	
	3	長径6センチメートル以上	17,810	→	17,810		3	
K004		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）				K004		
	1	長径3センチメートル未満	2,110	→	2,110		1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	→	4,070		2	
	3	長径6センチメートル以上	9,480	→	9,480		3	
K005		皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）				K005		
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660		1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670		2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360		3	
K006		皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）				K006		
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280		1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230		2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160		3	
K006-2		鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）				K006-2		
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660		1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670		2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360		3	
K006-3		鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）				K006-3		
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280		1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230		2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160		3	
K006-4		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）				K006-4		
	1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	→	1,280		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→	2,050		2	
	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230	→	3,230		3	
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160	→	4,160		4	
K007		皮膚悪性腫瘍切除術				K007		
	1	広汎切除	28,210	→	28,210		1	
	2	単純切除	11,000	→	11,000		2	
K007-2		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000	→	10,000	K007-2		
K008		腋臭症手術				K008		
	1	皮弁法	5,730	→	5,730		1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	→	3,000		2	
	3	その他のもの	1,660	→	1,660		3	
		（形成）						
K009		皮膚剥削術				K009		
	1	25平方センチメートル未満	1,490	→	1,490		1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,370	→	4,370		2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,060	→	9,060		3	
	4	200平方センチメートル以上	13,640	→	13,640		4	
K010		瘢痕拘縮形成手術				K010		
	1	顔面	12,660	→	12,660		1	
	2	その他	8,060	→	8,060		2	
K011		顔面神経麻痺形成手術				K011		
	1	静的なもの	19,110	→	19,110		1	
	2	動的なもの	58,500	→	58,500		2	
K012		削除				K012		
K013		分層植皮術				K013		
	1	25平方センチメートル未満	3,520	→	3,520		1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270	→	6,270		2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→	9,000		3	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	4	200平方センチメートル以上	25,820	→	25,820	4	
K013-2		全層植皮術				K013-2	
	1	25平方センチメートル未満	10,000	→	10,000	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→	12,500	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210	→	28,210	3	
	4	200平方センチメートル以上	40,290	→	40,290	4	
K014		皮膚移植術（生体・培養）	6,110	→	6,110	K014	
K014-2		皮膚移植術（死体）				K014-2	
	1	200平方センチメートル未満	6,750	→	6,750	1	
	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000	→	9,000	2	
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	13,490	→	13,490	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	→	32,920	4	
	5	3,000平方センチメートル以上	37,610	→	37,610	5	
K015		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				K015	
	1	25平方センチメートル未満	3,760	→	3,760	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440	→	11,440	2	
	3	100平方センチメートル以上	20,280	→	20,280	3	
K016		動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	41,120	→	41,120	K016	
K017		遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	74,240	→	－	K017	【項目の見直し】
		乳房再建術の場合	－	→	84,050	1	
		その他の場合	－	→	84,050	2	
K018		削除				K018	
K019		複合組織移植術	15,210	→	15,210	K019	
K020		自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	110,700	→	110,700	K020	
K021		粘膜移植術				K021	
	1	4平方センチメートル未満	6,510	→	6,510	1	
	2	4平方センチメートル以上	7,080	→	7,080	2	
K021-2		粘膜弁手術				K021-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	4平方センチメートル未満	11,600	→	11,600	1	
	2	4平方センチメートル以上	12,260	→	12,260	2	
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)	17,580	→	－	K022	【項目の見直し】
		乳房(再建手術)の場合	－	→	17,580	1	
		その他の場合	－	→	17,580	2	
K022-2		象皮病根治手術				K022-2	
	1	大腿	27,380	→	27,380	1	
	2	下腿	19,100	→	19,100	2	
		第2款　筋骨格系・四肢・体幹					
		(筋膜、筋、腱、腱鞘)					
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840	→	840	K023	
K024		筋切離術	3,080	→	3,080	K024	
K025		股関節内転筋切離術	4,410	→	4,410	K025	
K026		股関節筋群解離術	12,140	→	12,140	K026	
K026-2		股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	→	16,700	K026-2	
K027		筋炎手術				K027	
	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→	2,060	1	
	2	その他の筋	1,210	→	1,210	2	
K028		腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	→	2,050	K028	
K029		筋肉内異物摘出術	2,840	→	2,840	K029	
K030		四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術				K030	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	7,390	→	7,390	1	
	2	手、足	3,750	→	3,750	2	
K031		四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術				K031	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	20,620	→	20,620	1	
	2	手、足	12,870	→	12,870	2	
K032		削除				K032	
K033		筋膜移植術				K033	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	指(手、足)	7,890	→	7,890	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	→	11,430	K035	
K035-2		腱滑膜切除術	8,790	→	7,550	K035-2	
K036		削除				K036	
K037		腱縫合術	11,320	→	11,320	K037	
K037-2		アキレス腱断裂手術	8,710	→	8,710	K037-2	
K038		腱延長術	10,750	→	10,750	K038	
K039		腱移植術(人工腱形成術を含む。)				K039	
	1	指(手、足)	13,610	→	13,610	1	
	2	その他のもの	18,080	→	18,080	2	
K040		腱移行術				K040	
	1	指(手、足)	13,610	→	13,610	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	
K041		削除				K041	
		(四肢骨)					
K042		骨穿孔術	1,730	→	1,730	K042	
K043		骨掻爬術				K043	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→	11,150	1	
	2	前腕、下腿	6,700	→	6,700	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590	3	
K043-2		骨関節結核瘻孔摘出術				K043-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→	11,150	1	
	2	前腕、下腿	6,700	→	6,700	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590	3	
K043-3		骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)				K043-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150	→	11,150		1	
	2	前腕、下腿	6,700	→	6,700		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590		3	
K044		骨折非観血的整復術				K044		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→	1,600		1	
	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	→	14,810		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	9,480	→	9,480		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	→	21,710		1	
	2	前腕、下腿	17,090	→	17,090		2	
	3	手、足、指(手、足)	10,940	→	10,940		3	
K047		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047		
K047-2		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047-2		
K047-3		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→	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		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	肩甲骨、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	→	14,960		1	
	2	前腕、下腿	10,430	→	10,430		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	→	13,050		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→	5,160		3	
K051-2		中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→	5,160	K051-2		
K052		骨腫瘍切除術				K052		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→	17,410		1	
	2	前腕、下腿	9,370	→	9,370		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→	4,340		3	
K052-2		多発性軟骨性外骨腫摘出術				K052-2		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	17,410	→	17,410		1	
	2	前腕、下腿	9,370	→	9,370		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	4,340	→	4,340		3	
K052-3		多発性骨腫摘出術				K052-3		
	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	
K053		骨悪性腫瘍手術				K053		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550	→	32,550		1	
	2	前腕、下腿	26,260	→	26,260		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,810	→	18,810		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			
K054		骨切り術				K054		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→	28,210		1	
	2	前腕、下腿	20,620	→	20,620		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	7,930	→	7,930		3	
K055		削除				K055		
K055-2		大腿骨頭回転骨切り術	44,070	→	44,070	K055-2		
K055-3		大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	37,570	→	37,570	K055-3		
K056		偽関節手術				K056		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210	→	28,210		1	
	2	前腕、下腿、手舟状骨	26,030	→	26,030		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	14,500	→	14,500		3	
K056-2		難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	48,820	→	48,820	K056-2		
K057		変形治癒骨折矯正手術				K057		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	31,270	→	31,270		1	
	2	前腕、下腿	27,550	→	27,550		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	15,770	→	15,770		3	
K058		骨長調整手術				K058		
	1	骨端軟骨発育抑制術	16,340	→	16,340		1	
	2	骨短縮術	14,960	→	14,960		2	
	3	骨延長術(指(手、足))	16,390	→	16,390		3	
	4	骨延長術(指(手、足)以外)	26,700	→	26,700		4	
K059		骨移植術(軟骨移植術を含む。)				K059		
	1	自家骨移植	14,030	→	14,030		1	
	2	同種骨移植(生体)	16,730	→	20,770		2	
	3	同種骨移植(非生体)	14,770	→	18,300		3	
		自家培養軟骨移植術	―	→	14,030		4	【項目の追加】
K059-2		関節鏡下自家骨軟骨移植術	16,190	→	16,190	K059-2		
		(四肢関節、靭帯)						

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K060		関節切開術				K060		
	1	肩、股、膝	3,600	→	3,600		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→	1,280		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	680	→	680		3	
K060-2		肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3,600	→	3,600	K060-2		
K060-3		化膿性又は結核性関節炎掻爬術				K060-3		
	1	肩、股、膝	20,020	→	20,020		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→	13,130		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→	3,330		3	
K061		関節脱臼非観血的整復術				K061		
	1	肩、股、膝	1,580	→	1,500		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,300	→	1,300		2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→	800		3	
K062		先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)				K062		
	1	リーメンビューゲル法	2,050	→	2,050		1	
	2	その他	2,950	→	2,950		2	
K063		関節脱臼観血的整復術				K063		
	1	肩、股、膝	28,210	→	28,210		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	18,810	→	18,810		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	15,080	→	15,080		3	
K064		先天性股関節脱臼観血的整復術	21,130	→	21,130	K064		
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術				K065		
	1	肩、股、膝	12,430	→	12,430		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→	4,600		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→	2,950		3	
K065-2		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術				K065-2		
	1	肩、股、膝	13,950	→	13,950		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	12,300	→	12,300		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→	7,930		3	
K066		関節滑膜切除術				K066		
	1	肩、股、膝	17,750	→	17,750		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	11,200	→	11,200		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→	7,930		3	
K066-2		関節鏡下関節滑膜切除術				K066-2		
	1	肩、股、膝	17,610	→	17,610		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	17,030	→	17,030		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	16,060	→	16,060		3	
K066-3		滑液膜摘出術				K066-3		
	1	肩、股、膝	17,750	→	17,750		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	11,200	→	11,200		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,930	→	7,930		3	
K066-4		関節鏡下滑液膜摘出術				K066-4		
	1	肩、股、膝	17,610	→	17,610		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	17,030	→	17,030		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	16,060	→	16,060		3	
K066-5		膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200	→	11,200	K066-5		
K066-6		関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030	→	17,030	K066-6		
K066-7		掌指関節滑膜切除術	7,930	→	7,930	K066-7		
K066-8		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060	→	16,060	K066-8		
K067		関節鼠摘出手術				K067		
	1	肩、股、膝	13,000	→	13,000		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	10,580	→	10,580		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,970	→	3,970		3	
K067-2		関節鏡下関節鼠摘出手術				K067-2		
	1	肩、股、膝	17,780	→	17,780		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	19,100	→	19,100		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	3	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	16,390	→	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	15,210	→	15,210	K069-2		
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	18,810	→	18,810	K069-3		
K070		ガングリオン摘出術				K070		
	1	手、足、指（手、足）	3,050	→	3,050		1	
	2	その他（ヒグローム摘出術を含む。）	3,190	→	3,190		2	
K071		削除				K071		
K072		関節切除術				K072		
	1	肩、股、膝	19,270	→	19,270		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	16,070	→	16,070		2	
	3	肩鎖、指（手、足）	5,670	→	5,670		3	
K073		関節内骨折観血的手術				K073		
	1	肩、股、膝、肘	20,760	→	20,760		1	【項目の見直し】
	2	胸鎖、手、足	17,070	→	17,070		2	【項目の見直し】
	3	肩鎖、指（手、足）	10,370	→	10,370		3	
K073-2		関節鏡下関節内骨折観血的手術				K073-2		
	1	肩、股、膝	25,200	→	25,200		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	18,910	→	18,910		2	
	3	肩鎖、指（手、足）	11,970	→	11,970		3	
K074		靱帯断裂縫合術				K074		
	1	十字靱帯	17,070	→	17,070		1	
	2	膝側副靱帯	16,560	→	16,560		2	
	3	指（手、足）その他の靱帯	7,600	→	7,600		3	
K074-2		関節鏡下靱帯断裂縫合術				K074-2		
	1	十字靱帯	21,970	→	21,970		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	膝側副靭帯	16,510	→	16,510		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	15,720	→	15,720		3	
K075		非観血的関節授動術				K075		
	1	肩、股、膝	1,320	→	1,320		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→	1,260		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	490	→	490		3	
K076		観血的関節授動術				K076		
	1	肩、股、膝	38,890	→	38,890		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→	28,210		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	8,460	→	8,460		3	
K077		観血的関節制動術				K077		
	1	肩、股、膝	27,380	→	27,380		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	15,560	→	15,560		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	5,550	→	5,550		3	
K078		観血的関節固定術				K078		
	1	肩、股、膝	21,640	→	21,640		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	18,590	→	18,590		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,200	→	7,200		3	
K079		靭帯断裂形成手術				K079		
	1	十字靭帯	28,210	→	28,210		1	
	2	膝側副靭帯	18,810	→	18,810		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	16,350	→	16,350		3	
K079-2		関節鏡下靭帯断裂形成手術				K079-2		
	1	十字靭帯	34,980	→	34,980		1	
	2	膝側副靭帯	17,280	→	17,280		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	16,390	→	16,390		3	
	4	内側膝蓋大腿靭帯	17,550	→	17,550		4	
K080		関節形成手術				K080		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	肩、股、膝	45,720	→	45,720	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→	28,210	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,740	→	13,740	3	
K080-2		内反足手術	25,930	→	25,930	K080-2	
K080-3		肩腱板断裂手術				K080-3	
	1	簡単なもの	18,700	→	18,700	1	
	2	複雑なもの	24,310	→	24,310	2	
K080-4		関節鏡下肩腱板断裂手術				K080-4	
	1	簡単なもの	27,040	→	27,040	1	
	2	複雑なもの	35,150	→	35,150	2	
K080-5		関節鏡下肩関節唇形成術	32,160	→	32,160	K080-5	
K081		人工骨頭挿入術				K081	
	1	肩、股	19,500	→	19,500	1	
	2	肘、手、足	18,810	→	18,810	2	
	3	指(手、足)	9,070	→	9,070	3	
K082		人工関節置換術				K082	
	1	肩、股、膝	37,690	→	37,690	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	28,210	→	28,210	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,310	→	13,310	3	
K082-2		人工関節抜去術				K082-2	
	1	肩、股、膝	30,230	→	30,230	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	20,620	→	20,620	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	13,950	→	13,950	3	
K082-3		人工関節再置換術				K082-3	
	1	肩、股、膝	54,810	→	54,810	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	34,190	→	34,190	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	19,940	→	19,940	3	
K083		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,510	→	2,510	K083	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K083-2		内反足足板挺子固定	2,030	→	2,030	K083-2	
		（四肢切断、離断、再接合）					
K084		四肢切断術				K084	
	1	肩甲帯	36,500	→	36,500	1	
	2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320	→	24,320	2	
	3	指（手、足）	3,330	→	3,330	3	
K084-2		肩甲帯離断術	36,500	→	36,500	K084-2	
K085		四肢関節離断術				K085	
	1	肩、股、膝	26,030	→	26,030	1	
	2	肘、手、足	11,360	→	11,360	2	
	3	指（手、足）	3,330	→	3,330	3	
K086		断端形成術（軟部形成のみのもの）				K086	
	1	指（手、足）	2,770	→	2,770	1	
	2	その他	3,300	→	3,300	2	
K087		断端形成術（骨形成を要するもの）				K087	
	1	指（手、足）	7,410	→	7,410	1	
	2	その他	10,630	→	10,630	2	
K088		切断四肢再接合術				K088	
	1	四肢	144,680	→	144,680	1	
	2	指（手、足）	81,900	→	81,900	2	
		（手、足）					
K089		爪甲除去術	640	→	640	K089	
K090		ひょう疽手術				K090	
	1	軟部組織のもの	990	→	990	1	
	2	骨、関節のもの	1,280	→	1,280	2	
K090-2		風棘手術	990	→	990	K090-2	
K091		陥入爪手術				K091	
	1	簡単なもの	1,400	→	1,400	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→	2,490	2	
K092		削除				K092	
K093		手根管開放手術	4,110	→	4,110	K093	
K093-2		関節鏡下手根管開放手術	12,000	→	10,400	K093-2	
K094		足三関節固定(ランブリヌディ)手術	25,350	→	25,350	K094	
K095		削除				K095	
K096		手掌、足底腱膜切離・切除術				K096	
	1	鏡視下によるもの	3,580	→	4,340	1	
	2	その他のもの	2,750	→	2,750	2	
K096-2		体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000	→	5,000	K096-2	
K097		手掌、足底異物摘出術	3,190	→	3,190	K097	
K098		手掌屈筋腱縫合術	11,090	→	11,090	K098	
K099		指瘢痕拘縮手術	6,880	→	6,880	K099	
K099-2		デュプイトレン拘縮手術				K099-2	
	1	1指	10,430	→	10,430	1	
	2	2指から3指	22,480	→	22,480	2	
	3	4指以上	29,740	→	29,740	3	
K100		多指症手術				K100	
	1	軟部形成のみのもの	2,640	→	2,640	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	13,250	→	13,250	2	
K101		合指症手術				K101	
	1	軟部形成のみのもの	7,320	→	7,320	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→	13,910	2	
K101-2		指癒着症手術				K101-2	
	1	軟部形成のみのもの	7,320	→	7,320	1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	13,910	→	13,910	2	
K102		巨指症手術				K102	
	1	軟部形成のみのもの	8,330	→	8,330	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→	15,390		2	
K103		屈指症手術、斜指症手術				K103		
	1	軟部形成のみのもの	11,510	→	11,510		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	15,390	→	15,390		2	
K104		削除				K104		
K105		裂手、裂足手術	25,350	→	25,350	K105		
K106		母指化手術	32,370	→	32,370	K106		
K107		指移植手術	95,630	→	95,630	K107		
K108		母指対立再建術	16,650	→	16,650	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		腸骨窩膿瘍掻爬術	11,600	→	11,600	K113		
K114 及び K115		削除				K114 及び K115		
K116		脊椎、骨盤骨掻爬術	17,580	→	15,610	K116		
K117		脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→	2,570	K117		
K117-2		頸椎非観血的整復術	2,570	→	2,570	K117-2		
K117-3		椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→	2,570	K117-3		
K118		脊椎、骨盤脱臼観血的手術	28,210	→	28,210	K118		
K119		仙腸関節脱臼観血的手術	24,320	→	24,320	K119		
K120		恥骨結合離開観血的手術	7,890	→	7,890	K120		
K120-2		恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→	1,580	K120-2		
K121		骨盤骨折非観血的整復術	2,570	→	2,570	K121		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K122 及び K123		削除				K122 及び K123		
K124		腸骨翼骨折観血的手術	15,760	→	15,760	K124		
K125		骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	29,190	→	29,190	K125		
K126		脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)				K126		
	1	棘突起、腸骨翼	3,150	→	3,150		1	
	2	その他のもの	4,510	→	4,510		2	
		自家培養軟骨組織採取術	―	→	4,510	K126-2		【新設】
K127		削除				K127		
K128		脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770	→	12,770	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	15,730	→	15,730	K131-2		
K132		削除				K132		
K133		黄色靱帯骨化症手術	28,730	→	28,730	K133		
K134		椎間板摘出術				K134		
	1	前方摘出術	34,810	→	34,810		1	
	2	後方摘出術	23,520	→	23,520		2	
	3	側方摘出術	28,210	→	28,210		3	
	4	経皮的髄核摘出術	16,810	→	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	33,540	→	30,390		2	
K135		脊椎、骨盤腫瘍切除術	33,290	→	33,290	K135		
K136		脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69,980	→	69,980	K136		
K136-2		腫瘍脊椎骨全摘術	93,300	→	93,300	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	26,700	→	26,700		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	2	その他のもの	16,510	→	16,510	2	
K139		脊椎骨切り術	52,460	→	52,460	K139	
K140		骨盤骨切り術	33,630	→	33,630	K140	
K141		臼蓋形成手術	28,220	→	28,220	K141	
K141-2		寛骨臼移動術	36,400	→	36,400	K141-2	
K141-3		脊椎制動術	16,810	→	16,810	K141-3	
K142		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）				K142	
	1	前方椎体固定	37,240	→	37,240	1	
	2	後方又は後側方固定	29,900	→	29,900	2	
	3	後方椎体固定	37,420	→	37,420	3	
	4	前方後方同時固定	75,000	→	66,590	4	
	5	椎弓切除	12,100	→	12,100	5	
	6	椎弓形成	21,700	→	21,700	6	
K142-2		脊椎側彎症手術				K142-2	
	1	固定術	48,650	→	48,650	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	
K143		仙腸関節固定術	29,190	→	29,190	K143	
K144		体外式脊椎固定術	27,510	→	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。					
		（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	→	14,430	K146	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
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	→	28,210		1	
	2	その他の場合	24,000	→	24,000		2	
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	49,520	→	49,520	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	45,970	→	45,970	K153		
K154		機能的定位脳手術				K154		
	1	片側の場合	59,180	→	52,300		1	
	2	両側の場合	78,750	→	78,750		2	
K154-2		顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術）	131,630	→	131,630	K154-2		
		定位脳腫瘍生検術	－	→	18,220	K154-3		【新設】
K155		脳切截術（開頭して行うもの）	13,620	→	13,620	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	32,280	→	32,280	K157		
K158		視神経管開放術	35,150	→	35,150	K158		
K159		顔面神経減圧手術（乳様突起経由）	44,500	→	44,500	K159		
K159-2		顔面神経管開放術	44,500	→	44,500	K159-2		
K160		脳神経手術（開頭して行うもの）	37,620	→	37,620	K160		
K160-2		頭蓋内微小血管減圧術	43,920	→	43,920	K160-2		
K161		頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490	→	23,490	K161		
K162		頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	31,270	→	31,270	K162		
K163		頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460	→	10,460	K163		
K164		頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）				K164		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	硬膜外のもの	36,970	→	36,970		1	
	2	硬膜下のもの	37,620	→	33,790		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	20,620	→	18,220	K164-4		
		内視鏡下脳内血腫除去術	―	→	33,820	K164-5		【新設】
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		頭蓋内腫瘤摘出術	61,720	→	61,720	K167		
K168		脳切除術	35,150	→	35,150	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	
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		内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	108,470	→	108,470	K171-2		
K172		脳動静脈奇形摘出術	149,830	→	149,830	K172		
K173		脳・脳膜脱手術	31,270	→	31,270	K173		
K174		水頭症手術				K174		
	1	脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	38,840	→	38,840		1	
	2	シャント手術	24,310	→	24,310		2	
K174-2		髄液シャント抜去術	1,680	→	1,680	K174-2		
K175		脳動脈瘤被包術				K175		
	1	1箇所	71,320	→	71,320		1	
	2	2箇所以上	94,040	→	94,040		2	
K176		脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）				K176		
	1	1箇所	82,730	→	82,730		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	2箇所以上	108,200	→	108,200		2	
K177		脳動脈瘤頸部クリッピング				K177		
	1	1箇所	114,070	→	114,070		1	
	2	2箇所以上	128,400	→	128,400		2	
K178		脳血管内手術				K178		
	1	1箇所	63,270	→	63,270		1	
	2	2箇所以上	81,800	→	81,800		2	
	3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850	→	79,850		3	
K178-2		経皮的脳血管形成術	33,150	→	33,150	K178-2		
K178-3		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術				K178-3		
	1	頭蓋内脳血管の場合	30,230	→	30,230		1	
	2	頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）	18,760	→	18,760		2	
		経皮的脳血栓回収術	－	→	30,230	K178-4		【新設】
K179		髄液漏閉鎖術	39,380	→	39,380	K179		
K180		頭蓋骨形成手術				K180		
	1	頭蓋骨のみのもの	16,450	→	16,450		1	
	2	硬膜形成を伴うもの	23,660	→	23,660		2	
	3	骨移動を伴うもの	40,950	→	40,950		3	
K181		脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）				K181		
	1	片側の場合	59,180	→	59,180		1	
	2	両側の場合	71,350	→	71,350		2	
K181-2		脳刺激装置交換術	15,690	→	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	22,140	→	22,140	K181-4		
K181-5		迷走神経刺激装置交換術	4,000	→	4,000	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	→	12,640		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	その他のもの	24,510	→	24,510		2	
K182-2		神経交差縫合術				K182-2		
	1	指(手、足)	36,320	→	36,320		1	
	2	その他のもの	46,180	→	46,180		2	
		神経再生誘導術	―	→	12,640	K182-3		【新設】
K183		脊髄硬膜切開術	23,490	→	23,490	K183		
		空洞・くも膜下腔シャント術(脊髄空洞症に対するもの)	―	→	23,490	K183-2		【新設】
K184		減圧脊髄切開術	24,510	→	24,510	K184		
K185		脊髄切截術	35,150	→	35,150	K185		
K186		脊髄硬膜内神経切断術	35,150	→	35,150	K186		
K187		脊髄視床路切截術	36,840	→	36,840	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	
K189		脊髄ドレナージ術	340	→	340	K189		
K190		脊髄刺激装置植込術	40,280	→	40,280	K190		
K190-2		脊髄刺激装置交換術	13,610	→	13,610	K190-2		
K190-3		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	33,750	→	33,750	K190-3		
K190-4		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	5,070	→	5,070	K190-4		
K190-5		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	→	650	K190-5		
		仙骨神経刺激装置植込術	―	→	40,280	K190-6		【新設】
		仙骨神経刺激装置交換術	―	→	13,610	K190-7		【新設】
K191		脊髄腫瘍摘出術				K191		
	1	髄外のもの	59,500	→	59,500		1	
	2	髄内のもの	118,230	→	118,230		2	
K192		脊髄血管腫摘出術	106,460	→	106,460	K192		
K193		神経腫切除術				K193		
	1	指(手、足)	5,770	→	5,770		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	2	その他のもの	10,770	→	10,770	2	
K193-2		レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）				K193-2	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360	3	
K193-3		レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）				K193-3	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230	2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160	3	
K194		神経捻除術				K194	
	1	後頭神経	4,410	→	4,410	1	
	2	上眼窩神経	4,410	→	4,410	2	
	3	眼窩下神経	4,410	→	4,410	3	
	4	おとがい神経	4,410	→	4,410	4	
	5	下顎神経	7,750	→	7,750	5	
K194-2		横隔神経麻痺術	4,410	→	4,410	K194-2	
K194-3		眼窩下孔部神経切断術	4,410	→	4,410	K194-3	
K194-4		おとがい孔部神経切断術	4,410	→	4,410	K194-4	
K195		交感神経切除術				K195	
	1	頸動脈周囲	7,930	→	7,930	1	
	2	股動脈周囲	7,750	→	7,750	2	
K195-2		尾動脈腺摘出術	7,750	→	7,750	K195-2	
K196		交感神経節切除術				K196	
	1	頸部	23,660	→	23,660	1	
	2	胸部	16,340	→	16,340	2	
	3	腰部	16,240	→	16,240	3	
K196-2		胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500	→	18,500	K196-2	
K196-3		ストッフェル手術	12,490	→	12,490	K196-3	

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			
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						
		(涙道)						
K199		涙点、涙小管形成術	550	→	550	K199		
K200		涙嚢切開術	690	→	690	K200		
K200-2		涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→	630	K200-2		
K201		先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→	3,720	K201		
K202		涙管チューブ挿入術				K202		
	1	涙道内視鏡を用いるもの	2,350	→	2,350		1	
	2	その他のもの	1,810	→	1,810		2	
K203		涙嚢摘出術	4,590	→	4,590	K203		
K204		涙嚢鼻腔吻合術	23,490	→	23,490	K204		
K205		涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→	3,720	K205		
K206		涙小管形成手術	16,730	→	16,730	K206		
		(眼瞼)						
K207		瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→	1,580	K207		
K208		麦粒腫切開術	410	→	410	K208		
K209		眼瞼膿瘍切開術	470	→	470	K209		
K209-2		外眥切開術	470	→	470	K209-2		
K210		削除				K210		
K211		睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→	560	K211		
K212		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)	1,580	→	1,440	K215		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K215-2		眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→	5,140	K215-2		
K216		眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900	→	11,900	K216		
K217		眼瞼内反症手術				K217		
	1	縫合法	1,660	→	1,660		1	
	2	皮膚切開法	2,160	→	2,160		2	
K218		眼瞼外反症手術	3,670	→	3,670	K218		
K219		眼瞼下垂症手術				K219		
	1	眼瞼挙筋前転法	7,200	→	7,200		1	
	2	筋膜移植法	18,530	→	18,530		2	
	3	その他のもの	6,070	→	6,070		3	
		（結膜）						
K220		結膜縫合術	1,260	→	1,260	K220		
K221		結膜結石除去術				K221		
	1	少数のもの（1眼瞼ごと）	260	→	260		1	
	2	多数のもの	390	→	390		2	
K222		結膜下異物除去術	390	→	390	K222		
K223		結膜嚢形成手術				K223		
	1	部分形成	2,460	→	2,250		1	
	2	皮膚及び結膜の形成	13,610	→	13,610		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		内眥形成術	16,730	→	16,730	K223-2		
K224		翼状片手術（弁の移植を要するもの）	4,130	→	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	6,890	→	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	→	14,940	K227		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K228		眼窩骨折整復術	26,520	→	26,520	K228		
K229		眼窩内異物除去術（表在性）	9,580	→	8,240	K229		
K230		眼窩内異物除去術（深在性）				K230		
	1	視神経周囲、眼窩尖端	24,960	→	24,960		1	
	2	その他	13,310	→	13,310		2	
K231 及び K232		削除				K231 及び K232		
K233		眼窩内容除去術	16,980	→	16,980	K233		
K234		眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	7,640	→	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	→	17,700	K237		
		（眼球、眼筋）						
K238		削除				K238		
K239		眼球内容除去術	5,110	→	5,110	K239		
K240		削除				K240		
K241		眼球摘出術	3,670	→	3,670	K241		
K242		斜視手術				K242		
	1	前転法	4,280	→	4,280		1	
	2	後転法	4,200	→	4,200		2	
	3	前転法及び後転法の併施	10,970	→	10,970		3	
	4	斜筋手術	11,170	→	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	→	6,680	K243		
K244		眼筋移動術	21,750	→	19,330	K244		
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330	→	7,330	K245		
		（角膜、強膜）						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	→	2,980	K246		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K247		削除				K247	
K248		角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980	→	980	K248	
K248-2		顕微鏡下角膜抜糸術	980	→	950	K248-2	
K249		角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→	990	K249	
K250		角膜切開術	990	→	990	K250	
K251		削除				K251	
K252		角膜・強膜異物除去術	650	→	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	→	10,010	K255	
K256		角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→	2,650	K256	
K257		角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920	→	6,920	K257	
K258		削除				K258	
K259		角膜移植術	54,800	→	54,800	K259	
K260		強膜移植術	18,810	→	18,810	K260	
		羊膜移植術	－	→	6,750	K260-2	【新設】
K261		角膜形成手術	3,060	→	3,060	K261	
K262		削除				K262	
		（ぶどう膜）					
K263 及び K264		削除				K263 及び K264	
K265		虹彩腫瘍切除術	14,600	→	14,600	K265	
K266		毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26,780	→	26,780	K266	
K267		削除				K267	
K268		緑内障手術				K268	
	1	虹彩切除術	4,740	→	4,740	1	
	2	流出路再建術	21,300	→	19,020	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		
	3	濾過手術	25,930	→	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)	35,480	→	34,480	4	【項目の見直し】
		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	5	【項目の見直し】
K269		虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→	4,730	K269	
K270		虹彩光凝固術	7,710	→	6,620	K270	
K271		毛様体光凝固術	4,670	→	4,670	K271	
K272		毛様体冷凍凝固術	2,160	→	2,160	K272	
K273		隅角光凝固術	8,970	→	8,970	K273	
		(眼房、網膜)					
K274		前房、虹彩内異物除去術	10,230	→	8,800	K274	
K275		網膜復位術	34,940	→	34,940	K275	
K276		網膜光凝固術				K276	
	1	通常のもの(一連につき)	11,200	→	10,020	1	
	2	その他特殊なもの(一連につき)	18,100	→	15,960	2	
K277		網膜冷凍凝固術	15,750	→	15,750	K277	
K277-2		黄斑下手術	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	16,500	→	15,560	K279	
K280		硝子体茎顕微鏡下離断術				K280	
	1	網膜付着組織を含むもの	39,970	→	38,950	1	
	2	その他のもの	30,750	→	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	
		網膜再建術	－	→	69,880	K281-2	【新設】
K282		水晶体再建術				K282	
	1	眼内レンズを挿入する場合				1	
	イ	縫着レンズを挿入するもの	17,440	→	17,440	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			
	ロ	その他のもの	12,100	→	12,100		ロ	
	2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→	7,430		2	
	3	計画的後嚢切開を伴う場合	18,150	→	18,150		3	
K282-2		後発白内障手術	1,520	→	1,380	K282-2		
K283		削除				K283		
K284		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	790	→	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	7,670	→	7,670	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	5,320	→	4,730	K291		
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,530	→	6,330	K292		
K293		耳介悪性腫瘍手術	16,390	→	16,390	K293		
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	30,420	→	30,420	K294		
K295		耳後瘻孔閉鎖術	3,340	→	3,340	K295		
K296		耳介形成手術				K296		
	1	耳介軟骨形成を要するもの	14,570	→	14,570		1	
	2	耳介軟骨形成を要しないもの	8,910	→	8,910		2	
K297		外耳道形成手術	15,550	→	15,550	K297		
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術	29,410	→	29,410	K298		
K299		小耳症手術				K299		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	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	→	12,290	2	
		（中耳）					
K300		鼓膜切開術	690	→	690	K300	
K301		鼓室開放術	6,070	→	6,070	K301	
K302		上鼓室開放術	8,620	→	8,620	K302	
K303		上鼓室乳突洞開放術	17,910	→	17,910	K303	
K304		乳突洞開放術（アントロトミー）	8,850	→	8,850	K304	
K305		乳突削開術	17,750	→	17,750	K305	
K306		錐体部手術	33,120	→	33,120	K306	
K307		削除				K307	
K308		耳管内チューブ挿入術	1,420	→	1,420	K308	
K308-2		耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→	1,420	K308-2	
K309		鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	2,670	→	2,670	K309	
K310		乳突充填術	6,230	→	6,230	K310	
K311		鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）	1,580	→	1,580	K311	
K312		鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→	3,020	K312	
K313		中耳、側頭骨腫瘍摘出術	33,970	→	33,970	K313	
K314		中耳悪性腫瘍手術				K314	
	1	切除	35,490	→	35,490	1	
	2	側頭骨摘出術	68,640	→	68,640	2	
K315		鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900	→	9,900	K315	
K316		S状洞血栓（静脈炎）手術	22,480	→	22,480	K316	
K317		中耳根治手術	30,760	→	30,760	K317	
K318		鼓膜形成手術	18,100	→	18,100	K318	
K319		鼓室形成手術	42,770	→	42,770	K319	
K320		アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140	→	32,140	K320	
		（内耳）					

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K321		内耳開窓術	31,970	→	31,970	K321		
K322		経迷路的内耳道開放術	64,930	→	64,930	K322		
K323		内リンパ嚢開放術	28,210	→	28,210	K323		
K324		削除				K324		
K325		迷路摘出術				K325		
	1	部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	24,510	→	24,510		1	
	2	全摘出	38,890	→	38,890		2	
K326		削除				K326		
K327		内耳窓閉鎖術	24,600	→	23,250	K327		
K328		人工内耳植込術	40,810	→	40,810	K328		
		植込型骨導補聴器移植術	－	→	8,850	K328-2		【新設】
		植込型骨導補聴器交換術	－	→	1,840	K328-3		【新設】
		(鼻)						
K329		鼻中隔膿瘍切開術	620	→	620	K329		
K330		鼻中隔血腫切開術	820	→	820	K330		
K331		鼻腔粘膜焼灼術	900	→	900	K331		
K331-2		下甲介粘膜焼灼術	900	→	900	K331-2		
K331-3		下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	2,910	→	2,910	K331-3		
K332		削除				K332		
K333		鼻骨骨折整復固定術	2,130	→	2,130	K333		
K333-2		鼻骨脱臼整復術	1,640	→	1,640	K333-2		
K333-3		鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→	1,640	K333-3		
K334		鼻骨骨折観血的手術	5,720	→	5,720	K334		
K334-2		鼻骨変形治癒骨折矯正術	19,100	→	19,100	K334-2		
K335		鼻中隔骨折観血的手術	2,740	→	2,740	K335		
K335-2		上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,740	→	2,740	K335-2		
K335-3		上顎洞鼻外手術	2,740	→	2,740	K335-3		
K336		鼻内異物摘出術	690	→	690	K336		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K337		鼻前庭嚢胞摘出術	4,150	→	4,150	K337		
K338		鼻甲介切除術				K338		
	1	高周波電気凝固法によるもの	900	→	900		1	
	2	その他のもの	1,520	→	1,820		2	
K338-2		削除				K338-2		
K339		粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,590	→	2,960	K339		
K340		鼻茸摘出術	2,180	→	1,090	K340		
K340-2		出血性鼻茸摘出術	6,860	→	6,860	K340-2		
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）	－	→	3,600	K340-3		【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）	－	→	10,000	K340-4		【新設】
		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	K340-5		【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）	－	→	31,990	K340-6		【新設】
		内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	－	→	40,000	K340-7		【新設】
K341		上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→	1,510	K341		
K342		鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110	→	14,110	K342		
K343		鼻副鼻腔悪性腫瘍手術				K343		
	1	切除	20,870	→	20,870		1	
	2	全摘	42,470	→	42,470		2	
K344		経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530	→	26,530	K344		
K345		萎縮性鼻炎手術（両側）	18,250	→	18,250	K345		
K346		後鼻孔閉鎖症手術				K346		
	1	単純なもの（膜性閉鎖）	3,640	→	3,640		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	→	6,860	K347		
K347-2		変形外鼻手術	16,390	→	16,390	K347-2		
		（副鼻腔）						
K348		削除				K348		
K349		上顎洞開窓術	2,600	→	1,300	K349		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K350		前頭洞充填術	11,000	→	11,000	K350		
K351		上顎洞血瘤腫手術	13,520	→	13,520	K351		
K352		上顎洞根治手術	6,660	→	6,660	K352		
K352-2		鼻内上顎洞根治手術	6,660	→	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	8,330	→	4,170	K353		
K354		篩骨洞根治手術	15,560	→	7,780	K354		
K355		鼻内前頭洞根治手術	9,660	→	4,830	K355		
K356		前頭洞根治手術	16,290	→	－	K356		【項目の削除】
		鼻外前頭洞手術	－	→	16,290	K356-2		【新設】
K357		鼻内蝶形洞根治手術	6,380	→	3,190	K357		
K358		上顎洞篩骨洞根治手術	18,850	→	9,430	K358		
K359		前頭洞篩骨洞根治手術	18,810	→	9,410	K359		
K360		篩骨洞蝶形洞根治手術	18,810	→	9,410	K360		
K361		上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	21,060	→	10,530	K361		
K362		上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	23,520	→	11,760	K362		
K362-2		経上顎洞的顎動脈結紮術	26,030	→	26,030	K362-2		
K363		前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	26,870	→	13,440	K363		
K364		汎副鼻腔根治手術	28,990	→	14,500	K364		
K365		経上顎洞的翼突管神経切除術	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		
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		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K371		上咽頭腫瘍摘出術				K371		
	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	
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	14,430	→	14,430		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	14,820	→	14,820		2	
K374		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	28,970	→	28,970	K374		
K375		鼻咽腔線維腫手術				K375		
	1	切除	8,030	→	8,030		1	
	2	摘出	31,430	→	31,430		2	
K375-2		鼻咽腔閉鎖術	21,630	→	21,630	K375-2		
K376		上咽頭悪性腫瘍手術	28,210	→	28,210	K376		
K377		口蓋扁桃手術				K377		
	1	切除	1,430	→	1,430		1	
	2	摘出	3,600	→	3,600		2	
K378		舌扁桃切除術	1,230	→	1,230	K378		
K379		副咽頭間隙腫瘍摘出術				K379		
	1	経頸部によるもの	26,000	→	26,000		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	2	経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	48,000	→	48,000	2	
K379-2		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術				K379-2	
	1	経頸部によるもの	39,000	→	39,000	1	
	2	経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	75,000	→	75,000	2	
K380		過長茎状突起切除術	5,880	→	5,880	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	→	4,000	K384-2	
K385		喉頭浮腫乱切術	2,040	→	2,040	K385	
K386		気管切開術	2,570	→	2,570	K386	
K387		喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860	→	2,860	K387	
K388		喉頭粘膜下異物挿入術	3,890	→	3,630	K388	
K388-2		喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→	11,410	K388-2	
K389		喉頭・声帯ポリープ切除術				K389	
	1	間接喉頭鏡によるもの	2,990	→	2,990	1	
	2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→	4,300	2	
K390		喉頭異物摘出術				K390	
	1	直達鏡によらないもの	2,920	→	2,920	1	
	2	直達鏡によるもの	5,250	→	5,250	2	
K391		気管異物除去術				K391	
	1	直達鏡によるもの	5,320	→	5,320	1	
	2	開胸手術によるもの	37,690	→	37,690	2	
K392		喉頭蓋切除術	3,190	→	3,190	K392	
K392-2		喉頭蓋嚢腫摘出術	3,190	→	3,190	K392-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K393		喉頭腫瘍摘出術				K393		
	1	間接喉頭鏡によるもの	3,420	→	3,420		1	
	2	直達鏡によるもの	4,310	→	4,310		2	
K394		喉頭悪性腫瘍手術				K394		
	1	切除	41,710	→	38,800		1	
	2	全摘	52,220	→	52,220		2	
K395		喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）	113,880	→	113,880	K395		
K396		気管切開孔閉鎖術	1,040	→	1,040	K396		
K396-2		気管縫合術	1,040	→	1,040	K396-2		
K397		喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	13,390	→	13,390	K397		
K398		喉頭狭窄症手術				K398		
	1	前方開大術	21,290	→	21,290		1	
	2	前壁形成手術	20,450	→	20,450		2	
	3	Tチューブ挿入術	11,700	→	11,700		3	
K399		気管狭窄症手術	32,620	→	32,620	K399		
K400		喉頭形成手術				K400		
	1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	21,130	→	18,750		1	
	2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510	→	28,510		2	
K401		気管口狭窄拡大術	2,690	→	2,690	K401		
K402		縦隔気管口形成手術	76,040	→	76,040	K402		
K403		気管形成手術（管状気管、気管移植等）				K403		
	1	頸部からのもの	43,430	→	43,430		1	
	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040	→	76,040		2	
K403-2		嚥下機能手術				K403-2		
	1	輪状咽頭筋切断術	18,810	→	18,810		1	
	2	喉頭挙上術	18,370	→	18,370		2	
	3	喉頭気管分離術	28,210	→	28,210		3	
	4	喉頭全摘術	28,210	→	28,210		4	

旧区分番号			新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号			備考
			第6款　顔面・口腔・頸部							
			（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）							
K404			抜歯手術（1歯につき）				K404			
	1		乳歯	130	→	130		1		
	2		前歯	150	→	150		2		
	3		臼歯	260	→	260		3		
	4		難抜歯	470	→	470		4		
	5		埋伏歯	1,050	→	1,050		5		
K405			削除				K405			
K406			口蓋腫瘍摘出術				K406			
	1		口蓋粘膜に限局するもの	520	→	520		1		
	2		口蓋骨に及ぶもの	8,050	→	8,050		2		
K407			顎・口蓋裂形成手術				K407			
	1		軟口蓋のみのもの	14,520	→	14,520		1		
	2		硬口蓋に及ぶもの	24,170	→	24,170		2		
	3		顎裂を伴うもの					3		
		イ	片側	25,170	→	25,170			イ	
		ロ	両側	29,040	→	29,040			ロ	
K407-2			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			
K409			口腔底腫瘍摘出術	6,800	→	6,800	K409			
K410			口腔底悪性腫瘍手術	24,050	→	24,050	K410			
K411			頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→	4,460	K411			
K412			頬粘膜悪性腫瘍手術	22,490	→	22,490	K412			
K413			舌腫瘍摘出術				K413			
	1		粘液嚢胞摘出術	1,220	→	1,220		1		
	2		その他のもの	3,140	→	2,940		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			
K414		舌根甲状腺腫摘出術	8,520	→	8,520	K414		
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	8,520	→	8,520	K414-2		
K415		舌悪性腫瘍手術				K415		
	1	切除	18,810	→	18,810		1	
	2	亜全摘	64,160	→	64,160		2	
K416 及び K417		削除				K416 及び K417		
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	7,590	→	7,590	K418		
K418-2		舌繋瘢痕性短縮矯正術	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	粘液嚢胞摘出術	910	→	910		1	
	2	その他のもの	3,370	→	3,050		2	
K422		口唇悪性腫瘍手術	28,210	→	28,210	K422		
K423		頬腫瘍摘出術				K423		
	1	粘液嚢胞摘出術	910	→	910		1	
	2	その他のもの	4,380	→	4,380		2	
K424		頬悪性腫瘍手術	17,900	→	17,900	K424		
K425		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100	→	89,100	K425		
K426		口唇裂形成手術(片側)				K426		
	1	口唇のみの場合	13,180	→	13,180		1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810	→	18,810		2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	22,140	→	22,140		3	
K426-2		口唇裂形成手術(両側)				K426-2		
	1	口唇のみの場合	18,810	→	18,810		1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790	→	23,790		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	3	鼻腔底形成を伴う場合	33,290	→	33,290	3	
		（顔面骨、顎関節）					
K427		頬骨骨折観血的整復術	15,090	→	15,090	K427	
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	35,100	→	35,100	K427-2	
K428		下顎骨折非観血的整復術	1,240	→	1,240	K428	
K429		下顎骨折観血的手術				K429	
	1	片側	13,000	→	13,000	1	
	2	両側	24,840	→	24,840	2	
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術				K429-2	
	1	片側	28,210	→	28,210	1	
	2	両側	47,020	→	47,020	2	
K430		顎関節脱臼非観血的整復術	410	→	410	K430	
K431		顎関節脱臼観血的手術	23,830	→	23,830	K431	
K432		上顎骨折非観血的整復術	1,570	→	1,570	K432	
K433		上顎骨折観血的手術	15,220	→	15,220	K433	
K434		顔面多発骨折観血的手術	34,520	→	34,520	K434	
K434-2		顔面多発骨折変形治癒矯正術	41,420	→	41,420	K434-2	
K435		術後性上顎嚢胞摘出術	6,660	→	6,660	K435	
K436		顎骨腫瘍摘出術				K436	
	1	長径3センチメートル未満	2,820	→	2,820	1	
	2	長径3センチメートル以上	11,160	→	11,160	2	
K437		下顎骨部分切除術	14,940	→	14,940	K437	
K438		下顎骨離断術	23,600	→	23,600	K438	
K439		下顎骨悪性腫瘍手術				K439	
	1	切除	32,550	→	32,550	1	
	2	切断	43,410	→	43,410	2	
K440		上顎骨切除術	15,310	→	15,310	K440	
K441		上顎骨全摘術	33,120	→	33,120	K441	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K442		上顎骨悪性腫瘍手術				K442	
	1	掻爬	7,640	→	7,640	1	
	2	切除	28,210	→	28,210	2	
	3	全摘	56,130	→	56,130	3	
K443		上顎骨形成術				K443	
	1	単純な場合	21,130	→	21,130	1	
	2	複雑な場合及び2次的再建の場合	41,370	→	41,370	2	
	3	骨移動を伴う場合	72,900	→	72,900	3	
K444		下顎骨形成術				K444	
	1	おとがい形成の場合	6,490	→	6,490	1	
	2	短縮又は伸長の場合	22,310	→	22,310	2	
		2については、両側を同時に行った場合	3,000	→	3,000		
	3	再建の場合	36,080	→	36,080	3	
	4	骨移動を伴う場合	54,210	→	54,210	4	
K444-2		下顎骨延長術				K444-2	
	1	片側	22,310	→	22,310	1	
	2	両側	33,460	→	33,460	2	
K445		顎関節形成術	40,870	→	40,870	K445	
K446		顎関節授動術				K446	
	1	徒手的授動術（パンピングを併用した場合）	990	→	990	1	
	2	顎関節鏡下授動術	7,310	→	7,310	2	
	3	開放授動術	22,820	→	22,820	3	
K447		顎関節円板整位術				K447	
	1	顎関節鏡下円板整位術	18,810	→	18,810	1	
	2	開放円板整位術	27,300	→	27,300	2	
		（唾液腺）					
K448		がま腫切開術	820	→	820	K448	
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→	900	K449	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K450		唾石摘出術(一連につき)				K450		【名称の見直し】
	1	表在性のもの	640	→	640		1	
	2	深在性のもの	3,770	→	3,770		2	
	3	腺体内に存在するもの	7,200	→	6,550		3	
K451		がま腫摘出術	5,950	→	5,950	K451		
K452		舌下腺腫瘍摘出術	5,990	→	5,990	K452		
K453		顎下腺腫瘍摘出術	9,480	→	9,480	K453		
K454		顎下腺摘出術	9,670	→	9,670	K454		
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	28,210	→	28,210	K455		
K456		削除				K456		
K457		耳下腺腫瘍摘出術				K457		
	1	耳下腺浅葉摘出術	27,210	→	27,210		1	
	2	耳下腺深葉摘出術	31,100	→	31,100		2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術				K458		
	1	切除	28,210	→	28,210		1	
	2	全摘	37,620	→	37,620		2	
K459		唾液腺管形成手術	11,360	→	11,360	K459		
K460		唾液腺管移動術				K460		
	1	上顎洞内へのもの	11,360	→	11,360		1	
	2	結膜嚢内へのもの	14,070	→	14,070		2	
		(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術				K461		
	1	片葉のみの場合	8,480	→	8,480		1	
	2	両葉の場合	10,760	→	10,760		2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	20,800	→	20,800	K462		
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	30,810	→	30,810		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		
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	
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、頸嚢摘出術	11,430	→	11,430	K467	
K468		頸肋切除術	10,580	→	10,580	K468	
K469		頸部郭清術				K469	
	1	片側	20,960	→	20,960	1	
	2	両側	28,900	→	28,900	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	35,830	→	35,830	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	→	3,720	K471	
		第7款　胸部					
		（乳腺）					
K472		乳腺膿瘍切開術	820	→	820	K472	
K473		削除				K473	
K474		乳腺腫瘍摘出術				K474	
	1	長径5センチメートル未満	2,660	→	2,660	1	
	2	長径5センチメートル以上	6,730	→	6,730	2	
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）	6,300	→	6,240	K474-3	
K475		乳房切除術	6,040	→	6,040	K475	
K475-2		乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→	6,040	K475-2	
K476		乳腺悪性腫瘍手術				K476	
	1	単純乳房切除術（乳腺全摘術）	14,820	→	14,820	1	
	2	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	28,210	→	28,210	2	
	3	乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	22,520	→	22,520	3	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	4	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	42,350	→	42,350		4	
	5	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの	42,350	→	42,350		5	
	6	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの	42,350	→	42,350		6	
	7	拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	52,820	→	52,820		7	
K476-2		陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→	7,350	K476-2		
K476-3		動脈(皮)弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）				K476-3		【名称の見直し】
	1	一次的に行うもの	42,710	→	42,710		1	【名称の見直し】
	2	二次的に行うもの	53,560	→	53,560		2	【名称の見直し】
		ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	－	→	25,000	K476-4		【新設】
		（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髄炎手術	7,460	→	7,460	K478		
K479		削除				K479		
K480		胸壁冷膿瘍手術	7,670	→	7,670	K480		
K480-2		流注膿瘍切開掻爬術	7,670	→	7,670	K480-2		
K481		肋骨骨折観血的手術	7,830	→	7,830	K481		
K482		肋骨切除術				K482		
	1	第1肋骨	16,900	→	16,900		1	
	2	その他の肋骨	4,300	→	4,300		2	
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120	→	12,120	K483		
K484		胸壁悪性腫瘍摘出術				K484		
	1	胸壁形成手術を併施するもの	47,860	→	47,860		1	
	2	その他のもの	28,210	→	28,210		2	
K484-2		胸骨悪性腫瘍摘出術				K484-2		
	1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750	→	43,750		1	
	2	その他のもの	28,210	→	28,210		2	
K485		胸壁腫瘍摘出術	12,960	→	12,960	K485		
K486		胸壁瘻手術	23,520	→	23,520	K486		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K487		漏斗胸手術				K487		
	1	胸骨挙上法によるもの	28,210	→	28,210		1	
	2	胸骨翻転法によるもの	33,970	→	33,970		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	13,500	→	13,500	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		醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術				K496		
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	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		胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	51,850	→	51,850	K496-2		
K496-3		胸膜外肺剥皮術				K496-3		
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340	→	26,340		1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150	→	33,150		2	
K496-4		胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	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	49,650	→	49,650	K497-2		
K498		胸郭形成手術（膿胸手術の場合）				K498		
	1	肋骨切除を主とするもの	42,020	→	42,020		1	
	2	胸膜胼胝切除を併施するもの	49,200	→	49,200		2	
K499		胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	15,830	→	15,830	K499		
K500		削除				K500		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K501		乳糜胸手術	12,530	→	12,530	K501		
K501-2		胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→	12,530	K501-2		
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	→	37,000	K502		
K502-2		縦隔切開術				K502-2		
	1	頸部からのもの	6,390	→	6,390		1	【項目の見直し】
	2	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	17,580	→	－			【項目の削除】
	3	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	26,750	→	26,750	K502-3		
		拡大胸腺摘出術	－	→	31,710	K502-4		【新設】
		胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	－	→	58,950	K502-5		【新設】
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	→	37,000		1	
	2	広汎摘出	56,020	→	56,020		2	
		胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	－	→	58,950	K504-2		【新設】
		（気管支、肺）						
K505 及び K506		削除				K505 及び K506		
K507		肺膿瘍切開排膿術	28,210	→	28,210	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	→	9,360		1	
	2	軟性鏡によるもの	8,960	→	8,960		2	
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	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K509-2		気管支肺胞洗浄術	4,800	→	4,800	K509-2	
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	
		気管支瘻孔閉鎖術	―	→	4,560	K509-4	【新設】
K510		気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）	6,700	→	6,700	K510	
K510-2		光線力学療法				K510-2	
	1	早期肺がん（0期又は1期に限る。）に対するもの	8,710	→	8,710	1	
	2	その他のもの	8,710	→	8,710	2	
K510-3		気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8,710	→	8,710	K510-3	
K511		肺切除術				K511	
	1	楔状部分切除	23,520	→	23,520	1	
	2	区域切除（1肺葉に満たないもの）	58,430	→	58,430	2	
	3	肺葉切除	58,350	→	58,350	3	
	4	複合切除（1肺葉を超えるもの）	64,850	→	64,850	4	
	5	1側肺全摘	59,830	→	59,830	5	
	6	気管支形成を伴う肺切除	76,230	→	76,230	6	
K512		削除				K512	
K513		胸腔鏡下肺切除術				K513	
	1	肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの）	39,830	→	39,830	1	
	2	その他のもの	58,950	→	58,950	2	
K513-2		胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950	→	58,950	K513-2	
K513-3		胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950	→	58,950	K513-3	
K513-4		胸腔鏡下肺縫縮術	58,950	→	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	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	6	気管支形成を伴う肺切除	80,460	→	80,460	6	
	7	気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860	→	124,860	7	
	8	気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130	→	127,130	8	
		胸膜肺全摘	－	→	92,000	9	【項目の追加】
K514-2		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術				K514-2	
	1	部分切除	66,500	→	60,170	1	
	2	区域切除	72,640	→	72,640	2	
	3	肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	92,000	→	92,000	3	
K514-3		移植用肺採取術(死体)(両側)	63,200	→	63,200	K514-3	
K514-4		同種死体肺移植術	119,000	→	119,000	K514-4	
K514-5		移植用部分肺採取術(生体)	52,680	→	52,680	K514-5	
K514-6		生体部分肺移植術	100,980	→	100,980	K514-6	
K515		肺剥皮術	29,640	→	29,640	K515	
K516		気管支瘻閉鎖術	59,170	→	59,170	K516	
K517		肺縫縮術	23,520	→	23,520	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		食道縫合術(穿孔、損傷)				K520	
	1	頸部手術	17,070	→	17,070	1	
	2	開胸手術	28,210	→	28,210	2	
	3	開腹手術	17,750	→	17,750	3	
K521		食道周囲膿瘍切開誘導術				K521	
	1	開胸手術	26,030	→	26,030	1	
	2	胸骨切開によるもの	16,900	→	16,900	2	
	3	その他のもの(頸部手術を含む。)	6,600	→	6,600	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			
K522		食道狭窄拡張術				K522		
	1	内視鏡によるもの	9,450	→	9,450		1	
	2	食道ブジー法	2,950	→	2,950		2	
	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→	12,480		3	
K522-2		食道ステント留置術	6,300	→	6,300	K522-2		
K522-3		食道空置バイパス作成術	54,020	→	54,020	K522-3		
K523		食道異物摘出術				K523		
	1	頸部手術によるもの	25,350	→	25,350		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		食道憩室切除術				K524		
	1	頸部手術によるもの	22,480	→	22,480		1	
	2	開胸によるもの	31,430	→	31,430		2	
K524-2		胸腔鏡下食道憩室切除術	34,130	→	34,130	K524-2		
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	
	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	K525-3		【新設】
K526		食道腫瘍摘出術				K526		
	1	内視鏡によるもの	8,480	→	8,480		1	
	2	開胸又は開腹手術によるもの	34,140	→	34,140		2	
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250	→	50,250		3	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K526-2		内視鏡的食道粘膜切除術				K526-2		
	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840	→	8,840		1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100	→	22,100		2	
K526-3		内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490	→	11,490	K526-3		
K527		食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）				K527		
	1	頸部食道の場合	47,530	→	47,530		1	
	2	胸部食道の場合	56,950	→	56,950		2	
K528		先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→	64,820	K528		
K528-2		先天性食道狭窄症根治手術	51,220	→	51,220	K528-2		
K529		食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）				K529		
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540	→	122,540		1	【項目の見直し】
	2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490	→	101,490		2	
	3	腹部の操作によるもの	69,840	→	69,840		3	
		胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術				K529-2		【新設】
		頸部、胸部、腹部の操作によるもの	―	→	125,240		1	
		胸部、腹部の操作によるもの	―	→	104,190		2	
K530		食道アカラシア形成手術	32,710	→	32,710	K530		
K530-2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500	→	44,500	K530-2		
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	54,960	→	54,960		2	
K532		食道・胃静脈瘤手術				K532		
	1	血行遮断術を主とするもの	34,240	→	34,240		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）	38,340	→	38,340	K532-3		
K533		食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	8,990	→	8,990	K533		
K533-2		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→	8,990	K533-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
		（横隔膜）						
K534		横隔膜縫合術				K534		
	1	経胸又は経腹	27,890	→	27,890		1	
	2	経胸及び経腹	37,620	→	37,620		2	
K534-2		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	26,870	→	26,870		1	
	2	経胸及び経腹	35,490	→	35,490		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	34,810	→	34,810		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						
		（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		心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240	→	15,240	K539-2		
K539-3		胸腔鏡下心膜開窓術	16,060	→	16,060	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		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	単独のもの	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	22,000	→	－	K546		【項目の見直し】
		急性心筋梗塞に対するもの	－	→	32,000		1	
		不安定狭心症に対するもの	－	→	22,000		2	
		その他のもの	－	→	19,300		3	
K547		経皮的冠動脈粥腫切除術	23,950	→	23,950	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テレクトミーカテーテルによるもの	24,500	→	24,500		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	→	24,500		2	
K549		経皮的冠動脈ステント留置術	24,380	→	－	K549		【項目の見直し】
		急性心筋梗塞に対するもの	－	→	34,380		1	
		不安定狭心症に対するもの	－	→	24,380		2	
		その他のもの	－	→	21,680		3	
K550		冠動脈内血栓溶解療法	17,410	→	17,410	K550		
K550-2		経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640	→	19,640	K550-2		
K551		冠動脈形成術（血栓内膜摘除）				K551		
	1	1箇所のもの	76,550	→	76,550		1	
	2	2箇所以上のもの	79,860	→	79,860		2	
K552		冠動脈、大動脈バイパス移植術				K552		
	1	1吻合のもの	71,570	→	71,570		1	
	2	2吻合以上のもの	89,250	→	89,250		2	
K552-2		冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）				K552-2		
	1	1吻合のもの	71,570	→	71,570		1	
	2	2吻合以上のもの	91,350	→	91,350		2	
		自家血管の採取料	1,680	→	1,680			

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
		自家血管の採取料（小児）	1,850	→	1,850			
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	
K555		弁置換術				K555		
	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	
		経皮的大動脈弁置換術	―	→	37,430	K555-2		【新設】
K556		大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→	42,940	K556		
K556-2		経皮的大動脈弁拡張術	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	129,380	→	129,380	K557-3		
K557-4		ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	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		大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）				K560		

旧区分番号			新手術項目名	点数			新区分番号			備考
				改正前		改正後				
	1		上行大動脈					1		
		イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510	→	114,510			イ	
		ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820	→	128,820			ロ	
		ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860	→	148,860			ハ	
		ニ	その他のもの	100,200	→	100,200			ニ	
	2		弓部大動脈	114,510	→	114,510		2		
	3		上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術					3		
		イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370	→	187,370			イ	
		ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790	→	210,790			ロ	
		ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580	→	243,580			ハ	
		ニ	その他のもの	171,760	→	171,760			ニ	
	4		下行大動脈	89,250	→	89,250		4		
	5		胸腹部大動脈	249,750	→	249,750		5		
	6		腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	59,080	→	59,080		6		
	7		腹部大動脈（その他のもの）	52,000	→	52,000		7		
K561			ステントグラフト内挿術				K561			
	1		胸部大動脈	56,560	→	56,560		1		
	2		腹部大動脈	49,440	→	49,440		2		
	3		腸骨動脈	43,830	→	43,830		3		
K562			動脈管開存症手術				K562			
	1		経皮的動脈管開存閉鎖術	16,510	→	16,510		1		
	2		動脈管開存閉鎖術（直視下）	22,000	→	22,000		2		
			胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	－	→	27,400	K562-2			【新設】
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）	71,550	→	71,550	K565			
K566			体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	44,670	→	44,670	K566			
K567			大動脈縮窄（離断）症手術				K567			

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	単独のもの	57,250	→	57,250		1	
	2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→	100,200		2	
	3	複雑心奇形手術を伴うもの	173,620	→	173,620		3	
K567-2		経皮的大動脈形成術	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、ウール氏病手術）	90,120	→	90,120	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）	32,500	→	32,500		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	31,280	→	31,280	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	109,310	→	－		2	【項目の見直し】
		心臓型	－	→	109,310		イ	
		その他のもの	－	→	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）	11,660	→	11,660		1	
	2	心房中隔欠損作成術	33,540	→	33,540		2	
K574		心房中隔欠損閉鎖術				K574		
	1	単独のもの	39,130	→	39,130		1	
	2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130	→	45,130		2	
K574-2		経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850	→	31,850	K574-2		
K575		三心房心手術	68,940	→	68,940	K575		
K576		心室中隔欠損閉鎖術				K576		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	単独のもの	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		
	1	心房内血流転換手術（マスタード・セニング手術）	114,510	→	114,510		1	
	2	大血管血流転換術（ジャテーン手術）	144,690	→	144,690		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	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	
K584		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	
	2	根治手術（ダブルスイッチ手術）	201,630	→	201,630	2	
K585		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	
	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		冠動静脈瘻開胸的遮断術	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	
	1	副伝導路切断術	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	
K595		経皮的カテーテル心筋焼灼術				K595	
	1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	40,760	→	40,760	1	
	2	その他のもの	34,370	→	34,370	2	
K595-2		経皮的中隔心筋焼灼術	24,390	→	24,390	K595-2	
K596		体外ペースメーキング術	3,370	→	3,370	K596	
K597		ペースメーカー移植術				K597	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	心筋電極の場合	15,060	→	15,060	1	
	2	経静脈電極の場合	7,820	→	9,520	2	
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	31,510	→	31,510	K599	
K599-2		植込型除細動器交換術	6,000	→	6,000	K599-2	
K599-3		両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32,000	→	32,000	K599-3	
K599-4		両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	6,000	→	6,000	K599-4	
K599-5		経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）	28,600	→	28,600	K599-5	
K600		大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）				K600	
	1	初日	8,780	→	8,780	1	
	2	2日目以降	3,680	→	3,680	2	
K601		人工心肺（1日につき）				K601	
	1	初日	24,500	→	24,500	1	
		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		
		初日に選択的脳灌流を併せて行った場合	7,000	→	7,000		
	2	2日目以降	3,000	→	3,000	2	
K602		経皮的心肺補助法（1日につき）				K602	
	1	初日	11,100	→	11,100	1	
	2	2日目以降	3,120	→	3,120	2	
K603		補助人工心臓（1日につき）				K603	
	1	初日	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	
K604		植込型補助人工心臓（拍動流型）				K604	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	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）	4,000	→	4,000		3	
	4	91日目以降（1月につき）	6,000	→	6,000		4	
K604-2		植込型補助人工心臓（非拍動流型）				K604-2		
	1	初日（1日につき）	58,500	→	58,500		1	
	2	2日目以降30日目まで（1日につき）	5,000	→	5,000		2	
	3	31日目以降90日目まで（1日につき）	2,780	→	2,780		3	
	4	91日目以降（1日につき）	1,500	→	1,500		4	
K605		移植用心採取術	62,720	→	62,720	K605		
K605-2		同種心移植術	192,920	→	192,920	K605-2		
K605-3		移植用心肺採取術	100,040	→	100,040	K605-3		
K605-4		同種心肺移植術	286,010	→	286,010	K605-4		
		（動脈）						
K606		血管露出術	530	→	530	K606		
K607		血管結紮術				K607		
	1	開胸又は開腹を伴うもの	10,550	→	10,550		1	
	2	その他のもの	3,130	→	3,130		2	
K607-2		血管縫合術（簡単なもの）	3,130	→	3,130	K607-2		
K607-3		上腕動脈表在化法	5,000	→	5,000	K607-3		
K608		動脈塞栓除去術				K608		
	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	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	3	その他のもの	25,860	→	25,860		3	
K609-2		経皮的頸動脈ステント留置術	38,930	→	34,740	K609-2		
K610		動脈形成術、吻合術				K610		
	1	頭蓋内動脈	70,980	→	81,720		1	
	2	胸腔内動脈（大動脈を除く。）	47,790	→	47,790		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	→	15,340		4	
	5	その他の動脈	18,080	→	18,080		5	
K610-2		脳新生血管造成術	52,550	→	52,550	K610-2		
K610-3		内シャント又は外シャント設置術	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	
	2	四肢に設置した場合	16,250	→	16,250		2	
	3	頭頸部その他に設置した場合	16,640	→	16,640		3	
K612		末梢動静脈瘻造設術	7,760	→	7,760	K612		
K613		腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	31,840	→	31,840	K613		
K614		血管移植術、バイパス移植術				K614		
	1	大動脈	70,700	→	70,700		1	
	2	胸腔内動脈	64,050	→	64,050		2	
	3	腹腔内動脈	56,560	→	56,560		3	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→	55,050		4	
	5	下腿、足部動脈	62,670	→	62,670		5	
	6	その他の動脈	30,290	→	30,290		6	
K615		血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）				K615		【名称の見直し】
	1	止血術	19,260	→	19,260		1	
		選択的動脈化学塞栓術	－	→	18,220		2	【項目の追加】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	その他のもの	16,930	→	16,930		3	
K615-2		経皮的大動脈遮断術	1,390	→	1,390	K615-2		
K616		四肢の血管拡張術・血栓除去術	20,540	→	20,540	K616		
K616-2		頸動脈球摘出術	10,800	→	10,800	K616-2		
K616-3		経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550	→	24,550	K616-3		
K616-4		経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080	→	18,080	K616-4		
		（静脈）						
K617		下肢静脈瘤手術				K617		
	1	抜去切除術	10,200	→	10,200		1	
	2	硬化療法（一連として）	1,720	→	1,720		2	
	3	高位結紮術	3,130	→	3,130		3	
K617-2		大伏在静脈抜去術	11,020	→	11,020	K617-2		
K617-3		静脈瘤切除術（下肢以外）	1,820	→	1,820	K617-3		
K617-4		下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360	→	14,360	K617-4		
		内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	―	→	10,200	K617-5		【新設】
K618		中心静脈注射用植込型カテーテル設置				K618		【名称の見直し】
	1	四肢に設置した場合	10,500	→	10,500		1	
	2	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→	10,800		2	
K619		静脈血栓摘出術				K619		
	1	開腹を伴うもの	22,070	→	22,070		1	
	2	その他のもの（観血的なもの）	13,100	→	13,100		2	
K619-2		総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→	32,100	K619-2		
K620		下大静脈フィルター留置術	10,160	→	10,160	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	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	腹腔内静脈	25,200	→	25,200		2	
	3	指(手、足)の静脈	12,970	→	－			【項目の削除】
	4	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		
		(ﾘﾝﾊﾟ管、ﾘﾝﾊﾟ節)						
K624		削除				K624		
K625		リンパ管腫摘出術				K625		
	1	長径5センチメートル未満	10,910	→	10,910		1	
	2	長径5センチメートル以上	16,390	→	16,390		2	
K626		リンパ節摘出術				K626		
	1	長径3センチメートル未満	1,200	→	1,200		1	
	2	長径3センチメートル以上	2,880	→	2,880		2	
K626-2		リンパ節膿瘍切開術	910	→	910	K626-2		
K627		リンパ節群郭清術				K627		
	1	顎下部又は舌下部(浅在性)	9,060	→	9,060		1	
	2	頸部(深在性)	18,250	→	18,250		2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	12,050	→	12,050		3	
	4	腋窩	17,750	→	17,750		4	
	5	胸骨旁	18,250	→	18,250		5	
	6	鼠径部及び股部	7,370	→	7,370		6	
	7	後腹膜	37,620	→	37,620		7	
	8	骨盤	24,360	→	24,360		8	
K627-2		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	28,460	→	28,460	K627-2		
		腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	－	→	26,460	K627-3		【新設】
		腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	－	→	39,720	K627-4		【新設】
K628		リンパ管吻合術	34,450	→	34,450	K628		
		第9款　腹部						
		(腹壁、ﾍﾙﾆｱ)						

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K629		削除				K629		
K630		腹壁膿瘍切開術	1,270	→	1,270	K630		
K631		腹壁瘻手術				K631		
	1	腹壁に限局するもの	1,820	→	1,820		1	
	2	腹腔に通ずるもの	8,390	→	8,390		2	
K632		腹壁腫瘍摘出術				K632		
	1	形成手術を必要としない場合	4,310	→	4,310		1	
	2	形成手術を必要とする場合	11,210	→	11,210		2	
K633		ヘルニア手術				K633		
	1	腹壁瘢痕ヘルニア	8,450	→	8,450		1	
	2	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→	6,200		2	
	3	臍ヘルニア	4,200	→	4,200		3	
	4	臍帯ヘルニア	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	→	8,590		7	
	8	骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）	18,810	→	18,810		8	
	9	内ヘルニア	18,810	→	18,810		9	
K633-2		腹腔鏡下ヘルニア手術				K633-2		
	1	腹壁瘢痕ヘルニア	13,770	→	13,770		1	
	2	大腿ヘルニア	15,460	→	15,460		2	
K634		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	2,810	→	3,470	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	→	9,370	K636-2		

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			
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	→	8,330		4	
K637-2		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→	10,800	K637-2		
K638		骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→	3,290	K638		
K639		急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639		
K639-2		結核性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639-2		
K639-3		腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	16,460	→	16,460	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	
	2	腸管切除を伴うもの	24,440	→	24,440		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	→	11,910		1	
	2	腸切除を伴うもの	28,210	→	28,210		2	
K642-2		腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	32,310	→	32,310	K642-2		
		腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	－	→	30,310	K642-3		【新設】
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	48,510	→	48,510	K643		
		腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	－	→	50,610	K643-2		【新設】
K644		臍腸管瘻手術				K644		
	1	腸管切除を伴わないもの	5,260	→	5,260		1	
	2	腸管切除を伴うもの	18,280	→	18,280		2	
K645		骨盤内臓全摘術	120,980	→	120,980	K645		
		（胃、十二指腸）						

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
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	→	22,460	K647-2	
K648		胃切開術	9,970	→	9,970	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	
		腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	－	→	15,900	K649-2	【新設】
K650		削除				K650	
K651		内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590	→	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	→	3,200	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	→	11,530	K654-2	
K654-3		腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	→	－	K654-3	【項目の見直し】
		内視鏡処置を併施するもの	－	→	26,500	1	
		その他のもの	－	→	20,400	2	
K655		胃切除術				K655	
	1	単純切除術	28,210	→	28,210	1	
	2	悪性腫瘍手術	55,870	→	55,870	2	
K655-2		腹腔鏡下胃切除術				K655-2	
	1	単純切除術	34,950	→	34,950	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	悪性腫瘍手術	64,120	→	64,120		2	
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	
	2	悪性腫瘍切除術	71,630	→	71,630		2	
		腹腔鏡下噴門側胃切除術				K655-5		【新設】
		単純切除術	―	→	44,270		1	
		悪性腫瘍切除術	―	→	75,730		2	
K656		胃縮小術	28,210	→	28,210	K656		
		腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	―	→	36,410	K656-2		【新設】
K657		胃全摘術				K657		
	1	単純全摘術	50,920	→	50,920		1	
	2	悪性腫瘍手術	69,840	→	69,840		2	
K657-2		腹腔鏡下胃全摘術				K657-2		
	1	単純全摘術	64,740	→	64,740		1	
	2	悪性腫瘍手術	83,090	→	83,090		2	
K658		削除				K658		
K659		食道下部迷走神経切除術(幹迷切)				K659		
	1	単独のもの	13,600	→	13,600		1	
	2	ドレナージを併施するもの	19,000	→	19,000		2	
	3	胃切除術を併施するもの	37,620	→	37,620		3	
K659-2		腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	21,780	→	21,780	K659-2		
K660		食道下部迷走神経選択的切除術				K660		
	1	単独のもの	19,500	→	19,500		1	
	2	ドレナージを併施するもの	28,210	→	28,210		2	
	3	胃切除術を併施するもの	37,620	→	37,620		3	
K660-2		腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310	→	31,310	K660-2		
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 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K662		胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	13,600	→	13,600	K662		
K662-2		腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700	→	17,700	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。）	10,070	→	6,070	K664		【名称の見直し】
K664-2		経皮経食道胃管挿入術（PTEG）	14,610	→	14,610	K664-2		
K665		胃瘻閉鎖術	12,040	→	12,040	K665		
		胃瘻抜去術	－	→	2,000	K665-2		【新設】
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	12,600	→	15,440	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	→	15,190	K667-3		
K668		胃横断術（静脈瘤手術）	28,210	→	28,210	K668		
		（胆嚢、胆道）						
K669		胆管切開術	12,460	→	12,460	K669		
K670		胆嚢切開結石摘出術	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	胆嚢摘出を含むもの	28,210	→	28,210		1	
	2	胆嚢摘出を含まないもの	24,440	→	24,440		2	
K671-2		腹腔鏡下胆管切開結石摘出術				K671-2		
	1	胆嚢摘出を含むもの	35,470	→	35,470		1	
	2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610	→	33,610		2	
K672		胆嚢摘出術	20,960	→	20,960	K672		
K672-2		腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500	→	21,500	K672-2		
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	36,400	→	41,320	K674		
K675		胆嚢悪性腫瘍手術				K675		
	1	胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）	38,910	→	38,910		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	肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの	47,370	→	47,370		2	
	3	肝切除（葉以上）を伴うもの	77,450	→	77,450		3	
	4	膵頭十二指腸切除を伴うもの	101,590	→	101,590		4	
	5	膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	209,520	→	209,520		5	
K676		削除				K676		
K677		胆管悪性腫瘍手術	72,390	→	72,390	K677		
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		体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）	16,300	→	16,300	K678		
K679		胆嚢胃（腸）吻合術	11,580	→	11,580	K679		
K680		総胆管胃（腸）吻合術	28,210	→	28,210	K680		
K681		胆嚢外瘻造設術	9,420	→	9,420	K681		
K682		胆管外瘻造設術				K682		
	1	開腹によるもの	12,300	→	12,300		1	
	2	経皮経肝によるもの	10,800	→	10,800		2	
K682-2		経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→	10,800	K682-2		
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）	21,320	→	21,320	K682-4		
K683		削除				K683		
K684		先天性胆道閉鎖症手術	60,000	→	60,000	K684		
K685		内視鏡的胆道結石除去術				K685		
	1	胆道砕石術を伴うもの	12,780	→	11,920		1	
	2	その他のもの	8,320	→	8,320		2	
K686		内視鏡的胆道拡張術	15,510	→	13,820	K686		
K687		内視鏡的乳頭切開術				K687		
	1	乳頭括約筋切開のみのもの	12,220	→	11,270		1	
	2	胆道砕石術を伴うもの	27,550	→	24,550		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			
K688		内視鏡的胆道ステント留置術	11,540	→	11,540	K688		
K689		経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270	→	12,270	K689		
		（肝）						
K690		肝縫合術	17,400	→	17,400	K690		
K691		肝膿瘍切開術				K691		
	1	開腹によるもの	11,860	→	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		肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520	→	12,520	K692		
K692-2		腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210	→	28,210	K692-2		
K693		肝内結石摘出術（開腹）	28,210	→	28,210	K693		
K694		肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210	→	28,210	K694		
K695		肝切除術				K695		
	1	部分切除	36,340	→	36,340		1	
	2	亜区域切除	46,130	→	46,130		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。）	49,750	→	49,750		4	
	5	２区域切除	76,210	→	76,210		5	
	6	３区域切除以上のもの	97,050	→	97,050		6	
	7	２区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	126,230	→	126,230		7	
K695-2		腹腔鏡下肝切除術				K695-2		
	1	部分切除	50,600	→	59,680		1	
	2	外側区域切除	74,880	→	74,880		2	
K696		肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術	28,210	→	28,210	K696		
K697		肝内胆管外瘻造設術				K697		
	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	
K697-2		肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）	17,410	→	－	K697-2		【項目の見直し】

旧区分番号			新手術項目名	点数			新区分番号			備考
				改正前		改正後				
			腹腔鏡によるもの	－	→	18,710		1		
			その他のもの	－	→	17,410		2		
K697-3			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	15,000	→	－		1		【項目の見直し】
			腹腔鏡によるもの	－	→	16,300			イ	
			その他のもの	－	→	15,000			ロ	
	2		2センチメートルを超えるもの	21,960	→	－		2		【項目の見直し】
			腹腔鏡によるもの	－	→	23,260			イ	
			その他のもの	－	→	21,960			ロ	
K697-4			移植用部分肝採取術（生体）	72,000	→	72,000	K697-4			
K697-5			生体部分肝移植術	129,560	→	145,610	K697-5			
K697-6			移植用肝採取術（死体）	86,700	→	86,700	K697-6			
K697-7			同種死体肝移植術	193,060	→	193,060	K697-7			
			（膵）							
K698			急性膵炎手術				K698			
	1		感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→	49,390		1		
	2		その他のもの	28,210	→	28,210		2		
K699			膵結石手術				K699			
	1		膵切開によるもの	28,210	→	28,210		1		
	2		経十二指腸乳頭によるもの	28,210	→	28,210		2		
			体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）	－	→	19,300	K699-2			【新設】
K700			膵中央切除術	53,560	→	53,560	K700			
K701			膵破裂縫合術	22,080	→	22,080	K701			
K702			膵体尾部腫瘍切除術				K702			
	1		膵尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合					1		
		イ	脾同時切除の場合	21,200	→	24,000			イ	
		ロ	脾温存の場合	21,750	→	21,750			ロ	
	2		リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	38,890	→	46,880		2		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	3	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		腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	36,730	→	47,250	K702-2		
K703		膵頭部腫瘍切除術				K703		
	1	膵頭十二指腸切除術の場合	69,840	→	77,950		1	
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	83,810	→	83,810		2	
	3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	83,810	→	83,810		3	
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	128,230	→	128,230		4	
K704		膵全摘術	91,990	→	91,990	K704		
K705		膵嚢胞胃（腸）吻合術	28,210	→	28,210	K705		
K706		膵管空腸吻合術	37,620	→	37,620	K706		
K707		膵嚢胞外瘻造設術				K707		
	1	内視鏡によるもの	18,370	→	18,370		1	
	2	開腹によるもの	12,460	→	12,460		2	
K708		膵管外瘻造設術	18,810	→	18,810	K708		
K708-2		膵管誘導手術	18,810	→	18,810	K708-2		
K708-3		内視鏡的膵管ステント留置術	22,240	→	22,240	K708-3		
K709		膵瘻閉鎖術	28,210	→	28,210	K709		
K709-2		移植用膵採取術（死体）	63,310	→	63,310	K709-2		
K709-3		同種死体膵移植術	112,570	→	112,570	K709-3		
K709-4		移植用膵腎採取術（死体）	84,080	→	84,080	K709-4		
K709-5		同種死体膵腎移植術	140,420	→	140,420	K709-5		
		（脾）						
K710		脾縫合術（部分切除を含む。）	24,410	→	24,410	K710		
K711		脾摘出術	28,210	→	28,210	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		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K713		腸切開術	9,650	→	9,650	K713		
K714		腸管癒着症手術	12,010	→	12,010	K714		
K714-2		腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650	→	20,650	K714-2		
K715		腸重積症整復術				K715		
	1	非観血的なもの	4,490	→	4,490		1	
	2	観血的なもの	6,040	→	6,040		2	
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	
K717		小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）	18,810	→	18,810	K717		
K718		虫垂切除術				K718		
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→	6,210		1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→	8,880		2	
K718-2		腹腔鏡下虫垂切除術				K718-2		
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→	11,470		1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380	→	18,380		2	
K719		結腸切除術				K719		
	1	小範囲切除	22,140	→	22,140		1	
	2	結腸半側切除	29,940	→	29,940		2	
	3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680	→	35,680		3	
K719-2		腹腔鏡下結腸切除術				K719-2		
	1	小範囲切除、結腸半側切除	42,680	→	42,680		1	
	2	全切除、亜全切除	51,750	→	51,750		2	
K719-3		腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51,750	→	51,750	K719-3		
K719-4		ピックレル氏手術	13,700	→	13,700	K719-4		

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			
K719-5		全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	42,510	→	42,510	K719-5		
K720		結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	16,610	→	16,610	K720		
K721		内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術				K721		
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	5,000		1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	7,000		2	
K721-2		内視鏡的大腸ポリープ切除術				K721-2		
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	5,000		1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	7,000		2	
K721-3		内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→	5,360	K721-3		
K721-4		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370	→	18,370	K721-4		
K722		小腸結腸内視鏡的止血術	11,640	→	10,390	K722		
K723		削除				K723		
K724		腸吻合術	9,330	→	9,330	K724		
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→	6,140	K725		
K725-2		腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080	→	12,080	K725-2		
K726		人工肛門造設術	7,980	→	7,980	K726		
K727		腹壁外腸管前置術	8,340	→	8,340	K727		
K728		腸狭窄部切開縫合術	11,220	→	11,220	K728		
K729		腸閉鎖症手術				K729		
	1	腸管切除を伴わないもの	12,190	→	12,190		1	
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→	28,210		2	
K729-2		多発性小腸閉鎖症手術	47,020	→	47,020	K729-2		
K729-3		腹腔鏡下腸閉鎖症手術	32,310	→	32,310	K729-3		
K730		小腸瘻閉鎖術				K730		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,580	→	11,580		1	
	2	腸管切除を伴うもの	17,900	→	17,900		2	
K731		結腸瘻閉鎖術				K731		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,750	→	11,750		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→	28,210		2	
K732		人工肛門閉鎖術				K732		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,470	→	11,470		1	
	2	腸管切除を伴うもの	28,210	→	28,210		2	
K733		盲腸縫縮術	4,400	→	4,400	K733		
K734		腸回転異常症手術	18,810	→	18,810	K734		
K734-2		腹腔鏡下腸回転異常症手術	22,910	→	22,910	K734-2		
K735		先天性巨大結腸症手術	50,830	→	50,830	K735		
K735-2		小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	11,090	→	11,090	K735-2		
K735-3		腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710	→	63,710	K735-3		
K735-4		下部消化管ステント留置術	9,100	→	9,100	K735-4		
K736		人工肛門形成術				K736		
	1	開腹を伴うもの	10,030	→	10,030		1	
	2	その他のもの	3,670	→	3,670		2	
		（直腸）						
K737		直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→	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	→	6,700		1	
	2	開腹によるもの	11,530	→	11,530		2	
K739		直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）				K739		
	1	経肛門	4,010	→	4,010		1	
	2	経括約筋	9,940	→	9,940		2	
	3	経腹及び経肛	18,810	→	18,810		3	
K739-2		経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	26,100	→	26,100	K739-2		
K739-3		低侵襲経肛門的局所切除術（MITAS）	16,700	→	16,700	K739-3		
K740		直腸切除・切断術				K740		
	1	切除術	42,850	→	42,850		1	
	2	低位前方切除術	66,300	→	66,300		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	3	超低位前方切除術（経肛門的結腸嚢肛門吻合によるもの）	69,840	→	69,840		3	
	4	切断術	77,120	→	77,120		4	
K740-2		腹腔鏡下直腸切除・切断術				K740-2		
	1	切除術	75,460	→	75,460		1	
	2	低位前方切除術	83,930	→	83,930		2	
	3	切断術	83,930	→	83,930		3	
K740-3		削除				K740-3		
K741		直腸狭窄形成手術	28,210	→	28,210	K741		
K742		直腸脱手術				K742		
	1	経会陰によるもの	8,410	→	8,410		1	
	2	直腸挙上固定を行うもの	10,900	→	10,900		2	
	3	骨盤底形成を行うもの	18,810	→	18,810		3	
	4	腹会陰からのもの（腸切除を含む。）	37,620	→	37,620		4	
K742-2		腹腔鏡下直腸脱手術	25,810	→	25,810	K742-2		
		（肛門、その周辺）						
K743		痔核手術（脱肛を含む。）				K743		
	1	硬化療法	1,380	→	1,380		1	
	2	硬化療法（四段階注射法によるもの）	4,220	→	4,010		2	
	3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→	1,390		3	
	4	根治手術	5,360	→	5,190		4	
	5	PPH	11,260	→	11,260		5	
K743-2		肛門括約筋切開術	1,380	→	1,380	K743-2		
K743-3		脱肛根治手術	5,360	→	5,360	K743-3		
K743-4		痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→	5,360	K743-4		
K743-5		モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	→	3,750	K743-5		
K743-6		肛門部皮膚剥離切除術	3,750	→	3,750	K743-6		
K744		裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→	3,110	K744		
K745		肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→	2,050	K745		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K746		痔瘻根治手術				K746		
	1	単純なもの	3,750	→	3,750		1	
	2	複雑なもの	8,120	→	7,470		2	
K746-2		高位直腸瘻手術	8,120	→	8,120	K746-2		
K747		肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→	1,040	K747		
K748		肛門悪性腫瘍手術				K748		
	1	切除	28,210	→	28,210		1	
	2	直腸切断を伴うもの	70,680	→	70,680		2	
K749		肛門拡張術（観血的なもの）	1,630	→	1,630	K749		
K750		肛門括約筋形成手術				K750		
	1	瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→	3,990		1	
	2	組織置換によるもの	23,660	→	23,660		2	
K751		鎖肛手術				K751		
	1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→	2,100		1	
	2	会陰式	18,810	→	18,810		2	
	3	仙骨会陰式	35,270	→	35,270		3	
	4	腹会陰、腹仙骨式	62,660	→	62,660		4	
K751-2		仙尾部奇形腫手術	42,680	→	42,680	K751-2		
K751-3		腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	70,140	→	70,140	K751-3		
K752		肛門形成手術				K752		
	1	肛門狭窄形成手術	5,580	→	5,210		1	
	2	直腸粘膜脱形成手術	8,580	→	7,710		2	
K753		毛巣嚢、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		
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	40,100	→	40,100	K754-2		
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390	→	34,390	K754-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K755		副腎腫瘍摘出術				K755	
	1	皮質腫瘍	35,830	→	35,830	1	
	2	髄質腫瘍(褐色細胞腫)	42,930	→	42,930	2	
		腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	―	→	47,030	K755-2	【新設】
K756		副腎悪性腫瘍手術	47,020	→	47,020	K756	
K756-2		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120	→	51,120	K756-2	
		(腎、腎盂)					
K757		腎破裂縫合術	37,620	→	37,620	K757	
K757-2		腎破裂手術	38,270	→	38,270	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→	3,480	K758	
K759		腎切半術	37,620	→	37,620	K759	
K760		癒合腎離断術	47,020	→	47,020	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	10,660	→	10,660	K761	
K762		腎固定術	10,350	→	10,350	K762	
K763		腎切石術	27,550	→	27,550	K763	
K764		経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	32,800	→	32,800	K764	
K765		経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	33,040	→	33,040	K765	
K766		経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→	13,000	K766	
K767		腎盂切石術	27,210	→	27,210	K767	
K768		体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300	→	19,300	K768	
K769		腎部分切除術	32,620	→	32,620	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		腎嚢胞切除縮小術	11,580	→	11,580	K770	
K770-2		腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850	→	18,850	K770-2	
K770-3		腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360	→	20,360	K770-3	
K771		経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→	1,490	K771	
K772		腎摘出術	17,680	→	17,680	K772	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
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		
K774		削除				K774		
K775		経皮的腎(腎盂)瘻造設術	15,440	→	13,860	K775		
K776		腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	25,350	→	25,350	K776		
K777		腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	28,210	→	28,210	K777		
K778		腎盂形成手術	33,120	→	33,120	K778		
K778-2		腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600	→	51,600	K778-2		
K779		移植用腎採取術(生体)	35,700	→	35,700	K779		
K779-2		移植用腎採取術(死体)	43,400	→	43,400	K779-2		
K779-3		腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→	51,850	K779-3		
K780		同種死体腎移植術	98,770	→	98,770	K780		
K780-2		生体腎移植術	62,820	→	62,820	K780-2		
		(尿管)						
K781		経尿道的尿路結石除去術				K781		
	1	レーザーによるもの	22,270	→	22,270		1	
	2	その他のもの	14,800	→	14,800		2	
K781-2		ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770	→	7,770	K781-2		
K782		尿管切石術				K782		
	1	上部及び中部	10,310	→	10,310		1	
	2	膀胱近接部	15,310	→	15,310		2	
K783		経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930	→	20,930	K783		
K783-2		経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→	3,400	K783-2		
K783-3		経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→	1,300	K783-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K784		残存尿管摘出術	18,810	→	18,810	K784		
K784-2		尿管剥離術	18,810	→	18,810	K784-2		
K785		経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420	→	21,420	K785		
		腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	－	→	31,040	K785-2		【新設】
K786		尿管膀胱吻合術	19,370	→	19,370	K786		
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	40,390	→	40,390	K789		
K790		尿管皮膚瘻造設術	12,910	→	12,910	K790		
K791		尿管皮膚瘻閉鎖術	25,860	→	25,860	K791		
K792		尿管腸瘻閉鎖術	36,840	→	36,840	K792		
K793		尿管腟瘻閉鎖術	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	→	9,260	K799		
K800		膀胱憩室切除術	9,060	→	9,060	K800		
K800-2		経尿道的電気凝固術	9,060	→	9,060	K800-2		
K800-3		膀胱水圧拡張術	6,950	→	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	48,650	→	48,650		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	その他のもの	44,790	→	44,790		2	
K802		膀胱腫瘍摘出術	12,030	→	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	16,860	→	16,860		2	
K802-3		膀胱後腫瘍摘出術				K802-3		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,100	→	11,100		1	
	2	腸管切除を伴うもの	21,700	→	21,700		2	
		腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	－	→	12,710	K802-4		【新設】
		腹腔鏡下膀胱部分切除術	－	→	14,710	K802-5		【新設】
		腹腔鏡下膀胱脱手術	－	→	34,980	K802-6		【新設】
K803		膀胱悪性腫瘍手術				K803		
	1	切除	29,190	→	29,190		1	
	2	全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	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	
K803-2		腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380	→	89,380	K803-2		
		腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	－	→	87,380	K803-3		【新設】
K804		尿膜管摘出術	10,950	→	10,950	K804		
		腹腔鏡下尿膜管摘出術	－	→	15,050	K804-2		【新設】
K805		膀胱瘻造設術	3,530	→	3,530	K805		
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870	→	7,870	K806		
K807		膀胱腟瘻閉鎖術	25,180	→	25,180	K807		
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	25,180	→	25,180	K808		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	33,800	→	33,800	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	23,520	→	23,520	K809-2	
K809-3		腹腔鏡下膀胱内手術	32,000	→	32,000	K809-3	
K810		ボアリー氏手術	35,150	→	35,150	K810	
K811		腸管利用膀胱拡大術	41,910	→	41,910	K811	
K812		回腸(結腸)導管造設術	43,100	→	43,100	K812	
K812-2		排泄腔外反症手術				K812-2	
	1	外反膀胱閉鎖術	64,030	→	64,030	1	
	2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→	103,710	2	
		(尿道)					
K813		尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→	1,160	K813	
K814		外尿道口切開術	1,010	→	1,010	K814	
K815		尿道結石、異物摘出術				K815	
	1	前部尿道	2,180	→	2,180	1	
	2	後部尿道	5,250	→	5,250	2	
K816		外尿道腫瘍切除術	2,180	→	2,180	K816	
K817		尿道悪性腫瘍摘出術				K817	
	1	摘出	27,550	→	27,550	1	
	2	内視鏡による場合	20,110	→	20,110	2	
	3	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	
	2	後部尿道	37,700	→	37,700	2	
K819		尿道下裂形成手術	33,790	→	33,790	K819	
K819-2		陰茎形成術	33,790	→	33,790	K819-2	
K820		尿道上裂形成手術	39,000	→	39,000	K820	
K821		尿道狭窄内視鏡手術	17,160	→	15,040	K821	
K821-2		尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→	14,200	K821-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K821-3		尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→	12,300	K821-3		
K822		女子尿道脱手術	7,560	→	7,560	K822		
K823		尿失禁手術				K823		
	1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	23,510	→	23,510		1	
	2	その他のもの	22,490	→	20,680		2	
K823-2		尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	23,320	→	23,320	K823-2		
K823-3		膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	23,320	→	23,320	K823-3		
K823-4		腹腔鏡下尿失禁手術	32,440	→	32,440	K823-4		
K823-5		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	→	5,850	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	→	5,850	K826-3		
K827		陰茎悪性腫瘍手術				K827		
	1	陰茎切除	18,590	→	18,590		1	
	2	陰茎全摘	36,500	→	36,500		2	
K828		包茎手術				K828		
	1	背面切開術	740	→	740		1	
	2	環状切除術	2,040	→	2,040		2	
K828-2		陰茎持続勃起症手術				K828-2		
	1	亀頭―陰茎海綿体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	4,060	→	4,060		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		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
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	12,300	→	10,290	K833		
K834		精索静脈瘤手術	2,480	→	2,480	K834		
K834-2		腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590	→	18,590	K834-2		
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	8,470	→	8,470	K836		
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	31,770	→	31,770	K836-2		
K837		精管形成手術	11,310	→	11,310	K837		
K838		精索捻転手術				K838		
	1	対側の精巣固定術を伴うもの	8,570	→	7,810		1	
	2	その他のもの	8,230	→	8,230		2	
		（精嚢、前立腺）						
K839		前立腺膿瘍切開術	2,770	→	2,770	K839		
K840		前立腺被膜下摘出術	15,920	→	15,920	K840		
K841		経尿道的前立腺手術	18,500	→	－	K841		【項目の見直し】
		電解質溶液利用のもの	－	→	20,400		1	
		その他のもの	－	→	18,500		2	
K841-2		経尿道的レーザー前立腺切除術				K841-2		
	1	ホルミウムレーザーを用いるもの	20,470	→	20,470		1	
	2	その他のもの	19,000	→	19,000		2	
K841-3		経尿道的前立腺高温度治療（一連につき）	5,000	→	5,000	K841-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K841-4		焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000	→	5,000	K841-4	
K842		削除				K842	
K843		前立腺悪性腫瘍手術	41,080	→	41,080	K843	
K843-2		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430	→	77,430	K843-2	
K843-3		腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780	→	59,780	K843-3	
		（外陰、会陰）					
K844		バルトリン腺膿瘍切開術	790	→	780	K844	
K845		処女膜切開術	790	→	790	K845	
K846		処女膜切除術	980	→	980	K846	
K847		輪状処女膜切除術	2,230	→	2,230	K847	
K848		バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	2,760	→	2,760	K848	
K849		女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→	2,340	K849	
K850		女子外性器悪性腫瘍手術				K850	
	1	切除	29,190	→	29,190	1	
	2	皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	54,020	→	54,020	2	
K850-2		腟絨毛性腫瘍摘出術	23,830	→	23,830	K850-2	
K851		会陰形成手術				K851	
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→	2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→	5,760	2	
K851-2		外陰・腟血腫除去術	1,600	→	1,600	K851-2	
K851-3		癒合陰唇形成手術				K851-3	
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→	2,330	1	
	2	筋層に及ぶもの	5,760	→	5,760	2	
		（腟）					
K852		腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）				K852	
	1	前又は後壁裂創	2,760	→	2,760	1	
	2	前後壁裂創	5,410	→	5,410	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	3	腟円蓋に及ぶ裂創	8,280	→	8,280		3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	31,940	→	31,940		4	
K853		腟閉鎖術				K853		
	1	中央腟閉鎖術（子宮全脱）	6,370	→	6,370		1	
	2	その他	2,580	→	2,580		2	
K854		腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2,230	→	2,230	K854		
K854-2		後腟円蓋切開（子宮外妊娠）	2,230	→	2,230	K854-2		
K855		腟中隔切除術				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		腟壁腫瘍摘出術	2,540	→	2,540	K856		
K856-2		腟壁嚢腫切除術	2,540	→	2,540	K856-2		
K856-3		腟ポリープ切除術	1,040	→	1,040	K856-3		
K856-4		腟壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→	1,040	K856-4		
K857		腟壁悪性腫瘍手術	29,190	→	29,190	K857		
K858		腟腸瘻閉鎖術	31,940	→	31,940	K858		
K859		造腟術、腟閉鎖症術				K859		
	1	拡張器利用によるもの	2,130	→	2,130		1	
	2	遊離植皮によるもの	18,810	→	18,810		2	
	3	腟断端挙上によるもの	28,210	→	28,210		3	
	4	腸管形成によるもの	40,900	→	40,900		4	
	5	筋皮弁移植によるもの	55,810	→	55,810		5	
K859-2		腹腔鏡下造腟術	38,690	→	38,690	K859-2		
K860		腟壁形成手術	7,160	→	7,160	K860		
K860-2		腟断端挙上術（腟式、腹式）	29,190	→	29,190	K860-2		
		（子宮）						
K861		子宮内膜掻爬術	1,180	→	1,180	K861		
K862		クレニッヒ手術	7,710	→	7,710	K862		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
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	→	7,540		2	
	3	癒着剥離矯正術	14,070	→	14,070		3	
K865		子宮脱手術				K865		
	1	腟壁形成手術及び子宮位置矯正術	16,900	→	16,900		1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	16,900	→	16,900		2	
	3	マンチェスター手術	14,110	→	14,110		3	
	4	腟壁形成手術及び子宮全摘術（腟式、腹式）	28,210	→	28,210		4	
K866		子宮頸管ポリープ切除術	990	→	990	K866		
K866-2		子宮腟部冷凍凝固術	990	→	990	K866-2		
K867		子宮頸部（腟部）切除術	3,330	→	3,330	K867		
K867-2		子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術	470	→	470	K867-2		
K867-3		子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）	3,330	→	3,330	K867-3		
K867-4		子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→	3,330	K867-4		
K868から K870まで		削除				K868から K870まで		
K871		子宮息肉様筋腫摘出術（腟式）	3,980	→	3,810	K871		
K872		子宮筋腫摘出（核出）術				K872		
	1	腹式	24,510	→	24,510		1	
	2	腟式	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	腟式	8,450	→	8,450		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
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	18,810	→	17,100	K873		
K874 及び K875		削除				K874 及び K875		
K876		子宮腟上部切断術	9,500	→	9,500	K876		
K876-2		腹腔鏡下子宮腟上部切断術	14,620	→	14,620	K876-2		
K877		子宮全摘術	28,210	→	28,210	K877		
K877-2		腹腔鏡下腟式子宮全摘術	42,050	→	42,050	K877-2		
K878		広靱帯内腫瘍摘出術	14,290	→	14,290	K878		
K878-2		腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130	→	28,130	K878-2		
K879		子宮悪性腫瘍手術	62,000	→	62,000	K879		
		腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	－	→	70,200	K879-2		【新設】
K880		削除				K880		
K881		腹壁子宮瘻手術	21,130	→	21,130	K881		
K882		重複子宮、双角子宮手術	22,980	→	22,980	K882		
K883		子宮頸管形成手術	3,590	→	3,590	K883		
K883-2		子宮頸管閉鎖症手術				K883-2		
	1	非観血的	180	→	180		1	
	2	観血的	3,590	→	3,590		2	
K884		奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）	21,130	→	21,130	K884		
		（子宮附属器）						
K885		腟式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→	1,350	K885		
		経皮的卵巣嚢腫内容排除術	－	→	1,490	K885-2		【新設】
K886		子宮附属器癒着剥離術（両側）				K886		
	1	開腹によるもの	11,580	→	11,580		1	
	2	腹腔鏡によるもの	21,370	→	21,370		2	
K887		卵巣部分切除術（腟式を含む。）				K887		
	1	開腹によるもの	4,350	→	5,130		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→	18,810		2	
K887-2		卵管結紮術(腟式を含む。)(両側)				K887-2		
	1	開腹によるもの	4,350	→	4,350		1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→	18,810		2	
K887-3		卵管口切開術				K887-3		
	1	開腹によるもの	4,350	→	4,350		1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,810	→	18,810		2	
K887-4		腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20,620	→	20,620	K887-4		
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)				K888		
	1	開腹によるもの	15,720	→	15,720		1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,940	→	25,940		2	
K888-2		卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)				K888-2		
	1	開腹によるもの	12,460	→	12,460		1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,540	→	25,540		2	
K889		子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500	→	58,500	K889		
K890		卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	27,380	→	27,380	K890		
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	42,120	→	42,120	K890-3		
		(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	2,700	→	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(腟壁)裂創縫合術(分娩時)				K896		
	1	筋層に及ぶもの	1,650	→	1,650		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	肛門に及ぶもの	3,860	→	3,860		2	
	3	腟円蓋に及ぶもの	4,320	→	4,320		3	
	4	直腸裂創を伴うもの	8,200	→	8,200		4	
K897		頸管裂創縫合術（分娩時）	4,900	→	4,900	K897		
K898		帝王切開術				K898		
	1	緊急帝王切開	22,160	→	20,140		1	
	2	選択帝王切開	22,160	→	20,140		2	
	3	前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	24,520	→	21,640		3	
K899		胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220	→	3,220	K899		
K900		臍帯還納術	1,240	→	1,240	K900		
K900-2		脱垂肢整復術	1,240	→	1,240	K900-2		
K901		子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	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	子宮腟上部切断を行うもの	26,700	→	26,700		2	
	3	その他のもの	14,500	→	14,500		3	
K904		妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	33,120	→	33,120	K904		
K905		子宮内反症整復手術（腟式、腹式）				K905		
	1	非観血的	340	→	340		1	
	2	観血的	13,820	→	13,820		2	
K906		子宮頸管縫縮術				K906		
	1	マクドナルド法	1,740	→	1,680		1	
	2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→	3,090		2	
	3	縫縮解除術（チューブ抜去術）	1,500	→	1,500		3	
K907		胎児外回転術	670	→	670	K907		
K908		胎児内（双合）回転術	1,190	→	1,190	K908		
K909		流産手術				K909		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
	1	妊娠11週までの場合	1,910	→	2,000	1	
	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,470	→	5,110	2	
K909-2		子宮内容除去術（不全流産）	2,000	→	1,980	K909-2	
K910		削除				K910	
K910-2		内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000	→	40,000	K910-2	
		胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）	－	→	10,800	K910-3	【新設】
K911		胞状奇胎除去術	4,280	→	4,120	K911	
K912		子宮外妊娠手術				K912	
	1	開腹によるもの	14,110	→	14,110	1	
	2	腹腔鏡によるもの	22,950	→	22,950	2	
K913		新生児仮死蘇生術				K913	
	1	仮死第1度のもの	840	→	840	1	
	2	仮死第2度のもの	2,890	→	2,700	2	
		（その他）					
K913-2		性腺摘出術				K913-2	
	1	開腹によるもの	6,280	→	6,280	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,590	→	18,590	2	
		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		輸血				K920	
	1	自家採血輸血（200mLごとに）				1	
	イ	1回目	750	→	750	イ	
	ロ	2回目以降	650	→	650	ロ	
	2	保存血液輸血（200mLごとに）				2	
	イ	1回目	450	→	450	イ	

旧区分番号	新手術項目名	点数			新区分番号	備考
		改正前		改正後		
ロ	2回目以降	350	→	350	ロ	
3	自己血貯血				3	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）				イ	
(1)	液状保存の場合	250	→	250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500	→	500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）				ロ	
(1)	液状保存の場合	250	→	250	(1)	
(2)	凍結保存の場合	500	→	500	(2)	
4	自己血輸血				4	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）				イ	
(1)	液状保存の場合	750	→	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500	→	1,500	(2)	
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）				ロ	
(1)	液状保存の場合	750	→	750	(1)	
(2)	凍結保存の場合	1,500	→	1,500	(2)	
5	交換輸血（1回につき）	5,250	→	5,250	5	
	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	1,400	→	1,400		
	輸血に伴って、間接クームス検査を行った場合	34	→	34		
K920-2	輸血管理料				K920-2	
1	輸血管理料Ⅰ	220	→	220	1	
2	輸血管理料Ⅱ	110	→	110	2	
K921	造血幹細胞採取（一連につき）				K921	
1	骨髄採取				1	
イ	同種移植の場合	21,640	→	21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440	→	17,440	ロ	
2	末梢血幹細胞採取				2	
イ	同種移植の場合	21,640	→	21,640	イ	
ロ	自家移植の場合	17,440	→	17,440	ロ	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K922		造血幹細胞移植				K922		
	1	骨髄移植					1	
	イ	同種移植の場合	66,450	→	66,450		イ	
	ロ	自家移植の場合	25,850	→	25,850		ロ	
	2	末梢血幹細胞移植					2	
	イ	同種移植の場合	66,450	→	66,450		イ	
	ロ	自家移植の場合	30,850	→	30,850		ロ	
	3	臍帯血移植	66,450	→	66,450		3	
K923		術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）	4,500	→	4,500	K923		
K924		自己生体組織接着剤作成術	1,400	→	1,400	K924		
K930		脊髄誘発電位測定等加算	3,130	→	－	K930		【項目の見直し】
		脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	－	→	3,130		1	
		甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	－	→	2,500		2	
K931		超音波凝固切開装置等加算	3,000	→	3,000	K931		
K932		創外固定器加算	10,000	→	10,000	K932		
K933		イオントフォレーゼ加算	45	→	45	K933		
K934		副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→	1,000	K934		
K934-2		副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	1,000	→	1,000	K934-2		
K935		止血用加熱凝固切開装置加算	700	→	700	K935		
K936		自動縫合器加算	2,500	→	2,500	K936		
K936-2		自動吻合器加算	5,500	→	5,500	K936-2		
K936-3		微小血管自動縫合器加算	2,500	→	2,500	K936-3		
K937		心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	→	30,000	K937		
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	
		患者適合型手術支援ガイドによるもの	－	→	2,000		3	【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		
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		内視鏡手術用支援機器加算	54,200	→	54,200	K939-4	
		胃瘻造設時嚥下機能評価加算	－	→	2,500	K939-5	【新設】

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
K450	唾石摘出術	K450	唾石摘出術(一連につき)
K476-3	乳房再建術(乳房切除後)	K476-3	動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除後)
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)
K618	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置	K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	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。)

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第11部　麻酔		
第１節　麻酔料		
Ｌ００１－２　静脈麻酔		
【項目の見直し】	１　短時間のもの　120点 ２　十分な体制で行われる長時間のもの　600点	１　短時間のもの　120点 ２　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）　600点 ３　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）　800点
【注の追加】	（追加）	注１　３歳以上６歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。
【注の追加】	（追加）	注２　３については、静脈麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、100点を所定点数に加算する。

【新設】	（新設）	Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法（１日につき）　5,000点
Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)		
【注の追加】	（追加）	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時間を越えた場合は、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。

項目	現行	改正案
第２章　特掲診療料		
第12部　放射線治療		
Ｍ００１　体外照射		
【項目の削除】	１　エックス線表在治療 イ～ロ　（略） ２　コバルト^{60}遠隔大量照射 イ　１回目　250点 ロ　２回目　75点 ３　高エネルギー放射線治療 イ～ロ　（略） ４　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） イ～ロ　（略）	１　エックス線表在治療 イ～ロ　（略） ２　高エネルギー放射線治療 イ～ロ　（略） ３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） イ～ロ　（略）
【注の追加】	（追加）	２ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１門照射又は対向２門照射により、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

【注の見直し】	注２　術中照射療法を行った場合は、患者１人につき１日に限り、所定点数に3,000点を加算する。	注２　術中照射療法を行った場合は、患者１人につき１日に限り、5,000点を所定点数に加算する。
Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）		
【点数の見直し】	１　定位放射線治療の場合　63,000点 ２　１以外の場合　6,720点	63,000点 8,000点
Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき）		
【項目の削除】	２　腔内照射 イ　（略） ロ　旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合　500点 ハ　（略）	２　腔内照射 イ　（略） ロ　（略）

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		
Ｎ００２　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製		
【項目の追加】	１　エストロジェンレセプター　720点 ２　プロジェステロンレセプター　690点 ３　ＨＥＲ２タンパク　690点 ４　ＥＧＦＲタンパク　690点 ５　その他（１臓器につき）　400点	１　エストロジェンレセプター　720点 ２　プロジェステロンレセプター　690点 ３　ＨＥＲ２タンパク　690点 ４　ＥＧＦＲタンパク　690点 ５　ＣＣＲ４タンパク　10,000点 ６　その他（１臓器につき）　400点
Ｎ００４　細胞診（１部位につき）		
【注の見直し】	注　過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。	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。 ２　２について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体

		細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。
【新設】	（新設）	Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製 6,520点

項　　目	改　　正　　案
第４章　経過措置	１　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対１入院基本料及び20対１入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の２に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。 ２　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成28年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。 イ　区分番号Ｄ００４の12に掲げる肺サーファクタント蛋白－Ａ（ＳＰ－Ａ）（羊水） ロ　区分番号Ｄ００７の１に掲げるエステル型コレステロール ハ　区分番号Ｄ００７の３に掲げる遊離脂肪酸 ニ　区分番号Ｄ００７の４に掲げる前立腺酸ホスファターゼ ホ　区分番号Ｄ００７の12に掲げる不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法） ヘ　区分番号Ｄ００７の22に掲げるカタラーゼ ト　区分番号Ｄ００７の29に掲げるシスチンアミノペプチダーゼ（ＣＡＰ） チ　区分番号Ｄ０１２の16に掲げる溶連菌エステラーゼ抗体（ＡＳＥ） リ　区分番号Ｄ０１４の２に掲げるリウマトイド因子（ＲＦ）半定量 ヌ　区分番号Ｄ０１４の５に掲げるＬＥテスト定性