

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|---|
| <p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料 通則</p> <p>(通則の見直し)</p> <p>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び老人保健法第 1 7 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1 回として算定する。</p> <p>注 2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて 1 回とし、第 1 回の初診のと</p> | <p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び高齢者医療確保法第 6 4 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1 回として算定する。</p> <p>注 2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて 1 回とし、第 1 回の初診のと</p> |

(注の新設)

きに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。

(新設)

きに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注7までに規定する加算は算定しない。

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。

第2節 再診料

A001 再診料

(点数の見直し)

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

57点
71点

1 60点
2

(注の新設)

(新設)

注5 区分番号A000に掲げる初診料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

(注の見直し)

注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合は、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。

に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注3のただし書又は注4に規定する場合にあつてはこの限りではない。

注6 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第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、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。

A002 外来診療料

(注の見直し)

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

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

第2部 入院料等
通則

(通則の見直し)

(通則の追加)

とができる。
イ～ロ (略)
ハ 血液形態・機能検査
区分番号D005 (10のうちヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c}) 及び15骨髄像を除く。) に掲げるもの

ニ～ツ (略)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

(追加)

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

ニ～ツ (略)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

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日間までの間は、区分番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------|---|---------|---|-----------|---------|---|-----------|---------|---|-----------|------|----------|--|---|---------|
| <p>(通則の削除)</p> | <p>6 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> | <p>→</p> | <p>A 4 0 0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。</p> <p>(削除)</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第1節 入院基本料</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1日につき）</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(点数の見直し)</p> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1, 555点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1, 269点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1, 092点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>954点</td> </tr> </table> | 1 | 7対1入院基本料 | 1, 555点 | 2 | 10対1入院基本料 | 1, 269点 | 3 | 13対1入院基本料 | 1, 092点 | 4 | 15対1入院基本料 | 954点 | <p>→</p> | <table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>1, 300点</td> </tr> </table> | 2 | 1, 300点 |
| 1 | 7対1入院基本料 | 1, 555点 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1, 269点 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 13対1入院基本料 | 1, 092点 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 15対1入院基本料 | 954点 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1, 300点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に</p> | <p>→</p> | <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に</p> | | | | | | | | | | | | | | |

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

厚生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社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。

（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、地方社会保険事務局長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。

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長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。

（注の見直し）

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、当該病棟に90日を超えて

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」とい

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

(注の見直し)

注5 注4に規定する老人特定入院基本料を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。）は、所定点数に含まれるものとする。

(注の見直し)

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

イ～ニ (略)

(新設)

(新設)

ホ 在宅患者応急入院診療加算

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

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

注6 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～ニ (略)

ホ 超急性期脳卒中加算

へ 妊産婦緊急搬送入院加算

ト 在宅患者緊急入院診療加算

へ (略)

(新設)

ト～チ (略)

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

ヌ (略)

ル 看護配置加算

ヲ 看護補助加算(注4に規定する老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～タ (略)

(新設)

レ～ノ (略)

(新設)

オ (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

チ (略)

リ 医師事務作業補助体制加算

ヌ～ル (略)

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

ワ (略)

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

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

タ～ツ (略)

ネ 二類感染症患者療養環境特別加算

ナ～マ (略)

ケ ハイリスク妊娠管理加算

フ (略)

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

エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

テ 後期高齢者総合評価加算

ア 後期高齢者退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

につき)

(削除)

- 1 療養病棟入院基本料 1
- イ 入院基本料 1 1, 187点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 130点)
- ロ 入院基本料 2 1, 117点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 060点)

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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、当該基準に

(削除)

係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。

イ 特別入院基本料1 955点

(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、898点)

ロ 特別入院基本料2 885点

(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、828点)

注3 療養病棟入院基本料1を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

注4 入院している患者が別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、当該基準に係る区分に従い、当該入院している患者につき、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 日常生活障害加算 40点

ロ 認知症加算 20点

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

イ 地域医療支援病院入院診療加算

ロ 臨床研修病院入院診療加算

- ハ 在宅患者応急入院診療加算
- ニ 診療録管理体制加算
- ホ 乳幼児加算・幼児加算
- ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- ト 特殊疾患入院施設管理加算
- チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。）
- リ 夜間勤務等看護加算
- ヌ 地域加算
- ル 離島加算
- ヲ HIV感染者療養環境特別加算
- ワ 療養病棟療養環境加算
- カ 重症皮膚潰瘍管理加算
- コ 栄養管理実施加算
- タ 医療安全対策加算
- レ 褥瘡患者管理加算

(削除)
(点数の見直し)

- 2 療養病棟入院基本料2
 - イ 入院基本料A 1, 740点
(健康保険法第63条第2項第2号及び老人保健法第17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。)を受ける場合にあつては、1, 726点)
 - ロ 入院基本料B 1, 344点

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

(注の見直し)

(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 330点)
ハ 入院基本料C 1, 220点
(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 206点)
ニ 入院基本料D 885点
(生活療養を受ける場合にあつては、
871点)
ホ 入院基本料E 764点
(生活療養を受ける場合にあつては、
750点)

注1 病院の療養病棟であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 306点)
3 入院基本料C 1, 198点
(生活療養を受ける場合にあつては、
1, 184点)
4 入院基本料D 885点
(生活療養を受ける場合にあつては、
871点)
5 入院基本料E 750点
(生活療養を受ける場合にあつては、
736点)

注1 病院の療養病棟(医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下この表において「療養病床」という。))に係る病棟として地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

(注の見直し)

注3 療養病棟入院基本料2を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

注4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

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

イ～ロ (略)

ハ 在宅患者応急入院診療加算

ニ～ワ (略)

(新設)

(新設)

注3 療養病棟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の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

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

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

イ～ロ (略)

ハ 在宅患者緊急入院診療加算

ニ～カ (略)

ヨ 退院調整加算

タ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

（点数の見直し）

| | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 7対1入院基本料 | 1,447点 |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1,161点 |
| 3 | 13対1入院基本料 | 949点 |
| 4 | 15対1入院基本料 | 886点 |
| 5 | 18対1入院基本料 | 757点 |
| 6 | 20対1入院基本料 | 713点 |

2 1,192点

（注の見直し）

注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟で

| | | | |
|----------------|---|----------|---|
| | | | <p>あって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,387点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,417点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>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、地方社会保険事務局長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。</p> | <p>→</p> | <p>注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長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。</p> |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ (略) ニ 在宅患者応急入院診療加算</p> <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>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～ハ (略) ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------|--|--------|---|-----------|------|---|-----------|------|---|-----------|------|---|----------|
| | ホ～ト (略) | | へ～チ (略) | | | | | | | | | | | | |
| | チ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。) | | リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。) | | | | | | | | | | | | |
| | リ～カ (略) | (新設) → | ヌ～ヨ (略) | | | | | | | | | | | | |
| | | (新設) → | タ 二類感染症患者療養環境特別加算 | | | | | | | | | | | | |
| | ヨ～ソ (略) | (新設) → | レ～ネ (略) | | | | | | | | | | | | |
| | | (新設) → | ナ ハイリスク妊娠管理加算 | | | | | | | | | | | | |
| | | (新設) → | ラ 退院調整加算 | | | | | | | | | | | | |
| | | (新設) → | ム 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 | | | | | | | | | | | | |
| | | (新設) → | ウ 後期高齢者総合評価加算 | | | | | | | | | | | | |
| A103 精神病棟入院基本料(1日につき) | | | | | | | | | | | | | | | |
| (点数の見直し) | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,209点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>18対1入院基本料</td> <td>712点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>20対1入院基本料</td> <td>658点</td> </tr> </table> | 1 | 10対1入院基本料 | 1,209点 | 2 | 15対1入院基本料 | 800点 | 3 | 18対1入院基本料 | 712点 | 4 | 20対1入院基本料 | 658点 | → | 1 1,240点 |
| 1 | 10対1入院基本料 | 1,209点 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 15対1入院基本料 | 800点 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 18対1入院基本料 | 712点 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 20対1入院基本料 | 658点 | | | | | | | | | | | | | |
| (注の見直し) | <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 10点(特別入院基本料については、5点)</p> | → | <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 5点</p> | | | | | | | | | | | | |

(注の見直し)

注4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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、当該基準に従い、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社会保険事務局長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。

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～ハ (略)

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ～チ (略)

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

へ～リ (略)

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

ヌ～ツ (略)

ル～ネ (略)

(新設)

(新設)

ネ～ウ (略)

(新設)

ナ 精神科地域移行実施加算

ラ 精神科身体合併症管理加算

ム～オ (略)

ク ハイリスク妊娠管理加算

(1日につき)

(点数の見直し)

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 555点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 269点
- 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 447点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 161点
 - ハ 13対1入院基本料 949点
 - ニ 15対1入院基本料 886点
- 3 精神病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1, 311点
 - ロ 10対1入院基本料 1, 209点
 - ハ 15対1入院基本料 839点

- 1
 - ロ 1, 300点
- 2
 - ロ 1, 192点
- 3
 - ロ 1, 240点

(注の見直し)

- 注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- イ 一般病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 652点
 - (2) (略)
 - ロ (略)
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1)~(4) (略)
 - (5) 181日以上1年以内の期間 25点
- 注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

- 注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- イ 一般病棟の場合
 - (1) 712点
 - (2) (略)
 - ロ (略)
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1)~(4) (略)
 - (5) 20点
- 注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。

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

イ 入院時医学管理加算（一般病棟に限る。）

ロ～ハ （略）

（新設）

（新設）

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ～ト （略）

チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。）

リ （略）

ヌ 看護補助加算（老人特定入院基本料を算定するものを除く。）

ル～カ （略）

（新設）

ヨ～ム （略）

（新設）

（新設）

定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注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。

（削除）

イ～ロ （略）

ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

ヘ～チ （略）

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

ヌ （略）

ル 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

ヲ～ヨ （略）

タ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

レ～キ （略）

ノ 精神科地域移行実施工算（精神病棟に限る。）

オ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|---------|---|-----------|---------|---|-----------|---------|----------|--|---|---------|
| | <p>ウ～ヤ (略)</p> <p>マ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> | <p>限る。)</p> <p>ク～コ (略)</p> <p>エ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>テ (略)</p> <p>ア 退院調整加算 (結核病棟及び後期高齢者 特定入院基本料を算定するものに限る。)</p> <p>サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 (精神病棟を除く。)</p> <p>キ 後期高齢者総合評価加算 (精神病棟を除 く。)</p> <p>ユ 後期高齢者退院調整加算 (一般病棟 (後 期高齢者特定入院基本料を算定するものを 除く。))に限る。)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>A105 専門病院入院基本料 (1日 につき)</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(点数の見直し)</p> | <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1, 555点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1, 269点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1, 092点</td> </tr> </table> | 1 | 7対1入院基本料 | 1, 555点 | 2 | 10対1入院基本料 | 1, 269点 | 3 | 13対1入院基本料 | 1, 092点 | <p>→</p> | <table border="0"> <tr> <td>2</td> <td>1, 300点</td> </tr> </table> | 2 | 1, 300点 |
| 1 | 7対1入院基本料 | 1, 555点 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1, 269点 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 13対1入院基本料 | 1, 092点 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1, 300点 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 専門病院 (主として悪性腫瘍、循環器疾患 等の患者を入院させる保険医療機関であって 高度かつ専門的な医療を行っているものとし て地方社会保険事務局長に届け出たものをい う。以下この表において同じ。)の一般病棟 であって、看護配置、看護師比率、平均在院 日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が</p> | | <p>注1 専門病院 (主として悪性腫瘍、循環器疾患 等の患者を入院させる保険医療機関であって 高度かつ専門的な医療を行っているものとし て地方社会保険事務局長に届け出たものをい う。以下この表において同じ。)の一般病棟 であって、看護配置、看護師比率、平均在院 日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が</p> | | | | | | | | | | | |

定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1, 495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1, 525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。

(注の見直し)

注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 452点
- ロ (略)

注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 512点
- ロ (略)

(注の見直し)

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

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

(注の見直し)

り算定する。

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

イ 入院時医学管理加算

ロ～ハ (略)

(新設)

(新設)

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ (略)

(新設)

へ～ト (略)

チ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)

リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヌ～ワ (略)

(新設)

カ～ム (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

例により算定する。

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

(削除)

イ～ロ (略)

ハ 超急性期脳卒中加算

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

へ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算

チ～リ (略)

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

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ヨ (略)

タ 二類感染症患者療養環境特別加算

レ～ノ (略)

オ ハイリスク妊娠管理加算

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

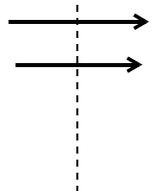
マ 後期高齢者総合評価加算

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

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

(点数の見直し)

| | | |
|---|-----------|--------|
| | (新設) | |
| 1 | 10対1入院基本料 | 1,269点 |
| 2 | 13対1入院基本料 | 1,092点 |
| 3 | 15対1入院基本料 | 954点 |



| | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 7対1入院基本料 | 1,555点 |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1,300点 |
| 3 | | |
| 4 | | |

(注の見直し)

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



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

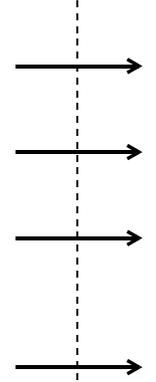
(注の見直し)

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



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

- イ (略)
- ロ 在宅患者応急入院診療加算
- ハ (略)
- (新設)
- ニ～チ (略)
- リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ヌ～ワ (略)



- イ (略)
- ロ 在宅患者緊急入院診療加算
- ハ (略)
- ニ 医師事務作業補助体制加算
- ホ～リ (略)
- ヌ 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ル～カ (略)
- ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

（注の見直し）

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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、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2 医師の配置及び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社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に100点を加算する。

（注の新設）

（新設）

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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、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2 夜間の緊急体制確保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社会保険事務局長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、夜間緊急体制確保加算として、1日につき所定点数に15点を加算する。

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

カ～ソ （略）

（新設）

（新設）

タ～ネ （略）

ナ 退院調整加算

ラ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|-------------------|---|---|---------|-----|---|---------|-----|---|-----------|-----|---|-----------|-----|
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>加算する。</p> <p>注4 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に応じて、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。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>看護配置加算1</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>看護配置加算2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>夜間看護配置加算1</td> <td>30点</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>夜間看護配置加算2</td> <td>50点</td> </tr> </table> | イ | 看護配置加算1 | 10点 | ロ | 看護配置加算2 | 15点 | ハ | 夜間看護配置加算1 | 30点 | ニ | 夜間看護配置加算2 | 50点 |
| イ | 看護配置加算1 | 10点 | | | | | | | | | | | | | |
| ロ | 看護配置加算2 | 15点 | | | | | | | | | | | | | |
| ハ | 夜間看護配置加算1 | 30点 | | | | | | | | | | | | | |
| ニ | 夜間看護配置加算2 | 50点 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(注の削除)</p> | <p>注3 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するものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に15点を加算する。</p> | <p>→</p> | <p>(削除)</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注4 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>→</p> <p>→</p> | <p>注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 超急性期脳卒中加算</p> <p>ハ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> | | | | | | | | | | | | |

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

（削除）

ロ 在宅患者応急入院診療加算
ハ～チ （略）

（新設）

リ～ヲ （略）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ニ 在宅患者緊急入院診療加算
ホ～ヌ （略）

ル 二類感染症患者療養環境特別加算
ヲ～ヨ （略）

タ ハイリスク妊娠管理加算

レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

ソ 後期高齢者総合評価加算

ツ 後期高齢者退院調整加算

1 有床診療所療養病床入院基本料1 801点
（老人保健法の規定による医療を提供する場合
にあつては、783点）

（削除）

注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。
）であつて、看護配置その他の事項につき別
に厚生労働大臣が定める基準に適合している
ものとして地方社会保険事務局長に届け出た
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、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、
地方社会保険事務局長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、次に掲げる点数

を算定できる。

特別入院基本料 698点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、680点)

注3 有床診療所療養病床入院基本料1を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。)は、入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

注4 入院している患者が別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、当該基準に係る区分に従い、当該入院している患者につき、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 日常生活障害加算 40点
ロ 認知症加算 20点

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

イ 在宅患者応急入院診療加算
ロ 診療録管理体制加算
ハ 乳幼児加算・幼児加算
ニ 難病等特別入院診療加算(難病患者等入院診療加算に限る。)

(削除)

(注の見直し)

- ホ 地域加算
- ヘ 離島加算
- ト HIV感染者療養環境特別加算
- チ 診療所療養病床療養環境加算
- リ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ヌ 栄養管理実施加算
- ル 医療安全対策加算
- ヲ 褥瘡患者管理加算

2 有床診療所療養病床入院基本料 2

注3 有床診療所療養病床入院基本料2を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

(削除)

注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定してい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の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

| | | | |
|---|---|----------------------------|--|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p> | <p>→</p> | <p>注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 在宅患者応急入院診療加算 ロ～ル (略)</p> <p>(新設) (新設)</p> | <p>→ → → →</p> | <p>注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 在宅患者緊急入院診療加算 ロ～ル (略) ヲ 退院調整加算 ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p> |
| <p>第2節 入院基本料等加算</p> | | | |
| <p>A200 入院時医学管理加算 (1日につき)</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>60点</p> | <p>→</p> | <p>120点</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料を除く。))のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、14日を限度とし</p> | <p>→</p> | <p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料を除く。))のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定</p> |

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児
救急医療管理加算（1日につき）

（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において、救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算（入院初日）
12,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるも

のに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設)

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日) 5, 0 0 0点

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 6 在宅患者応急入院診療加算(入院初日)

(名称の見直し)

(項目の見直し)

在宅患者応急入院診療加算(入院初日)

6 5 0点

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)

- 1 連携医療機関である場合 1, 3 0 0点
- 2 1以外の場合 6 5 0点

(注の見直し)

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者応急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

| | | |
|---|-------------|------|
| 1 | 25対1補助体制加算 | 355点 |
| 2 | 50対1補助体制加算 | 185点 |
| 3 | 75対1補助体制加算 | 130点 |
| 4 | 100対1補助体制加算 | 105点 |

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険

医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

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

（項目の見直し）

- 1 超重症児（者）入院診療加算 300点
- 2 準超重症児（者）入院診療加算 100点

- 1 超重症児（者）入院診療加算
 - イ 6歳未満の場合 600点
 - ロ 6歳以上の場合 300点
- 2 準超重症児（者）入院診療加算
 - イ 6歳未満の場合 200点
 - ロ 6歳以上の場合 100点

A 2 1 2—2 新生児入院医療管理加算（1日につき）
（点数の見直し）

750点 → 800点

A 2 1 5 夜間勤務等看護加算（1日につき）

（削除）

- 1 夜間勤務等看護加算1 72点
- 2 夜間勤務等看護加算2 48点
- 3 夜間勤務等看護加算3 39点

（削除）

- 4 夜間勤務等看護加算 4 3 2 点
- 5 夜間勤務等看護加算 5 2 5 点

注 別に厚生労働大臣が定める看護師等の勤務条件に関する基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出て当該基準による看護を行う保険医療機関に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、夜間勤務等看護加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 1 8 地域加算（1日につき）

（注の見直し）

注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域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、同令で定める級地区分に従い、所定点数に加算する。

注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域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、同令で定める級地区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

(注の見直し)

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項及び老人保健法第17条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A220 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）

(点数の見直し)

1 個室の場合

300点

1 350点

(新設)

(新設)

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算
(1日につき) 300点

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

（点数の見直し）

（新設）

（新設）

250点

（新設）

（新設）

できるものを現に算定している患者に限る。）
について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき）
5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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）
（点数の見直し）

350点

650点

1 区分番号A 3 1 1に掲げる精神科救急入院料、区分番号A 3 1 1-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号A 3 1 4に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合

300点

2 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）及び区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者の場合

200点

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社会保険事務局長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社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

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社会保険事務局長に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A232 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)
(点数の見直し)

200点

400点

(新設)

(新設)

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき）
1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A237 ハイリスク分娩管理加算

(1日につき)
(点数の見直し)

(注の新設)

(新設)

1,000点 → 2,000点

(新設) → 注2 ハイリスク妊娠管理と同一日に行うハイリスク分娩管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

(新設) → A238 退院調整加算

1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点

2 退院加算 (退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合

100点
ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者 (第1節

(新設)

(新設)

の入院基本料（特別入院基本料を除く。）
又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注3 2のロについて、別に厚生労働大臣が定める場合は、さらに500点を加算する。

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
(入院初日) 500点

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中 1 回）
5 0 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算（退院時 1 回）
1 0 0 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

（項目の見直し）

| | | | |
|---|--------------|---------|------|
| 1 | 7日以内の期間 | | |
| イ | 救命救急入院料1 | 9,000点 | |
| ロ | 救命救急入院料2 | 10,400点 | |
| | | | （新設） |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | | |
| イ | 救命救急入院料1 | 7,490点 | |
| ロ | 救命救急入院料2 | 8,890点 | |

（注の新設）

（新設）

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。

| | | | |
|---|-------------|---------|--|
| 1 | 3日以内の期間 | | |
| イ | 救命救急入院料1 | 9,700点 | |
| ロ | 救命救急入院料2 | 11,200点 | |
| 2 | 4日以上7日以内の期間 | | |
| イ | 救命救急入院料1 | 8,775点 | |
| ロ | 救命救急入院料2 | 10,140点 | |
| 3 | | | |

注2 注1に規定する保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患に関わる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の

| | | | |
|--|--|----------------------------|---|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注5 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～ト (略)</p> <p>(新設)</p> | <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> | <p>診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。</p> <p>注6 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～ト (略)</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> |
| <p>A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡</p> | <p>→</p> <p>→</p> | <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急入院加算、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</p> |

A301-2 ハイケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院
医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

（注の見直し）

、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新規）

、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

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

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

A303 総合周産期特定集中治療室
管理料（1日につき）

（注の見直し）

A304 広範囲熱傷特定集中治療室
管理料（1日につき）

（注の見直し）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1
日につき）

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、
地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全
対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者
ケア加算を除く。）

ハ～チ （略）

（新設）

（新設）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

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

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、
超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、
医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、
栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者
管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～チ （略）

リ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

（注の見直し）

、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～リ （略）

（新設）

、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～リ （略）

ヌ 第13部第1節の病理標本作製料

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

（新設）

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ハ～ト （略）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料
(1日につき)

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する施設基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

(注の見直し)

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する施設基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び退院調整加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

(項目の見直し)

| | | | |
|---|-------------|---------|--|
| | | (新設) | |
| 1 | 小児入院医療管理料 1 | 3, 600点 | |
| 2 | 小児入院医療管理料 2 | 3, 000点 | |
| 3 | 小児入院医療管理料 3 | 2, 100点 | |

| | | |
|---|-------------|---------|
| 1 | 小児入院医療管理料 1 | 4, 500点 |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

(注の見直し)

注 1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料3を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

注 1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料4を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

(注の見直し)

注 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療

注 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算

(注の見直し)

管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2及び小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)

(項目の見直し)

1,680点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,666点)

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1
1,690点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,676点)

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

(新設)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料2
1,595点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,581点)

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満

(注の新設)

(注の見直し)

注2 診療に係る費用（当該患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）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。

たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

注3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

(項目の見直し)

2,050点

- 1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点
- 2 亜急性期入院医療管理料2 2,050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社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関において

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社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関（病院

、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療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90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当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

(注の見直し)

注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数(第1節に掲げるものに限る。))が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

(亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。)において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者入院時総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数(第1節に掲げるものに限る。))が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 9 特殊疾患療養病棟入院料

(1日につき)

(名称の見直し)

(注の見直し)

特殊疾患療養病棟入院料 (1日につき)

注3 診療に係る費用(注2に規定する加算並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。)は、特殊疾患療養病棟入院料に含まれるものとする。

特殊疾患病棟入院料 (1日につき)

注3 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院加算(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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料 (1日につき)

(1日につき)

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、末期の悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、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

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社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------|--------|---|----------|--------|---|---|-----------|--|---|----------|--------|---|----------|--------|---|-----------|--|---|----------|--------|---|----------|--------|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> | <p>院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A311 精神科救急入院料（1日につき）</p> <p>(項目の見直し)</p> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上の期間</td> <td>2,800点</td> </tr> </table> | 1 | 30日以内の期間 | 3,200点 | 2 | 31日以上の期間 | 2,800点 | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>精神科救急入院料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,431点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上の期間</td> <td>3,031点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>精神科救急入院料2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,231点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上の期間</td> <td>2,831点</td> </tr> </table> | 1 | 精神科救急入院料1 | | イ | 30日以内の期間 | 3,431点 | ロ | 31日以上の期間 | 3,031点 | 2 | 精神科救急入院料2 | | イ | 30日以内の期間 | 3,231点 | ロ | 31日以上の期間 | 2,831点 |
| 1 | 30日以内の期間 | 3,200点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 31日以上の期間 | 2,800点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 精神科救急入院料1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ | 30日以内の期間 | 3,431点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ | 31日以上の期間 | 3,031点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 精神科救急入院料2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ | 30日以内の期間 | 3,231点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ | 31日以上の期間 | 2,831点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> | <p style="text-align: center;">→</p> | <p>届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> |
| <p>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対</p> | <p style="text-align: center;">→</p> | <p>注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神</p> |

(新設)

策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

(新設)

科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき)

- | | | |
|---|----------|--------|
| 1 | 30日以内の期間 | 3,431点 |
| 2 | 31日以上の期間 | 3,031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社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の1.5対1入院基本料の例により算定する。

注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、栄養

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

（注の変更）

A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

料（1日につき）

（削除）

950点

（削除）

注1 別に厚生労働大臣が定める主として特定患者を入院させるための一群の病室（以下この表において「包括病床群」という。）に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た一般病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る包括病床群に入院している患者について算定する。

注2 老人一般病棟入院医療管理を受けている患者に対して行った検査、投薬、注射並びに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む。）は、所定点数に含まれるものとする。

注3 第2節に規定する入院基本料等加算に掲げる臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算の各算定要件を満たす場合は、それぞれ該当する点数を所定点数に加算する。

A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料（1日につき）

（名称の変更）

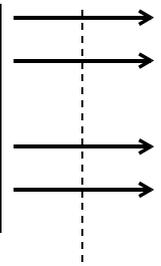
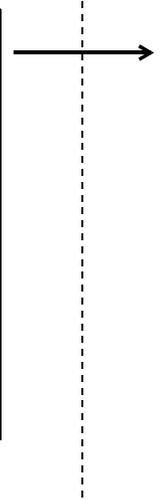
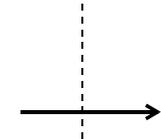
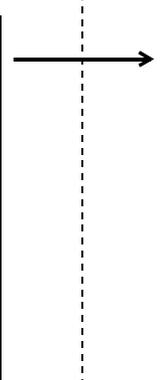
老人性認知症疾患治療病棟入院料（1日につき）

認知症病棟入院料（1日につき）

（点数の見直し）

1 老人性認知症疾患治療病棟入院料1

1 認知症病棟入院料1

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| | イ 90日以内の期間 1,300点 ロ 91日以上期間 1,190点 2 老人性認知症疾患治療病棟入院料2 イ 90日以内の期間 1,060点 ロ 91日以上期間 1,030点 |  | イ 1,330点 ロ 1,180点 2 認知症病棟入院料2 イ 1,070点 ロ 1,020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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。）は、認知症疾患治療病棟入院料に含まれるものとする。 |  | 注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症病棟入院料に含まれるものとする。 |
| A316 診療所老人医療管理料（1日につき） （名称の見直し） | 診療所老人医療管理料（1日につき） |  | 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき） |
| (注の見直し) | 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所老人医療管理を行うものとして入院させた患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）について算定する。 |  | 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による医療を提供する場合に限る。）について算定する。 |

(注の見直し)

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、診療所老人医療管理料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。

(注の見直し)

注3 診療所老人医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所老人医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。

注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

(項目の見直し)

- 1 短期滞在手術基本料1
2,800点
- 2 短期滞在手術基本料2
4,800点
(生活療養を受ける場合にあつては、
4,772点)
- (新設)

- 1 短期滞在手術基本料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）
4,800点
(生活療養を受ける場合にあつては、
4,772点)
- 3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合）
5,670点
(生活療養を受ける場合にあつては、
5,600点)

(注の新設)

(新設)

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。

(注の見直し)

注2 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～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、

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～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H

(注の新設)

遊離脂肪酸、HDLーコレステロール、LDLーコレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC) 及びイオン化カルシウム
ホ〜ル (略)

(新設)



DLーコレステロール、LDLーコレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT) 及びイオン化カルシウム

ホ〜ル (略)

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 (特別入院基本料を除く。)
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、栄養管理実施加算及び医療安全対策加算を除く。)
ハ 医学管理等 (手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く。)
ニ 検査 (心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料以外のものに限る。)
ホ 画像診断 (画像診断管理加算、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る場合以外のものに限る。)

- | | | |
|--|--|---|
| | | <p>へ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。）</p> <p>ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。）</p> <p>チ リハビリテーション（薬剤料に限る。）</p> <p>リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。）</p> <p>ヌ 処置（1,000点未満のものに限る。）</p> <p>ル 病理診断（第13部第1節の病理標本作製料に限る。）</p> |
|--|--|---|

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|---|
| <p>第2章第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>(項目の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p> <p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料</p> | <p>710点</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> | <p>イ 月の1回目 500点</p> <p>ロ 月の2回目 400点</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> |

(注の見直し)

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン

ニ～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(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グ

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン定性

ニ～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(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グ

ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、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 (1, 25(OH)₂D₃)、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント〜ワ (略)

ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25ジヒドロキシビタミンD₃ (1, 25(OH)₂D₃)、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント〜ワ (略)

1.7 慢性疼痛疾患管理料

(注の見直し)

注2 区分番号J118に掲げる介達牽引及び区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注2 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に掲げる変形器械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用(薬剤の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

20 糖尿病合併症管理料 170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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

(新設)

(新設)

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して

(新設)

B 0 0 1—2 小児科外来診療料

(新設)

2 2 がん性疼痛緩和指導管理料 1 0 0 点

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

(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 550点
 - ロ 再診時 370点
- 2 1以外の場合
 - イ 初診時 660点
 - ロ 再診時 480点

- 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
 - ロ 再診時 380点
- 2 1以外の場合
 - イ 初診時 670点
 - ロ 再診時 490点

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

(点数の見直し)

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 300点
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 450点

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点

B001-3 生活習慣病管理料

(点数の見直し)

(名称の見直し)

- 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 高脂血症を主病とする場合 900点

- 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 脂質異常症を主病とする場合 650点

| | | |
|---|--------------|--------|
| ロ | 高血圧症を主病とする場合 | 950点 |
| ハ | 糖尿病を主病とする場合 | 1,050点 |
| 2 | 1以外の場合 | |
| イ | 高脂血症を主病とする場合 | 1,460点 |
| ロ | 高血圧症を主病とする場合 | 1,310点 |
| ハ | 糖尿病を主病とする場合 | 1,560点 |

| | | |
|---|---------------|--------|
| ロ | 高血圧症を主病とする場合 | 700点 |
| ハ | 糖尿病を主病とする場合 | 800点 |
| 2 | 1以外の場合 | |
| イ | 脂質異常症を主病とする場合 | 1,175点 |
| ロ | 高血圧症を主病とする場合 | 1,035点 |
| ハ | 糖尿病を主病とする場合 | 1,280点 |

(注の見直し)

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び老人保健法の規定による医療を受けるものを除く。）に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受けるものを除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

(注の見直し)

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

(注の新設)

(新設)

注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

B001-4 手術前医学管理料

(注の見直し)

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ハ (略)

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、

クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウム

ホ～ヌ （略）

クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ～ヌ （略）

B001-5 手術後医学管理料（1
日につき）

（注の見直し）

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレス

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

(注の見直し)

LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ (略)

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ (略)

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

100点

注 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

B004 地域連携退院時共同指導料

1

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 1

退院時共同指導料 1

(注の見直し)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者が入院

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指

している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

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

B005 地域連携退院時共同指導料
2

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 2

退院時共同指導料 2

(点数の見直し)

1 在宅療養支援診療所と連携する場合

500点

300点

2 1以外の場合

300点

(注の見直し)

注1 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

| | | | |
|------|---|---|---|
| | <p>、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。</p> | | <p>得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。</p> |
| (新設) | (新設) | → | <p>注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。</p> |
| (新設) | (新設) | → | <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,00</p> |

| | | | |
|--|---|---------------|--|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注2 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅲ)及び区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。</p> | | <p>0点を加算する。</p> <p>注4 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅲ)は別に算定できない。</p> |
| <p>B005-2 地域連携診療計画管理料</p> <p>(点数の見直し)</p> | | <p>1,500点</p> | <p>900点</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる地域連携退院時共同指導料2は別に算定できない。</p> | | <p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p> |
| <p>B005-3 地域連携診療計画退院時指導料</p> <p>(点数の見直し)</p> | | <p>1,500点</p> | <p>600点</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同</p> | | <p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同</p> |

B 0 0 5—4 ハイリスク妊産婦共同
管理料(I)

(注の見直し)

指導料(Ⅲ)及び区分番号B 0 0 5に掲げる地域
連携退院時共同指導料 2 は別に算定できな
い。

指導料(Ⅲ)及び区分番号B 0 0 5に掲げる退院
時共同指導料 2 は別に算定できない。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分
娩管理加算の注 1 に規定する施設基準に適合す
るものとして届け出た保険医療機関に限る。）
に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場
合において、当該病院に赴いて、当該病院の保
険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管
理を共同して行った場合に、当該患者を紹介し
た保険医療機関において患者 1 人につき 1 回算
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社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A 2 3 6—2に掲げるハイリス
ク妊娠管理加算の注又は区分番号A 2 3 7に掲
げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施
設基準に適合するものとして届け出た保険医療
機関に限る。）に入院中である場合において、
当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同し
てハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する
医学管理を共同して行った場合に、当該患者を
紹介した保険医療機関において患者 1 人につき
1 回算定する。

B005-5 ハイリスク妊産婦共同
管理料(Ⅲ)

(注の見直し)

注 区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

(注の見直し)

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における基本的動作能力若

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しく

B 0 0 7 退院前訪問指導料

(注の見直し)

しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

は応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

(点数の見直し)

350点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点

(注の見直し)

注1 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たもの入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

(注の見直し)

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であつ

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であつて通

| | | | |
|----------------|---|----------|--|
| | <p>て通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> | | <p>院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> | <p>→</p> | <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> | <p>→</p> | <p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>注8 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合してい</p> |

るものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注10 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算す

B 0 1 1 — 3 薬剤情報提供料

(注の見直し)

注2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

る。

注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

(新設)

(新設)

B 0 1 1 — 4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき）

50点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）

1, 000点

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

100点

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載し

(新設)

(新設)

た場合に、退院の日1回に限り算定する。

B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料
180点

注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B016 後期高齢者診療料
600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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学

管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。

注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用

(新設)

(新設)

は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注3 第2部在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。

(新設)

(新設)

B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料

2 0 0 点

注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|--|---|
| <p>第2章第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,</p> |

300点を所定点数に加算する。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

（項目の見直し）

830点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

830点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

200点

（注の見直し）

注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に週3回を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

注1 1については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第

115号)第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅(特定施設を除く。)に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者(以下「居住系施設入居者等」という。)を除く。)に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000

(注の見直し)

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

(注の見直し)

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

（名称の見直し）

1 在宅療養支援診療所の場合

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

（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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

（注の新設）

（新設）

注4 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算定している患者に

(新設)

(新規)

については算定しない。

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料
(月1回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の
場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

3,000点

ロ 処方せんを交付しない場合

3,300点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

1,500点

ロ 処方せんを交付しない場合

1,800点

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社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関(診療所、在宅療養支
援病院及び許可病床数が200床未満の病院
(在宅療養支援病院を除く。))に限る。)に
おいて、特定施設入居者等である患者であつ

C 0 0 3 在宅末期医療総合診療料
(1日につき)

て通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

注4 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所に限る。）において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

C004 救急搬送診療料
(点数の見直し)

650点 → 1,300点

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

(点数の見直し)

| | |
|---------------------|------|
| 1 保健師、助産師又は看護師による場合 | |
| イ 週3日目まで | 530点 |
| ロ 週4日目以降 | 630点 |
| 2 准看護師による場合 | |
| イ 週3日目まで | 480点 |
| ロ 週4日目以降 | 580点 |

| | |
|---------------------|------|
| 1 保健師、助産師又は看護師による場合 | |
| イ 週3日目まで | 555点 |
| ロ 週4日目以降 | 655点 |
| 2 准看護師による場合 | |
| イ 週3日目まで | 505点 |
| ロ 週4日目以降 | 605点 |

(注の見直し)

注1 保険医療機関が、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日を限度（1月に1回に限る。））とする。

注1 保険医療機関が、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。以下注5及び注6において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。））とす

| | | | |
|----------------|---|--|---|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注2 注1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14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、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。</p> | | <p>る。</p> <p>注2 注1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14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。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p> | | <p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p> |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | | <p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。</p> |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | | <p>注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を</p> |

(注の新設)

(新設)

行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師

(注の見直し)

注4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。

(注の見直し)

注5 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に

が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

注8 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・

(新設)

関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

(新設)

指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料(1日につき)

1 保健師、助産師又は看護師による場合

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

注1 保険医療機関が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病

等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。））とする。

注2 注1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14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 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。

注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、居住系施設入居者等連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数

に200点を加算する。

注8 死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、居住系施設等ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 居住系施設入居者等訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

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、当該患者の主治医の診療に基づき、週3日以上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、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10 居住系施設入居者等訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

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に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上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、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。

C006 在宅訪問リハビリテーション
指導管理料（1単位）

（名称の見直し）

在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1

(項目の見直し)

300点

単位)

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

300点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

255点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であつて通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位（同一の患者について、1及び2を併せて算

| | | | |
|---------------------|---|--|---|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注2 在宅訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p> | | <p>定する場合において同じ。)まで算定する。</p> <p>注2 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p> |
| <p>C007 訪問看護指示料</p> | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）が診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> | | <p>注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注2 患者の主治医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交</p> | | <p>注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、</p> |

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(項目の見直し)

付した場合は、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。

550点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

550点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

385点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

(注の見直し)

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(項目の見直し)

530点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

530点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

450点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合は、月2回に限り算定する。

注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導

(新設)

(新設)

を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

C010 在宅患者連携指導料

900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

注4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、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又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。

注5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、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及び区分番号

(新設)

(新設)

C003に掲げる在宅末期医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料
200点

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

第1款 在宅療養指導管理料

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

(注の見直し)

注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき1,900点を月2回に限り算定する。

注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

C102-2 在宅血液透析指導管理料

(注の見直し)

注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき1,900点を月2回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、1,900点を月4回に限り算定する。

注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、2,000点を月4回に限り算定する。

C 1 1 3 寝たきり老人訪問指導管理
料

(削除)

4 3 0 点

(削除)

注 1 在宅寝たきり老人（老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。）に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。

注 2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

注 4 区分番号 B 0 0 1 の 1 に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号 B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 1 2 に掲げる心臓ペースメーカー指導管理

料を算定している患者については算定しない。

注5 寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料は、所定点数に含まれるものとする。

注6 同一の患者につき1月以内に寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

(通則の見直し)

1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に月1回に限り算定する。

1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き月1回に限り算定する。

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

(項目の見直し)

- 1 月 2 0 回以上測定する場合
- 2 月 4 0 回以上測定する場合
- 3 月 6 0 回以上測定する場合
- 4 月 8 0 回以上測定する場合

4 0 0 点
5 8 0 点
8 6 0 点
1, 1 4 0 点

(新設)
(新設)

- 5 月 1 0 0 回以上測定する場合
- 6 月 1 2 0 回以上測定する場合

1, 3 2 0 点
1, 5 0 0 点

(4の注の削除)

注 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

(削除)

(注の見直し)

注 1、2及び3については、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者

注1 1から3までについては、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の

(注の新設)

(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

患者(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

注2 4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

(点数の見直し)

1,000点 → 1,500点

C158 酸素濃縮装置加算

(点数の見直し)

4,620点 → 4,000点

C161 注入ポンプ加算

(点数の見直し)

1,000点 → 1,250点

(新設)

(新設)

C 1 7 0 呼吸同調式デマンドバルブ加算

300点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|---|
| <p>第2章第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ1点を加算する。</p> <p>(血液学的検査)</p> <p>D006 出血・凝固検査</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ1点を加算する。</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いてPIVKA II、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-Dダイマー精密測定、プロテインS精密測</p> | <p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ5点を加算する。</p> <p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から23までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目</p> |

定、 α 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体、第Ⅷ因子様抗原、血小板第4因子（PF4）精密測定、 β -トロンボグロブリン精密測定、トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（TAT）精密測定、プロテインC、フィブリンモノマー複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定、トロンボモジュリン精密測定、tPA・PAI-1複合体、凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、Ⅼ）及びフィブリノペプチド精密測定を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 550点
- ロ 5項目以上 770点

数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目又は4項目 530点
- ロ 5項目以上 750点

（生化学的検査（Ⅰ））

D007 血液化学検査

（注の見直し）
（点数の見直し）

注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及び

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 100点
- ロ 8項目又は9項目 109点

C1、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウムを5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 5項目以上7項目以下 102点

ロ 8項目又は9項目 111点

ハ 10項目以上 130点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

ハ 10項目以上 129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

(生化学的検査(Ⅱ))

D008 内分泌学的検査

(注の見直し)
(点数の見直し)

注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定、卵胞刺激ホルモン (FSH) 精密測定、C-ペプチド (CPR) 精密測定、黄体形成ホルモン (LH)、遊離サイロキシシン (FT4) 精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価精密測定、遊離トリヨードサイロニン (FT3) 精密測定、コルチゾール精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシシン結合蛋白 (TBG) 精密測定、17-ケートジエニックスステロイド (17-KGS) 精密測定、テストステロン精密測定、ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG定量) 精密測定、I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCGβ) 分画精密測定、グルカゴン精密測定、カルシトニン精密測定、オステオカルシン精密測定、骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) 精密測定、尿中βクロラプス精密測定、プロジェステロン精密測定、遊離テストステロン精密測定、エストロジェン、1



注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

| | | |
|---|------------|------|
| イ | 3項目以上5項目以下 | 410点 |
| ロ | 6項目又は7項目 | 630点 |
| ハ | 8項目以上 | 900点 |

7-ケトジェニックステロイド分画（17-KGS分画）精密測定、サイクリックAMP（C-AMP）精密測定、エストリオール（E3）精密測定、尿中デオキシピリジノリン精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C-PTHrP）精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）精密測定、プレグナジオール、カテコールアミン精密測定、副甲状腺ホルモン（PTH）精密測定、エストラジオール（E2）精密測定、カテコールアミン分画精密測定、DHEA-S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）精密測定、17-ケトステロイド分画（17-KS分画）精密測定、プレグナントリオール精密測定、エリスロポエチン精密測定、17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定、抗IA-2抗体精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定及びメタネフリン分画精密測定を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 |

D 0 0 9 腫瘍マーカー

(注の削除)

2 患者から1回に採取した血液等を用いてα-フェトプロテイン (AFP)、尿中BTA及び免疫抑制酸性蛋白 (IAP) を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、75点を算定する。

(削除)

(注の見直し)

3 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分に掲げる検査(注2に規定するものを除く。)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。

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 |

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

(免疫学的検査)

D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査

(注の見直し)

注 患者から1回に採取した血液を用いてHBs抗原精密測定、HBs抗体価精密測定、HBe抗原精密測定、HBe抗体価精密測定、HCV

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から11までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項

抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価、HCVコア蛋白質測定、HBc抗体価、HBc抗体価精密測定、IgM-HA抗体価精密測定、HA抗体価精密測定、IgM-HBc抗体価精密測定、HCVコア抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定、HCV特異抗体価精密測定、HCV特異抗体価測定による群別判定及びデルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

| | | |
|---|-------|------|
| イ | 3項目 | 290点 |
| ロ | 4項目 | 360点 |
| ハ | 5項目以上 | 520点 |

目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

| | | |
|---|-------|------|
| イ | 3項目 | 290点 |
| ロ | 4項目 | 360点 |
| ハ | 5項目以上 | 520点 |

D014 自己抗体検査

(注の見直し)

注 抗SS-A/Ro抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B/La抗体、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗SS-A/Ro抗体精密測定、抗SS-B/La抗体精密測定及び抗Scl-70抗体精密測定を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点とする。

注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点とする。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

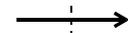
(注の見直し)

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、次に掲げる点数（検体検査管理加算(Ⅱ)については入院中の患者に限る。）を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)は算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 300点

(注の新設)

(新設)



注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅱ)及び検体検査管理加算(Ⅲ)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点
- ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点

注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社会保険事務局長に

D 0 2 7 基本的検体検査判断料

(注の見直し)

注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合するものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)は算定しない。

届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 6 - 4に掲げる遺伝病的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。

注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

第2節 病理学的検査料

| | | | | |
|------------|--|------|---|---|
| (項目の移動) | | (移動) | → | (第13部 病理診断へ) |
| 第3節 生体検査料 | | | | |
| (超音波検査等) | | | | |
| D215 超音波検査 | | | | |
| (点数の見直し) | <p>3 UCG</p> <p>イ 断層撮影法及びMモード法による検査 780点</p> <p>ロ Mモード法のみによる検査 400点</p> <p>ハ 経食道的超音波法 800点</p> | | → | <p>3 UCG</p> <p>イ 断層撮影法及びMモード法による検査 880点</p> <p>ロ Mモード法のみによる検査 500点</p> <p>ハ 経食道的超音波法 1,500点</p> |
| (注の新設) | | (新設) | → | <p>注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> |
| (注の見直し) | <p>注1 断層撮影法及びUCGについて、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> | | → | <p>注2 断層撮影法について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> |

| | | | |
|---------|--|---|---|
| (注の移動) | 注2 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | → | 注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。 |
| (注の移動) | 注3 ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。 | → | 注4 ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。 |
| (注の移動) | 注4 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、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、所定点数に含まれるものとする。 | → | 注5 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、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、所定点数に含まれるものとする。 |
| (注の移動) | 注5 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。 | → | 注6 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。 |
| (区分の新設) | (新設) | → | D 2 3 9 - 3 神経学的検査 3 0 0 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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。 |

| | | | | |
|-------------------------|--------------------|------|---|---|
| (眼科学的検査) | | | | |
| (通則の追加) | | (新設) | → | コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、D 2 8 2 - 3 に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。 |
| (区分の新設) | | (新設) | → | D 2 5 6 - 2 眼底三次元画像解析 2 0 0 点 注 患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号 D 2 5 6 の 1 に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。 |
| D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料 | | | | |
| (項目の見直し) | 1 コンタクトレンズ検査料 1 | | → | 1 コンタクトレンズ検査料 1 2 0 0 点 |
| | イ 初回装用者の場合 3 8 7 点 | | | |
| | ロ 既装用者の場合 1 1 2 点 | | | |

| | | | |
|----------|---|---|---|
| (項目の見直し) | <p>2 コンタクトレンズ検査料2</p> <p>イ 初回装用者の場合 193点</p> <p>ロ 既装用者の場合 56点</p> | → | <p>2 コンタクトレンズ検査料2 56点</p> |
| (注の見直し) | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定する。</p> | → | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定し、当該保険医療機関以外の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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p> |
| (注の見直し) | <p>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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関においてコンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p> | → | <p>注2 注1により当該検査料を算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料の注6及び区分番号A001に掲げる再診料の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。</p> |

| | | | |
|-------------------------------------|--|----------|--|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去に1のイ又は2のイを算定した患者に対して、1のロ又は2のロを算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。</p> | <p>→</p> | <p>注3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。</p> |
| <p>(削除)</p> | <p>注4 区分番号D255から区分番号D282-2に掲げる検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> | <p>→</p> | <p>(削除)</p> |
| <p>(臨床心理・神経心理検査)</p> <p>(通則の削除)</p> | <p>区分番号D283から区分番号D285までに掲げる臨床心理・神経心理検査については、同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数のみにより算定する。</p> | <p>→</p> | <p>(削除)</p> |
| <p>D283 発達及び知能検査</p> | | | |

| | | | |
|---|---|-------------|---|
| <p>(注の新設)</p> | | <p>(新設)</p> | <p>注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数のみにより算定する。</p> |
| <p>D 2 8 4 人格検査 (注の新設)</p> | | <p>(新設)</p> | <p>注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数のみにより算定する。</p> |
| <p>D 2 8 5 その他の心理検査 (名称の変更)</p> | <p>D 2 8 5 その他の心理検査</p> | | <p>D 2 8 5 認知機能検査その他の心理検査</p> |
| <p>(注の新設)</p> | | <p>(新設)</p> | <p>注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数のみにより算定する。</p> |
| <p>D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 (注の見直し)</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、9歳未満の入院患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。</p> | | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>D 3 1 0 小腸ファイバースコープ</p> <p>(項目の見直し)</p> | <p>D 3 1 0 小腸ファイバースコープ 1, 7 0 0 点</p> <p>注 粘膜点墨法を行った場合は、6 0 点を加算する。</p> | <p>D 3 1 0 小腸ファイバースコープ</p> <p>1 ダブルバルーン内視鏡によるもの 2, 0 0 0 点</p> <p>2 カプセル型内視鏡によるもの 1, 7 0 0 点</p> <p>3 その他のもの 1, 7 0 0 点</p> <p>注1 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>注2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、6 0 点を加算する。</p> |
| <p>D 4 0 6 上顎洞穿刺（片側）、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）</p> <p>(点数の見直し) (区分の見直し)</p> | <p>D 4 0 6 上顎洞穿刺（片側）、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側） 5 0 点</p> | <p>D 4 0 6 上顎洞穿刺（片側） 6 0 点</p> <p>D 4 0 6 - 2 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側） 1 8 0 点</p> |

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 | 28 | → 26 | D000 | |
| D001 | 尿中特殊物質定性定量検査 | | | D001 | |
| D001 1 | 蛋白定量 | 7 | → 7 | D001 1 | |
| D001 2 | VMA定性 | 9 | → 9 | D001 2 | |
| D001 3 | B-J蛋白定性 | 10 | → 9 | D001 2 | |
| D001 3 | 糖定量 | 10 | → 9 | D001 2 | |
| D001 4 | ポルフィリン定性 | 11 | → 10 | D001 3 | |
| D001 4 | アミラーゼ定性半定量 | 11 | → 10 | D001 3 | |
| D001 5 | ビリルビン定量 | 14 | → 12 | D001 4 | |
| D001 6 | 胃酸度測定 | 15 | → 15 | D001 5 | |
| D001 7 | ウロビリニン定量 | 16 | → 16 | D001 6 | |
| D001 7 | ウロビリノーゲン定量 | 16 | → 16 | D001 6 | |
| D001 7 | 先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト | 16 | → 16 | D001 6 | |
| D001 7 | 浸透圧測定 | 16 | → 16 | D001 6 | |
| D001 8 | ポルフィリン症スクリーニングテスト | 17 | → 17 | D001 7 | |
| D001 9 | N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG) | 38 | → 41 | D001 8 | |
| D001 10 | アルブミン定性 | 55 | → 49 | D001 9 | |
| D001 11 | 黄体形成ホルモン(LH) 定性 | 75 | → 72 | D001 10 | |
| D001 11 | 線維素分解産物(FDP)測定 | 75 | → 72 | D001 10 | |
| D001 12 | マイクロトランスフェリン精密測定(尿中) | 120 | → 115 | D001 11 | |
| D001 12 | ウロポルフィリン定量 | 120 | → 115 | D001 11 | |
| D001 12 | アルブミン定量精密測定 | 120 | → 115 | D001 11 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|---------------------------|-----|-------|---------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D001 12 | デルタアミノレブリン酸定量 | 120 | → 115 | D001 11 | (新設) |
| D001 12 | ポリアミン | 120 | → 115 | D001 11 | |
| - - | ミオイノシトール定量 | - | → 120 | D001 12 | |
| D001 13 | コプロポルフィリン定量 | 150 | → 150 | D001 13 | |
| D001 14 | ポルフォビリノーゲン定量 | 200 | → 200 | D001 14 | |
| D001 15 | IV型コラーゲン定量精密測定 | 210 | → 210 | D001 15 | |
| D002 1 | 尿沈渣顕微鏡検査 | 23 | → 25 | D002 1 | |
| D002 注 | 染色標本加算 | 9 | → 9 | D002 注 | |
| D002-2 | フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定 | 28 | → 30 | D002-2 | |
| D003 | 糞便検査 | | | D003 | (名称の変更) |
| D003 1 | 潜血反応検査 | 9 | → 9 | D003 1 | |
| D003 2 | 虫卵検査(集卵法) | 15 | → 15 | D003 2 | |
| D003 3 | ウロビリリン定量 | 16 | → 15 | D003 2 | |
| D003 3 | ウロビリノーゲン定量 | 16 | → 15 | D003 2 | |
| D003 4 | 塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。) | 20 | → 20 | D003 3 | |
| D003 5 | 虫体検出 | 23 | → 23 | D003 4 | |
| D003 6 | 脂質定量 | 28 | → 25 | D003 5 | |
| D003 7 | ヘモグロビン定性 | 38 | → 37 | D003 6 | |
| D003 8 | 虫卵培養検査 | 42 | → 40 | D003 7 | |
| D003 9 | ヘモグロビン定量 | 48 | → 42 | D003 8 | |
| D003 10 | ヘモグロビン及びトランスフェリン | 55 | → - | - - | |
| D003 11 | ヘモグロビン及びトランスフェリン | 75 | → 60 | D003 9 | |
| D003 12 | キモトリプシン | 130 | → 80 | D003 10 | |
| D004 | 穿刺液・採取液検査 | | | D004 | |
| D004 1 | ヒューナー検査 | 26 | → 20 | D004 1 | |
| D004 2 | 胃液又は十二指腸液一般検査 | 60 | → 55 | D004 2 | |
| D004 3 | 髄液一般検査 | 65 | → 65 | D004 3 | |
| D004 4 | 精液一般検査 | 70 | → 70 | D004 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 | | |
| D004 5 | 頸管粘液検査 | 75 | → 75 | D004 5 | |
| D004 6 | 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ | 100 | → 100 | D004 6 | |
| D004 7 | 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定 | 140 | → 135 | D004 7 | |
| D004 8 | 膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LDH)半定量 | 170 | → 170 | D004 8 | |
| - - | マイクロバブルテスト | | → 200 | D004 9 | (新設) |
| D004 9 | 関節液中コンドロカルシン | 340 | → 300 | D004 10 | |
| D004 10 | 羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A) | 380 | → 380 | D004 11 | |
| D004 11 | IgGインデックス | 500 | → 460 | D004 12 | |
| D004 12 | 髄液オリゴクローナルバンド測定 | 600 | → 560 | D004 13 | |
| D004 12 | 髄液MBP | 600 | → 620 | D004 14 | |
| D004 13 | 悪性腫瘍遺伝子検査 | 2,000 | → 2,000 | D004 15 | |
| - - | 抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD-DST法) | - | → 2,000 | D004 16 | (新設) |
| (血液学的検査) | | | | | |
| D005 | 血液形態・機能検査 | | | D005 | |
| D005 1 | 赤血球沈降速度測定 | 10 | → 9 | D005 1 | |
| D005 2 | 網赤血球数 | 13 | → 12 | D005 2 | |
| D005 3 | 血液浸透圧測定 | 16 | → 15 | D005 3 | |
| D005 3 | 鼻汁喀痰中好酸球検査 | 16 | → 15 | D005 3 | |
| D005 4 | 好酸球数 | 17 | → 17 | D005 4 | |
| D005 5 | 末梢血液像 | 19 | → 18 | D005 5 | |
| D005 5 | 注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに) | 27 | → 27 | D005 5 | |
| D005 6 | 末梢血液一般検査 | 23 | → 22 | D005 6 | |
| D005 7 | 血中微生物検査 | 38 | → 40 | D005 7 | |
| D005 8 | 赤血球抵抗試験 | 44 | → 45 | D005 8 | |
| D005 9 | 自己溶血試験 | 50 | → 50 | D005 9 | |
| D005 10 | 血液粘稠度測定 | 55 | → 50 | D005 9 | |
| D005 10 | ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c}) | 55 | → 50 | D005 9 | |
| D005 11 | ヘモグロビンF(HbF) | 60 | → 60 | D005 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 | | |
| D005 12 | 動的赤血球膜物性検査 | 130 | → 130 | D005 11 | |
| D005 13 | デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定 | 250 | → 240 | D005 12 | |
| D005 14 | ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定 | 270 | → 250 | D005 13 | |
| D005 15 | 骨髓像 | 430 | → 500 | D005 14 | |
| D005 15 | 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 16 | モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき) | 1,050 | → 1,000 | D005 15 | |
| D006 | 出血・凝固検査 | | | D006 | |
| D006 1 | 出血時間測定 | 15 | → 15 | D006 1 | |
| D006 1 | プロトロンビン時間測定 | 15 | → 15 | D006 1 | |
| D006 2 | 凝固時間測定 | 19 | → 18 | D006 2 | |
| D006 3 | 血餅収縮能 | 22 | → 19 | D006 3 | |
| D006 3 | 毛細血管抵抗試験 | 22 | → 19 | D006 3 | |
| D006 4 | フィブリノーゲン定量 | 23 | → 23 | D006 4 | |
| D006 5 | クリオフィブリノーゲン検査 | 24 | → 23 | D006 4 | |
| D006 4 | トロンビン時間測定 | 23 | → 25 | D006 5 | |
| D006 7 | 蛇毒試験 | 32 | → 28 | D006 6 | |
| D006 8 | トロンボエラストグラフ | 34 | → 28 | D006 6 | |
| D006 6 | ヘパリン抵抗試験 | 29 | → 29 | D006 7 | |
| D006 6 | 活性化部分トロンボプラスチン時間測定 | 29 | → 29 | D006 7 | |
| D006 6 | 複合凝固因子検査 | 29 | → 29 | D006 7 | |
| D006 10 | 血小板凝集能 | 75 | → 50 | D006 8 | |
| D006 9 | 血小板粘着能 | 65 | → 65 | D006 9 | |
| D006 10 | アンチトロンビンⅢ | 75 | → 70 | D006 10 | |
| D006 10 | 線維素分解産物(FDP)測定 | 75 | → 80 | D006 11 | |
| D006 11 | プラスミン | 85 | → 80 | D006 11 | |
| D006 11 | 全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等) | 85 | → 80 | D006 11 | |
| D006 11 | 血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値) | 85 | → 80 | D006 11 | |
| D006 12 | プラスミン活性値測定検査 | 95 | → 80 | D006 11 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|----------------------------------|-------|---------|---------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D006 12 | α_1 -アンチトリプシン | 95 | → 80 | D006 11 | |
| D006 10 | フィブリンモノマー複合体定性 | 75 | → 100 | D006 12 | (名称の変更) |
| D006 13 | プラスミノーゲン | 120 | → 100 | D006 12 | |
| D006 16 | フィブリノーゲン分解産物精密測定 | 150 | → 120 | D006 13 | |
| D006 14 | D-Dダイマー定性 | 130 | → 140 | D006 14 | (名称の変更) |
| D006 15 | α_2 -マクログロブリン | 140 | → 140 | D006 14 | |
| D006 15 | アンチプラスミン | 140 | → 140 | D006 14 | |
| D006 16 | フォン・ウィルブランド因子 | 150 | → 140 | D006 14 | |
| D006 16 | PIVKA II | 150 | → 150 | D006 15 | |
| D006 16 | D-Dダイマー定量 | 150 | → 150 | D006 15 | (名称の変更) |
| D006 17 | 凝固因子インヒビター | 170 | → 160 | D006 16 | |
| D006 17 | 第Ⅷ因子様抗原 | 170 | → 160 | D006 16 | |
| D006 17 | プロテインS精密測定 | 170 | → 170 | D006 17 | |
| D006 17 | α_2 -プラスミンインヒビター・プラスミン複合体 | 170 | → 170 | D006 17 | |
| D006 18 | 血小板第4因子(PF ₄)精密測定 | 180 | → 180 | D006 18 | |
| D006 18 | β -トロンボグロブリン精密測定 | 180 | → 180 | D006 18 | |
| D006 19 | トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定 | 200 | → 200 | D006 19 | |
| D006 20 | プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定 | 210 | → 200 | D006 19 | |
| D006 21 | トロンボモジュリン精密測定 | 230 | → 215 | D006 20 | |
| D006 22 | フィブリンモノマー複合体定量 | 240 | → 240 | D006 21 | (名称の変更) |
| D006 22 | 凝固因子(Ⅱ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,ⅩⅢ) | 240 | → 240 | D006 21 | |
| D006 23 | プロテインC | 260 | → 260 | D006 22 | |
| D006 24 | tPA・PAI-1複合体 | 270 | → 260 | D006 22 | |
| D006 25 | フィブリノペプチド精密測定 | 340 | → 300 | D006 23 | |
| D006 注 | 包括項目:3項目又は4項目 | 550 | → 530 | D006 注 | |
| D006 注 | 包括項目:5項目以上 | 770 | → 750 | D006 注 | |
| D006-2 | 血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査) | 2,000 | → 2,000 | D006-2 | |
| D006-3 | Major bcr-abl mRNA核酸増幅精密測定 | 1,200 | → 1,200 | D006-3 | |

| 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 | | |
| D006-4 | 遺伝病的検査 | 2,000 | → 2,000 | D006-4 | (名称の変更) |
| D006-5 | 染色体検査(全ての費用を含む。) | 2,000 | → 2,000 | D006-5 | |
| D006-5 注 | 分染法加算 | 400 | → 400 | D006-5 注 | |
| D006-6 | 免疫関連遺伝子再構成 | 2,400 | → 2,400 | D006-6 | |
| D006-2 | WT1mRNA定量 | 2,000 | → 2,000 | D006-7 | (新設) |
| - | 培養細胞による先天性代謝異常診断 | | → 2,000 | D006-8 | (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 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 総蛋白 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | アルブミン | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 尿素窒素(BUN) | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | クレアチニン | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 尿酸 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | アルカリフォスファターゼ | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | コリンエステラーゼ(ChE) | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP) | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 中性脂肪 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | Na及びCl | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | K | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | Ca | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | Mg | 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 | 乳酸脱水素酵素(LDH) | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 酸性フォスファターゼ | 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 | 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・フォスフォキナーゼ(CPK) | 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 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 1 | 試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査 | 11 | → 11 | D007 1 | |
| D007 2 | リン脂質 | 15 | → 15 | D007 2 | |
| D007 2 | β-リポ蛋白 | 15 | → - | - - | (削除) |
| D007 3 | 遊離脂肪酸 | 16 | → 16 | D007 3 | |
| D007 4 | HDL-コレステロール | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | 前立腺酸性フォスファターゼ | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | P及びHPO ₄ | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | 総コレステロール | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT) | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT) | 17 | → 17 | D007 4 | |
| D007 4 | 総鉄結合能(TIBC) | 17 | → - | - - | (削除) |
| D007 4 | 不飽和鉄結合能(UIBC) | 17 | → - | - - | (削除) |
| D007 5 | LDL-コレステロール | 19 | → 18 | D007 5 | |
| D007 5 | 蛋白分画測定 | 19 | → 18 | D007 5 | |
| D007 6 | モノアミノオキシダーゼ(MAO) | 23 | → - | - - | (削除) |
| D007 7 | Cu | 25 | → 24 | D007 6 | |
| D007 7 | リパーゼ | 25 | → 24 | D007 6 | |
| D007 8 | イオン化カルシウム | 27 | → 27 | D007 7 | |
| D007 9 | マンガン | 29 | → 27 | D007 7 | |
| D007 10 | ムコ蛋白 | 32 | → 30 | D007 8 | |
| D007 11 | ケトン体 | 34 | → 32 | D007 9 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|----------------------------------|-----|------|---------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D007 11 | アデノシンデアミナーゼ(ADA) | 34 | → 32 | D007 9 | |
| D007 12 | グアナーゼ(GU) | 38 | → 35 | D007 10 | |
| D007 13 | リボプロテイン | 44 | → 45 | D007 11 | |
| D007 14 | 有機モノカルボン酸定量 | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 14 | 胆汁酸 | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 14 | アルカリフォスファターゼ・アイソザイム | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 14 | アミラーゼ・アイソザイム | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 14 | γ-GTP・アイソザイム | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 14 | 乳酸脱水素酵素・アイソザイム | 48 | → 48 | D007 12 | |
| D007 15 | 重炭酸塩 | 50 | → 48 | D007 12 | |
| D007 16 | アンモニア | 55 | → 50 | D007 13 | |
| D007 16 | リボ蛋白分画 | 55 | → 50 | D007 13 | |
| D007 16 | GOT・アイソザイム | 55 | → 50 | D007 13 | |
| D007 16 | CPK・アイソザイム | 55 | → 55 | D007 14 | |
| D007 17 | グリコアルブミン | 60 | → 55 | D007 14 | |
| D007 17 | カタラーゼ | 60 | → 60 | D007 15 | |
| D007 18 | ケトン体分画 | 65 | → 60 | D007 15 | |
| D007 19 | コレステロール分画 | 70 | → 60 | D007 15 | |
| D007 20 | 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) | 75 | → 70 | D007 16 | |
| D007 21 | フェリチン | 80 | → - | - - | (削除) |
| D007 22 | G-6-PDH定量 | 85 | → 80 | D007 17 | |
| D007 22 | リボ蛋白分画精密測定 | 85 | → 80 | D007 17 | |
| D007 22 | 1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG) | 85 | → 80 | D007 17 | |
| D007 22 | 不飽和鉄結合能(UIBC) | 85 | → 80 | D007 17 | (名称の変更) |
| D007 23 | グリココール酸 | 95 | → 80 | D007 17 | |
| D007 23 | 総鉄結合能(TIBC) | 95 | → 85 | D007 18 | (名称の変更) |
| D007 23 | CPK・アイソザイム精密測定 | 95 | → 90 | D007 19 | |
| D007 24 | 心筋トロポニンT定性 | 100 | → - | - - | (削除) |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|---------------------------|-----|-------|---------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D007 25 | 膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI) | 110 | → 100 | D007 20 | |
| D007 25 | 乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型 | 110 | → 100 | D007 20 | |
| D007 25 | アポリポ蛋白 | 110 | → 100 | D007 20 | |
| D007 26 | シスチンアミノペプチダーゼ (CAP) | 120 | → 100 | D007 20 | |
| - - | 凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験) | - | → 100 | D007 20 | (新設) |
| D007 25 | ヘパリン | 110 | → 110 | D007 21 | |
| D007 26 | 心筋トロポニンI精密測定 | 120 | → 120 | D007 22 | |
| D007 26 | シアル化糖鎖抗原KL-6 | 120 | → 120 | D007 22 | |
| D007 26 | フェリチン | 120 | → 120 | D007 22 | (名称の変更) |
| D007 27 | アルコール | 130 | → 120 | D007 22 | |
| D007 27 | ペントシジン | 130 | → 120 | D007 22 | |
| D007 28 | リポ蛋白 (a)精密測定 | 140 | → 120 | D007 22 | |
| D007 | イヌリン | 120 | → 120 | D007 22 | (新設) |
| D007 26 | サーファクタントプロテインA (SP-A) | 120 | → 130 | D007 23 | |
| D007 27 | 心筋トロポニンT定量 | 130 | → 130 | D007 23 | (名称の変更) |
| D007 27 | ガラクトース | 130 | → 130 | D007 23 | |
| D007 27 | Al | 130 | → 130 | D007 23 | |
| D007 27 | シスタチンC精密測定 | 130 | → 130 | D007 23 | |
| D007 28 | サーファクタントプロテインD (SP-D) | 140 | → 140 | D007 24 | |
| D007 29 | 血液ガス分析 | 150 | → 150 | D007 25 | |
| D007 29 | Zn | 150 | → 150 | D007 25 | |
| D007 29 | ミオグロビン | 150 | → 150 | D007 25 | |
| D007 29 | ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) | 150 | → 150 | D007 25 | |
| D007 29 | P-III-P精密測定 | 150 | → 150 | D007 25 | |
| D007 30 | IV型コラーゲン精密測定 | 160 | → 150 | D007 25 | |
| D007 31 | アルブミン非結合型ビリルビン | 170 | → 150 | D007 25 | |
| D007 31 | ビリルビン酸キナーゼ (PK) | 170 | → 150 | D007 25 | |
| D007 31 | アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE) | 170 | → 160 | D007 26 | |

| 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 31 | IV型コラーゲン・7S精密測定 | 170 | → 160 | D007 26 | |
| D007 31 | ビタミンB ₁₂ 定量精密測定 | 170 | → 160 | D007 26 | |
| D007 32 | 葉酸精密測定 | 180 | → 170 | D007 27 | |
| D007 33 | アルカリフォスファターゼ・アインザイム精密測定 | 190 | → 190 | D007 28 | |
| D007 34 | アセトアミノフェン精密測定 | 200 | → 190 | D007 28 | |
| D007 34 | 臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1) | 200 | → 190 | D007 28 | |
| D007 34 | ヒアルロン酸 | 200 | → 190 | D007 28 | |
| D007 34 | 心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定 | 200 | → 190 | D007 28 | |
| D007 34 | ビタミンB ₂ 定量 | 200 | → - | - - | (削除) |
| D007 34 | レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール | 200 | → 200 | D007 29 | |
| D007 34 | トリブシン | 200 | → 200 | D007 29 | |
| D007 35 | 赤血球コプロポルフィリン定量 | 210 | → 210 | D007 30 | |
| D007 36 | 膵ホスホリパーゼA ₂ (膵PLA ₂)精密測定 | 220 | → 210 | D007 30 | |
| D007 37 | リポ蛋白リパーゼ精密測定 | 230 | → 230 | D007 31 | |
| D007 37 | 肝細胞増殖因子(HGF) | 230 | → 230 | D007 31 | |
| D007 38 | CKアイソフォーム | 240 | → 230 | D007 31 | |
| D007 38 | プロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定 | 240 | → 230 | D007 31 | |
| D007 39 | 2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定 | 250 | → 250 | D007 32 | |
| D007 40 | 臍分泌液中α-フェトプロテイン | 260 | → 250 | D007 32 | |
| D007 41 | 赤血球プロトポルフィリン定量 | 280 | → 280 | D007 33 | |
| D007 42 | ビタミンB ₂ | 290 | → 280 | D007 33 | (名称の変更) |
| D007 38 | ビタミンB ₁ 定量 | 240 | → 290 | D007 34 | |
| D007 43 | プロカルシトニン(PCT) | 320 | → 320 | D007 35 | |
| D007 44 | ビタミンC定量精密測定 | 340 | → 330 | D007 36 | |
| D007 45 | 1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1,25(OH)2D ₃) | 360 | → 400 | D007 37 | |
| D007 注 | 包括項目:5項目以上7項目以下 | 102 | → 100 | D007 注 | |
| D007 注 | 包括項目:8項目又は9項目 | 111 | → 109 | D007 注 | |
| D007 注 | 包括項目:10項目以上 | 130 | → 129 | D007 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 | | |
| (生化学的検査(Ⅱ)) | | | | | |
| D008 | 内分泌学的検査 | | | D008 | |
| D008 1 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性 | 55 | → 55 | D008 1 | |
| D008 2 | 11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS) | 60 | → 60 | D008 2 | |
| D008 3 | 17-ヒドロキシコルチコステロイド(17-OHCS) | 65 | → 60 | D008 2 | |
| D008 4 | ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCG β)分画定性 | 70 | → - | - - | (削除) |
| D008 5 | 17-ケトステロイド(17-KS)精密測定 | 75 | → 70 | D008 3 | |
| D008 6 | ホモバニール酸(HVA)精密測定 | 80 | → 70 | D008 3 | |
| D008 7 | T ₃ 摂取率(T ₃ -uptake)精密測定 | 85 | → - | - - | (削除) |
| D008 9 | バニールマンデル酸(VMA)精密測定 | 100 | → 90 | D008 4 | |
| D008 8 | 5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)精密測定 | 95 | → 95 | D008 5 | |
| D008 10 | プロラクチン(PRL) | 110 | → 100 | D008 6 | |
| D008 11 | トリヨードサイロニン(T ₃)精密測定 | 120 | → 115 | D008 7 | |
| D008 11 | 甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定 | 120 | → 115 | D008 7 | |
| D008 11 | レニン活性精密測定 | 120 | → 115 | D008 7 | |
| D008 11 | ガストリン精密測定 | 120 | → 115 | D008 7 | |
| D008 11 | レニン定量精密測定 | 120 | → 115 | D008 7 | |
| D008 11 | インスリン(IRI)精密測定 | 120 | → 120 | D008 8 | |
| D008 11 | サイロキシン(T ₄)精密測定 | 120 | → 120 | D008 8 | |
| D008 12 | 成長ホルモン(GH)精密測定 | 130 | → 125 | D008 9 | |
| D008 12 | 卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定 | 130 | → 125 | D008 9 | |
| D008 12 | C-ペプチド(CPR)精密測定 | 130 | → 125 | D008 9 | |
| D008 12 | 黄体形成ホルモン(LH) | 130 | → 125 | D008 9 | |
| D008 13 | ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定 | 140 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | サイロキシン結合能(TBC)精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | 遊離サイロキシン(FT ₄)精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | 遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定 | 150 | → 140 | 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 14 | コルチゾール精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | アルドステロン精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | テストステロン精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 14 | サイログロブリン精密測定 | 150 | → 140 | D008 10 | |
| D008 | ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定 | 140 | → 140 | D008 10 | (新設) |
| D008 14 | ヒト胎盤性ラクトージェン(HPL) | 150 | → 150 | D008 11 | |
| D008 14 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定 | 150 | → 150 | D008 11 | |
| D008 15 | ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画 | 160 | → 150 | D008 11 | (名称の変更) |
| D008 15 | グルカゴン精密測定 | 160 | → 150 | D008 11 | |
| D008 15 | カルシトニン精密測定 | 160 | → 150 | D008 11 | |
| D008 15 | I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定 | 160 | → 160 | D008 12 | |
| D008 16 | オステオカルシン精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | 骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | 尿中βクロスラプス精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | セクレチン精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | プロジェステロン精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | 低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 16 | 遊離テストステロン精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | |
| D008 | βクロスラプス精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | (新設) |
| D008 | 低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定 | 170 | → 170 | D008 13 | (新設) |
| D008 17 | サイクリックAMP(C-AMP)精密測定 | 180 | → 180 | D008 14 | |
| D008 17 | エストリオール(E ₃)精密測定 | 180 | → 180 | D008 14 | |
| D008 18 | エストロジェン | 190 | → 180 | D008 14 | |
| D008 19 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)精密測定 | 200 | → 190 | D008 15 | |
| D008 19 | 副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定 | 200 | → 190 | D008 15 | |
| D008 19 | カテコールアミン分画精密測定 | 200 | → 190 | D008 15 | |
| D008 19 | DHEA-S精密測定 | 200 | → 190 | D008 15 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|------------------------------------|-----|-------|---------|------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D008 18 | 尿中デオキシピリジノリン精密測定 | 190 | → 200 | D008 16 | |
| D008 19 | 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定 | 200 | → 200 | D008 16 | |
| D008 19 | 17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)精密測定 | 200 | → 200 | D008 16 | |
| D008 19 | エストラジオール(E ₂)精密測定 | 200 | → 200 | D008 16 | |
| D008 19 | 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)精密測定 | 200 | → 220 | D008 17 | |
| D008 20 | 17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)精密測定 | 220 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | カテコールアミン精密測定 | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | 17-ケトステロイド分画(17-KS分画)精密測定 | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | エリスロポエチン精密測定 | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | 17 _α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定 | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | 抗IA-2抗体精密測定 | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 21 | プレグナンジオール | 230 | → 220 | D008 17 | |
| D008 22 | メタネフリン精密測定 | 250 | → 240 | D008 18 | |
| D008 22 | ソマトメジンC精密測定 | 250 | → 240 | D008 18 | |
| D008 22 | ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定 | 250 | → 240 | D008 18 | |
| D008 22 | メタネフリン分画精密測定 | 250 | → 240 | D008 18 | |
| D008 22 | アルギニンバゾプレッシン精密測定 | 250 | → 240 | D008 18 | |
| D008 23 | プレグナントリオール精密測定 | 260 | → 250 | D008 19 | |
| D008 24 | ノルメタネフリン精密測定 | 280 | → 250 | D008 19 | |
| D008 25 | インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定 | 290 | → 280 | D008 20 | |
| D008 注 | 包括項目:3項目以上5項目以下 | 410 | → 410 | D008 注 | |
| D008 注 | 包括項目:6項目又は7項目 | 630 | → 630 | D008 注 | |
| D008 注 | 包括項目:8項目以上 | 900 | → 900 | D008 注 | |
| D009 | 腫瘍マーカー | | | D009 | |
| D009 1 | α-フェトプロテイン(AFP) | 34 | → - | - - | (削除) |
| D009 2 | 免疫抑制酸性蛋白(IAP) | 55 | → - | - - | (削除) |
| D009 3 | 尿中BTA | 70 | → 80 | D009 1 | |
| D009 注 | 上記検査を2項目以上行った場合 | 75 | → 75 | D009 注 | (削除) |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|-----------------------------------|-----|-------|--------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D009 4 | 癌胎児性抗原(CEA)精密測定 | 120 | → 115 | D009 2 | (名称の変更) |
| D009 4 | α-フェトプロテイン(AFP) | 120 | → 115 | D009 2 | |
| D009 4 | 組織ポリペプチド抗原(TPA)精密測定 | 120 | → 115 | D009 2 | |
| D009 4 | 扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)精密測定 | 120 | → 115 | D009 2 | |
| D009 5 | DUPAN-2精密測定 | 130 | → 130 | D009 3 | |
| D009 5 | NCC-ST-439精密測定 | 130 | → 130 | D009 3 | |
| D009 5 | CA15-3精密測定 | 130 | → 130 | D009 3 | |
| D009 6 | エラスターゼ1精密測定 | 140 | → 135 | D009 4 | |
| D009 6 | 前立腺酸性フォスファターゼ精密測定 | 140 | → 140 | D009 5 | |
| D009 6 | PSA精密測定 | 140 | → 140 | D009 5 | |
| D009 7 | 塩基性フェトプロテイン(BFP)精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | CA19-9精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | CA72-4精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | CA-50精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | SPan-1抗原精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | シアリルTn抗原精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | 神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 7 | PIVKA II 精密測定 | 150 | → 150 | D009 6 | |
| D009 8 | 尿中NMP22精密測定 | 160 | → 160 | D009 7 | |
| D009 8 | シアリルLe ^{X-i} (SLX)抗原精密測定 | 160 | → 160 | D009 7 | |
| D009 8 | CA125精密測定 | 160 | → 160 | D009 7 | |
| D009 9 | シアリルLe ^X (CSLEX)抗原精密測定 | 170 | → 170 | D009 8 | |
| D009 9 | フリーPSA/トータルPSA比精密測定 | 170 | → 170 | D009 8 | |
| D009 9 | BCA225精密測定 | 170 | → 170 | D009 8 | |
| D009 9 | I型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定 | 170 | → 170 | D009 8 | |
| D009 9 | I型コラーゲンCテロペプチド精密測定 | 170 | → 170 | D009 8 | |
| D009 10 | SP1精密測定 | 180 | → 170 | D009 8 | |
| D009 | 血清中抗p53抗体 | 170 | → 170 | D009 8 | (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 | | |
| D009 10 | サイトケラチン19フラグメント精密測定 | 180 | → 180 | D009 9 | |
| D009 10 | ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定 | 180 | → 180 | D009 9 | |
| D009 11 | 尿中遊離型フコース | 190 | → 190 | D009 10 | |
| D009 11 | CA602精密測定 | 190 | → 190 | D009 10 | |
| D009 11 | AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L ₃ %) | 190 | → 190 | D009 10 | |
| D009 11 | CA54/61精密測定 | 190 | → 190 | D009 10 | |
| D009 11 | 癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定 | 190 | → 190 | D009 10 | |
| D009 12 | γ-セミノプロテイン精密測定 | 200 | → 200 | D009 11 | |
| D009 13 | CA130精密測定 | 210 | → 200 | D009 11 | |
| D009 13 | 尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量(HCGβコア定量)精密測定 | 210 | → 210 | D009 12 | |
| D009 14 | 膵癌胎児性抗原(POA)精密測定 | 230 | → 220 | D009 13 | |
| D009 15 | 乳頭分泌液中CEA精密測定 | 310 | → 320 | D009 14 | |
| D009 15 | 乳頭分泌液中HER2タンパク測定 | 310 | → 320 | D009 14 | |
| D009 15 | 血清中HER2タンパク測定 | 310 | → 320 | D009 14 | |
| D009 16 | インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定 | 460 | → 460 | D009 15 | |
| D009 注 | 包括項目:2項目 | 230 | → 230 | D009 注 | |
| D009 注 | 包括項目:3項目 | 290 | → 290 | D009 注 | |
| D009 注 | 包括項目:4項目以上 | 420 | → 420 | D009 注 | |
| D010 | 特殊分析 | | | D010 | |
| D010 1 | 尿中糖分析 | 42 | → 40 | D010 1 | |
| D010 2 | 結石分析 | 120 | → 120 | D010 2 | |
| D010 3 | チロシン | 210 | → 200 | D010 3 | |
| D010 4 | 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 | 300 | → 300 | D010 4 | |
| D010 5 | アミノ酸定量 | | | D010 5 | |
| D010 5 | イ 1種類につき | 320 | → 320 | D010 5 | |
| D010 5 | ロ 5種類以上 | 1,300 | → 1,300 | D010 5 | |
| D010 6 | アミノ酸分析(定性) | 370 | → 350 | D010 6 | |
| D010 7 | 脂肪酸分画 | 450 | → 450 | D010 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 | | |
| 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 | クームス試験 | | | 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 | |
| D011 4 | 赤血球不規則抗体検査 | 170 | → 170 | D011 4 | |
| D011 6 | α-D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及びα-D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性 | 210 | → 200 | D011 5 | |
| D011 5 | PAIgG(血小板関連IgG) | 200 | → 210 | D011 6 | |
| D011 7 | ABO血液型亜型 | 260 | → 260 | D011 7 | |
| D011 8 | 抗血小板抗体検査 | 270 | → 270 | D011 8 | |
| D012 | 感染症免疫学的検査 | | | D012 | |
| D012 1 | 梅毒脂質抗原使用検査(定性) | 15 | → 15 | D012 1 | |
| D012 1 | 抗streptリジンO価(ASO価) | 15 | → 15 | D012 1 | |
| D012 2 | トキソプラズマ抗体価測定 | 27 | → 27 | D012 2 | |
| D012 3 | 抗streptキナーゼ価(ASK価) | 29 | → 29 | D012 3 | |
| D012 4 | TPHA試験(定性) | 32 | → 32 | D012 4 | |
| D012 4 | マイコプラズマ抗体価 | 32 | → 32 | D012 4 | |
| D012 5 | 抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP) | 34 | → 34 | D012 5 | |
| D012 5 | 梅毒脂質抗原使用検査(定量) | 34 | → 34 | D012 5 | |
| D012 6 | ツツガムシ抗体価 | 48 | → - | - - | (削除) |
| D012 7 | TPHA試験(定量) | 55 | → 55 | D012 6 | |
| D012 8 | アデノウイルス抗原 | 60 | → 60 | D012 7 | |
| D012 8 | 迅速ウレアーゼ試験 | 60 | → 60 | D012 7 | |
| D012 9 | ロタウイルス抗原 | 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 8 | ヘリコバクター・ピロリ抗体 | 60 | → 70 | D012 9 | |
| D012 10 | クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定 | 70 | → 70 | D012 9 | |
| D012 11 | クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定 | 75 | → 75 | D012 10 | |
| D012 10 | クロストリジウム・ディフィシル抗原 | 70 | → 80 | D012 11 | |
| D012 11 | ウイルス抗体価(1項目あたり) | 75 | → 80 | D012 11 | |
| D012 12 | ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定 | 80 | → 80 | D012 11 | |
| D012 12 | 百日咳菌抗体価 | 80 | → 80 | D012 11 | |
| D012 13 | HTLV-I抗体価 | 85 | → 85 | D012 12 | |
| D012 14 | トキソプラズマ抗体価精密測定 | 95 | → 95 | D012 13 | |
| D012 14 | トキソプラズマIgM抗体価精密測定 | 95 | → 95 | D012 13 | |
| D012 16 | 赤痢アメーバ抗体価 | 120 | → 100 | D012 14 | |
| D012 17 | 抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB) | 130 | → 100 | D012 14 | |
| D012 17 | 抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE) | 130 | → 100 | D012 14 | |
| D012 16 | HIV-1抗体価 | 120 | → 120 | D012 15 | |
| D012 15 | 抗抗酸菌抗体価精密測定 | 110 | → 120 | D012 15 | |
| D012 16 | HIV-1,2抗体価 | 120 | → 130 | D012 16 | |
| D012 17 | A群β溶連菌迅速試験 | 130 | → 140 | D012 17 | |
| D012 20 | ノイラミニダーゼ | 160 | → 140 | D012 17 | |
| D012 18 | 髄液又は尿中肺炎球菌抗原 | 140 | → 150 | D012 18 | |
| D012 18 | 髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原 | 140 | → 150 | D012 18 | |
| D012 18 | インフルエンザウイルス抗原精密測定 | 140 | → 150 | D012 18 | |
| D012 18 | カンジダ抗原 | 140 | → 150 | D012 18 | |
| D012 18 | 糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原 | 140 | → 150 | D012 18 | |
| D012 19 | RSウイルス抗原精密測定 | 150 | → 150 | D012 18 | |
| D012 19 | FTA-ABS試験 | 150 | → 150 | D012 18 | |
| D012 20 | D-アラビニトール | 160 | → 160 | D012 19 | |
| D012 20 | 抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定 | 160 | → 160 | D012 19 | |
| D012 20 | 大腸菌O157LPS抗原精密測定 | 160 | → 170 | D012 20 | |

| 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 | クラミジアトラコマチス抗原精密測定 | 170 | → 170 | D012 20 | |
| D012 21 | アスペルギルス抗原 | 170 | → 170 | D012 20 | |
| D012 21 | 淋菌同定精密検査 | 170 | → 180 | D012 21 | |
| D012 21 | 大腸菌O157LPS抗体 | 170 | → 180 | D012 21 | |
| D012 21 | 単純ヘルペスウイルス特異抗原 | 170 | → 180 | D012 21 | |
| D012 22 | マイコプラズマ抗原精密測定(咽頭内) | 190 | → 180 | D012 21 | |
| D012 22 | 大腸菌抗原同定検査 | 190 | → 190 | D012 22 | |
| D012 22 | クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原 | 190 | → 190 | D012 22 | |
| D012 22 | HTLV-I抗体価精密測定 | 190 | → 190 | D012 22 | |
| D012 23 | ブルセラ凝集反応 | 200 | → 210 | D012 23 | |
| D012 23 | アデノウイルス抗原精密測定 | 200 | → 210 | D012 23 | |
| D012 23 | 尿中肺炎球菌莢膜抗原 | 200 | → 210 | D012 23 | |
| D012 25 | 抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定 | 220 | → 210 | D012 23 | |
| D012 25 | レプトスピラ抗体価 | 220 | → 210 | D012 23 | |
| D012 24 | ツツガムシ抗体価 | 210 | → 220 | D012 24 | (名称の変更) |
| D012 25 | グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定 | 220 | → 220 | D012 24 | |
| D012 25 | (1→3) - β - D - グルカン | 220 | → 220 | D012 24 | |
| D012 26 | サイトメガロウイルス抗体価精密測定 | 230 | → 230 | D012 25 | |
| D012 26 | 赤痢アメーバ抗体価精密測定 | 230 | → 230 | D012 25 | |
| D012 26 | グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定(1項目あたり) | 230 | → 230 | D012 25 | |
| D012 26 | 尿中レジオネラ抗原 | 230 | → 240 | D012 26 | |
| D012 27 | 上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定 | 240 | → 240 | D012 26 | |
| D012 28 | エンドトキシン定量検査 | 280 | → 270 | D012 27 | |
| D012 28 | ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定 | 280 | → 270 | D012 27 | |
| D012 28 | HIV-1抗体価精密測定 | 280 | → 280 | D012 28 | |
| D012 28 | 百日咳菌抗体価精密測定 | 280 | → 300 | D012 29 | |
| D012 29 | 結核菌群抗原精密測定 | 290 | → 300 | D012 29 | |
| D012 30 | ダニ特異IgG抗体価 | 310 | → 300 | D012 29 | |

| 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 31 | ワイルフェリックス反応 | 330 | → 300 | D012 29 | (削除) |
| D012 32 | ヴィダール反応 | 350 | → - | - - | |
| D012 33 | HIV-2抗体価精密測定 | 370 | → 380 | D012 30 | |
| D012 34 | 白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原 | 400 | → 410 | D012 31 | |
| D012 35 | HTLV-I抗体価精密測定(ウエスタンブロット法) | 440 | → 450 | D012 32 | |
| D012 36 | HIV抗原精密測定 | 600 | → 600 | D012 33 | |
| D013 | 肝炎ウイルス関連検査 | | | D013 | (削除) (削除) (名称の変更) (名称の変更) (新設) |
| D013 1 | HBs抗原 | 29 | → 29 | D013 1 | |
| D013 2 | HBs抗体価 | 32 | → 32 | D013 2 | |
| D013 3 | HBs抗原精密測定 | 95 | → 95 | D013 3 | |
| D013 3 | HBs抗体価精密測定 | 95 | → 95 | D013 3 | |
| D013 4 | HBe抗原精密測定 | 110 | → 110 | D013 4 | |
| D013 4 | HBe抗体価精密測定 | 110 | → 110 | D013 4 | |
| D013 5 | HCV抗体価精密測定 | 120 | → 120 | D013 5 | |
| D013 5 | HCVコア蛋白質測定 | 120 | → 120 | D013 5 | |
| D013 6 | HBc抗体価 | 140 | → - | - - | |
| D013 6 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 | 140 | → - | - - | |
| D013 7 | HBc抗体価 | 150 | → 150 | D013 6 | |
| D013 7 | IgM-HA抗体価精密測定 | 150 | → 150 | D013 6 | |
| D013 7 | HA抗体価精密測定 | 150 | → 150 | D013 6 | |
| D013 7 | IgM-HBc抗体価精密測定 | 150 | → 150 | D013 6 | |
| D013 7 | HCVコア抗体価精密測定 | 150 | → 150 | D013 6 | |
| D013 8 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 | 170 | → 170 | D013 7 | |
| D013 9 | HCV特異抗体価測定による群別判定 | 240 | → 240 | D013 8 | |
| D013 | B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)定量 | 290 | → 290 | D013 9 | |
| D013 10 | デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定 | 330 | → 330 | D013 10 | |
| D013 11 | HCV特異抗体価精密測定 | 340 | → 340 | D013 11 | |
| D013 注 | 包括項目:3項目 | 290 | → 290 | D013 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 | | |
| D013 注 | 包括項目:4項目 | 360 | → 360 | D013 注 | |
| D013 注 | 包括項目:5項目以上 | 520 | → 520 | D013 注 | |
| D014 | 自己抗体検査 | | | D014 | |
| D014 1 | 寒冷凝集反応 | 12 | → 11 | D014 1 | |
| D014 2 | リウマチ因子スクリーニング | 17 | → - | - - | (削除) |
| D014 3 | リウマトイド因子 | 32 | → 30 | D014 2 | (名称の変更) |
| D014 4 | 甲状腺自己抗体検査 | 38 | → 37 | D014 3 | |
| D014 5 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体 | 46 | → - | - - | (削除) |
| D014 6 | Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応) | 55 | → 55 | D014 4 | |
| D014 7 | 抗DNA抗体 | 60 | → - | - - | (削除) |
| D014 8 | LEテスト | 70 | → 70 | D014 5 | (名称の変更) |
| D014 9 | 抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。) | 120 | → 110 | D014 6 | (名称の変更) |
| D014 9 | インスリン抗体精密測定 | 120 | → 110 | D014 6 | |
| D014 9 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体価 | 120 | → 120 | D014 7 | (名称の変更) |
| D014 9 | マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)精密測定 | 120 | → 120 | D014 7 | |
| D014 9 | 抗核抗体価(蛍光抗体法) | 120 | → 120 | D014 7 | (名称の変更) |
| D014 10 | 抗SS-A/Ro抗体 | 150 | → - | - - | (削除) |
| D014 10 | 抗SS-B/La抗体 | 150 | → - | - - | (削除) |
| D014 10 | 抗Scl-70抗体 | 150 | → - | - - | (削除) |
| D014 10 | 抗Jo-1抗体 | 150 | → 150 | D014 8 | |
| D014 10 | 甲状腺自己抗体精密測定 | 150 | → 150 | D014 8 | |
| D014 10 | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 | 150 | → 150 | D014 8 | |
| D014 10 | 抗RNP抗体 | 150 | → 150 | D014 8 | |
| D014 11 | 抗Sm抗体 | 170 | → 170 | D014 9 | |
| D014 11 | 抗SS-A/Ro抗体 | 170 | → 170 | D014 9 | (名称の変更) |
| D014 11 | 抗SS-B/La抗体 | 170 | → 170 | D014 9 | (名称の変更) |
| D014 11 | 抗Scl-70抗体 | 170 | → 170 | D014 9 | (名称の変更) |
| D014 11 | C ₁ q結合免疫複合体精密測定 | 170 | → 170 | D014 9 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|---|-----|---------|---------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D014 12 | 抗DNA抗体価 | 180 | → 180 | D014 10 | (名称の変更) |
| D014 13 | 抗セントロメア抗体精密測定 | 190 | → 190 | D014 11 | |
| D014 14 | モノクローナルRF結合免疫複合体精密測定 | 200 | → 200 | D014 12 | |
| D014 15 | C ₃ d結合免疫複合体精密測定 | 210 | → 210 | D014 13 | |
| D014 15 | IgG型リウマチ因子精密測定 | 210 | → 210 | D014 13 | |
| - - | 抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定 | - | → 210 | D014 13 | (新設) |
| D014 16 | 抗ミトコンドリア抗体精密測定 | 230 | → 230 | D014 14 | |
| D014 16 | 抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI(抗CLβ ₂ GPI)複合体抗 | 230 | → 230 | D014 14 | |
| D014 16 | 抗LKM-1抗体精密測定 | 230 | → 230 | D014 14 | |
| D014 17 | 抗カルジオリピン抗体精密測定 | 250 | → 250 | D014 15 | |
| D014 17 | TSHレセプター抗体精密測定 | 250 | → 250 | D014 15 | |
| D014 18 | 血清中抗デスマグレイン3抗体 | 270 | → 270 | D014 16 | |
| - - | 血清中抗BP180NC16a抗体 | - | → 270 | D014 16 | (新設) |
| D014 19 | ループスアンチコアグラント | 290 | → 290 | D014 17 | |
| D014 19 | 細胞質性抗好中球細胞質抗体価 | 290 | → 290 | D014 17 | |
| D014 19 | 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA) | 290 | → 290 | D014 17 | |
| D014 19 | 抗糸球体基底膜抗体精密測定 | 290 | → 290 | D014 17 | |
| D014 20 | 血清中抗デスマグレイン1抗体 | 300 | → 300 | D014 18 | |
| D014 21 | TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定 | 330 | → 350 | D014 19 | |
| - - | 抗GM1IgG抗体 | - | → 460 | D014 20 | (新設) |
| - - | 抗GQ1bIgG抗体 | - | → 460 | D014 20 | (新設) |
| D014 22 | 抗アセチルコリンレセプター抗体価 | 940 | → 900 | D014 21 | |
| - - | グルタミン受容体自己抗体 | - | → 1,000 | D014 22 | (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 | 17 | → 16 | D015 1 | |
| D015 1 | C反応性蛋白(CRP)定量 | 17 | → 16 | D015 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 | | |
| D015 2 | 赤血球コプロポルフィリン定性 | 30 | → 30 | D015 2 | |
| D015 2 | G-6-Pase | 30 | → 30 | D015 2 | |
| D015 3 | G-6-PDH定性 | 34 | → 34 | D015 3 | |
| D015 3 | 赤血球プロトポルフィリン定性 | 34 | → 34 | D015 3 | |
| D015 4 | 血清補体価(CH50) | 38 | → 38 | D015 4 | |
| D015 4 | 免疫グロブリン | 38 | → 38 | D015 4 | |
| D015 5 | α_1 -酸性糖蛋白測定 | 42 | → - | - - | (削除) |
| D015 5 | クリオグロブリン | 42 | → 42 | D015 5 | |
| D015 6 | 血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定 | 48 | → 48 | D015 6 | |
| D015 7 | トランスフェリン | 60 | → 60 | D015 7 | |
| D015 8 | 補体蛋白(C ₃) | 75 | → 70 | D015 8 | |
| D015 8 | 補体蛋白(C ₄) | 75 | → 70 | D015 8 | |
| D015 9 | セルロプラスミン | 95 | → 90 | D015 9 | |
| D015 10 | 非特異的IgE | 110 | → 100 | D015 10 | |
| D015 10 | 特異的IgE | 110 | → 110 | D015 11 | |
| D015 11 | β_2 -マイクログロブリン(β_2 -m) | 120 | → 115 | D015 12 | |
| D015 11 | プレアルブミン | 120 | → 115 | D015 12 | |
| D015 11 | レチノール結合蛋白(RBP) | 120 | → - | - - | (削除) |
| D015 12 | レチノール結合蛋白(RBP) | 140 | → 140 | D015 13 | (名称の変更) |
| D015 13 | α_1 -マイクログロブリン | 150 | → 150 | D015 14 | |
| D015 13 | ハプトグロビン(型補正を含む。) | 150 | → 150 | D015 14 | |
| D015 14 | α_1 -酸性糖蛋白精密測定 | 160 | → - | - - | (削除) |
| D015 15 | C ₃ プロアクチベータ | 170 | → 160 | D015 15 | |
| D015 16 | アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)測定 | 180 | → 170 | D015 16 | |
| D015 16 | ヘモペキシン | 180 | → 180 | D015 17 | |
| D015 17 | 血中APRスコア | 200 | → 200 | D015 18 | |
| D015 17 | アトピー鑑別試験 | 200 | → 200 | D015 18 | |
| D015 18 | 頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン | 210 | → 210 | D015 19 | |

| 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 19 | 尿蛋白免疫電気泳動 | 220 | → 220 | D015 20 | |
| D015 20 | 免疫電気泳動法(同一検体に対し一連につき) | 240 | → 240 | D015 21 | |
| D015 21 | C ₁ インアクチベータ | 290 | → 290 | D015 22 | |
| D015 22 | 免疫グロブリンL鎖 κ / λ 比 | 340 | → 340 | D015 23 | |
| D015 23 | 結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロナー γ 測定 | 410 | → 420 | D015 24 | |
| D016 | 細胞機能検査 | | | D016 | |
| D016 1 | 表面免疫グロブリン測定検査(一連につき) | 170 | → 170 | D016 1 | |
| D016 2 | 顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき) | 200 | → 200 | D016 2 | |
| D016 3 | フローサイトメトリー法によるT細胞・B細胞百分率検査 | 210 | → 210 | D016 3 | |
| D016 4 | モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査(一連につき) | 220 | → 220 | D016 4 | |
| D016 5 | 顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき) | 230 | → 220 | D016 4 | |
| D016 6 | フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査 | 290 | → 290 | D016 5 | |
| D016 6 | リンパ球幼若化検査(一連につき) | 290 | → 290 | D016 5 | |
| (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 | 29 | → 32 | D017 1 | |
| D017 2 | 保温装置使用のアメーバ検査 | 38 | → 45 | D017 2 | |
| D017 3 | その他のもの | 17 | → 25 | 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 | 120 | → 130 | D018 1 | |
| D018 2 | 消化管からの検体 | 120 | → 130 | D018 2 | |
| D018 2 | 血液又は穿刺液 | 120 | → 130 | D018 2 | |
| D018 3 | 泌尿器又は生殖器からの検体 | 110 | → 120 | D018 3 | |
| D018 4 | その他の部位からの検体 | 95 | → 110 | D018 4 | |
| D018 5 | 簡易培養検査 | 50 | → 55 | D018 5 | |
| D018 注 | 嫌気性培養加算 | 65 | → 70 | D018 注 | |
| D019 1 | 細菌薬剤感受性検査 | | | D019 | |
| D019 1 | 1菌種 | 110 | → 130 | D019 1 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------|--------------------------------|-----|-------|--------|----------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D019 2 | 2菌種 | 150 | → 170 | D019 2 | |
| D019 3 | 3菌種以上 | 200 | → 220 | D019 3 | |
| D019-2 | 酵母様真菌薬剤感受性検査 | 110 | → 120 | D019-2 | |
| D020 | 抗酸菌分離培養検査 | | | D020 | |
| D020 1 | 抗酸菌分離培養検査1 | 130 | → 150 | D020 1 | |
| D020 2 | 抗酸菌分離培養検査2 | 120 | → 140 | D020 2 | |
| D021 | 抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき) | | → 280 | D021 | (名称の変更) |
| D021 1 | ナイアシンテスト | 85 | → - | - - | (削除) |
| D021 2 | その他の同定検査(種目数にかかわらず一連につき) | 240 | → ↑ | D021 - | (項目の見直し) |
| D022 | 抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく) | | | D022 | |
| D022 1 | 3薬剤以下 | 190 | → 200 | D022 1 | |
| D022 2 | 4薬剤以上 | 210 | → 230 | D022 2 | |
| D023 | 微生物核酸同定・定量検査 | | | D023 | |
| D023 1 | 白血球中細菌核酸同定検査(1菌種あたり) | 130 | → 130 | D023 1 | |
| D023 2 | 淋菌核酸同定精密検査 | 200 | → - | - - | (削除) |
| D023 2 | クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査 | 200 | → - | - - | (削除) |
| D023 3 | 淋菌核酸同定検査 | 210 | → 210 | D023 2 | (名称の変更) |
| D023 3 | クラミジアトラコマチス核酸同定検査 | 210 | → 210 | D023 2 | (名称の変更) |
| D023 4 | HBV核酸同定精密測定 | 290 | → - | - - | (削除) |
| D023 4 | HBV核酸定量検査 | 290 | → 290 | D023 3 | (名称の変更) |
| D023 5 | 淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査 | 300 | → 300 | D023 4 | |
| D023 6 | DNAポリメラーゼ | 330 | → 310 | D023 5 | |
| D023 7 | HCV核酸同定検査 | 360 | → 360 | D023 6 | |
| D023 8 | 抗酸菌群核酸同定精密検査 | 380 | → 410 | D023 7 | |
| D023 9 | 結核菌群核酸増幅同定検査 | 400 | → 410 | D023 7 | |
| D023 10 | マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査 | 420 | → 430 | D023 8 | |
| D023 11 | HIV-I核酸同定検査 | 430 | → - | - - | (削除) |
| D023 12 | HCV核酸定量検査 | 440 | → 450 | D023 9 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------------------|----------------------------------|-------|---------|----------|---------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D023 13 | 血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査 | 450 | → 450 | D023 9 | (名称の変更) |
| D023 14 | ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査 | 470 | → 450 | D023 9 | |
| D023 15 | SARSコロナウイルス核酸増幅検査 | 480 | → 450 | D023 9 | |
| D023 16 | HIV-I 核酸定量検査 | 510 | → 520 | D023 10 | |
| D023 16 | 注 濃縮前処理加算 | 130 | → 130 | D023 10 | |
| D023 17 | 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査 | 550 | → 550 | D023 11 | |
| D023 18 | HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査 | 6,000 | → 6,000 | D023 12 | |
| D023-2 | その他の微生物学的検査 | | | D023-2 | |
| D023-2 1 | 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2') | 55 | → 55 | D023-2 1 | |
| D023-2 2 | 尿素呼気試験 | 60 | → 70 | D023-2 2 | |
| D023-2 3 | 腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査 | 160 | → 150 | D023-2 3 | |
| D023-2 4 | 大腸菌ベロトキシン検出検査 | 190 | → 200 | 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 | 135 | → 125 | D026 2 | |
| D026 3 | 生化学的検査(I)判断料 | 155 | → 144 | D026 3 | |
| D026 4 | 生化学的検査(II)判断料 | 135 | → 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 | D026 注 | |
| D026 注 | 検体検査管理加算(III) | 300 | → 300 | D026 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 | | |
| D027 | 基本的検体検査判断料 | 630 | → 604 | D027 | |
| 第3節 生体検査料 | | | | | |
| (呼吸循環機能検査等) | | | | | |
| D200 | スパイログラフイー等検査 | | | D200 | |
| D200 1 | 肺気量分画測定(安静換気量測定、最大換気量測定を含む。) | 80 | → 80 | D200 1 | |
| D200 2 | フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。) | 80 | → 80 | D200 2 | |
| D200 3 | 機能的残気量測定 | 130 | → 130 | D200 3 | |
| D200 4 | 呼気ガス分析 | 100 | → 100 | D200 4 | |
| D200 5 | 左右別肺機能検査 | 1,010 | → 1,010 | D200 5 | |
| D201 | 換気力学的検査 | | | D201 | |
| D201 1 | 呼吸抵抗測定 | 70 | → 70 | D201 1 | |
| D201 2 | コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査 | 135 | → 135 | D201 2 | |
| D202 | 肺内ガス分布 | | | D202 | |
| D202 1 | 指標ガス洗い出し検査 | 135 | → 135 | D202 1 | |
| D202 2 | クロージングボリューム測定 | 135 | → 135 | D202 2 | |
| D203 | 肺胞機能検査 | | | D203 | |
| D203 1 | 肺拡散能力検査 | 135 | → 135 | D203 1 | |
| D203 2 | 死腔量測定、肺内シャント検査 | 135 | → 135 | D203 2 | |
| D204 | 基礎代謝測定 | 85 | → 85 | D204 | |
| 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 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|--------|--|-------|---------|--------|----|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D207 2 | 循環血流量測定(色素希釈法によるもの) | 100 | → 100 | D207 2 | |
| D207 2 | 電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定 | 100 | → 100 | D207 2 | |
| D207 2 | 血管伸展性検査 | 100 | → 100 | D207 2 | |
| D207 3 | 心拍出量測定 | 150 | → 150 | D207 3 | |
| D207 3 | 循環時間測定 | 150 | → 150 | D207 3 | |
| D207 3 | 循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの) | 150 | → 150 | D207 3 | |
| D207 3 | 脳循環測定(色素希釈法によるもの) | 150 | → 150 | D207 3 | |
| D207 4 | 脳循環測定(笑気法によるもの) | 1,350 | → 1,350 | D207 4 | |
| D208 | 心電図検査 | | | D208 | |
| D208 1 | 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 | 150 | → 130 | D208 1 | |
| D208 2 | ベクトル心電図 | 150 | → 150 | D208 2 | |
| D208 2 | 体表ヒス束心電図 | 150 | → 150 | D208 2 | |
| D208 3 | 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査 | 150 | → 150 | D208 3 | |
| D208 4 | バリスタカルジオグラフ | 90 | → 90 | D208 4 | |
| D208 5 | その他(6誘導以上) | 90 | → 90 | D208 5 | |
| D209 | 負荷心電図検査 | | | D209 | |
| D209 1 | 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 | 320 | → 320 | D209 1 | |
| D209 2 | その他(6誘導以上) | 190 | → 190 | D209 2 | |
| D210 | ホルター型心電図検査(解析料を含む。) | | | 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 | |
| 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 | 700 | → 800 | D211 | |
| 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 | 脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料 | | | D214 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 | | |
| D214 1 | イ 2誘導 | 100 | → 80 | D214 1 | |
| D214 1 | ロ 3から4誘導 | 150 | → 130 | D214 1 | |
| D214 1 | ハ 5から6誘導 | 210 | → 180 | D214 1 | |
| D214 1 | ニ 7誘導以上 | 260 | → 220 | D214 1 | |
| D214-2 | エレクトロキモグラフ | 260 | → 260 | D214-2 | |
| (超音波検査等) | | | | | |
| D215 | 超音波検査(記録に要する費用を含む。) | | | D215 | |
| D215 1 | Aモード法 | 150 | → 150 | D215 1 | |
| D215 2 | 断層撮影法 | | | D215 2 | |
| D215 2 | イ 胸腹部 | 530 | → 530 | D215 2 | |
| D215 2 | ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等) | 350 | → 350 | D215 2 | |
| D215 3 | UCG | | | D215 3 | |
| D215 3 | イ 断層撮影法及びMモード法による検査 | 780 | → 880 | D215 3 | |
| D215 3 | ロ Mモード法のみによる検査 | 400 | → 500 | D215 3 | |
| D215 3 | ハ 経食道的超音波法 | 800 | → 1,500 | D215 3 | |
| D215 4 | ドプラ法(1日につき) | | | D215 4 | |
| D215 4 | イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査 | 20 | → 20 | D215 4 | |
| D215 4 | ロ 脳動脈血流速度連続測定 | 150 | → 150 | D215 4 | |
| D215 4 | ハ 脳動脈血流速度マッピング法 | 400 | → 400 | D215 4 | |
| D215 5 | 血管内超音波法 | 3,600 | → 3,600 | D215 5 | |
| D215 注 | 造影剤使用加算 | - | → 150 | D215 注 | (新規) |
| D215 注 | パルスドプラ法加算 | 200 | → 200 | D215 注 | |
| D216 | サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。) | 200 | → 200 | D216 | |
| D216 注 | 負荷検査加算 | 100 | → 100 | D216 注 | |
| D216-2 | 残尿測定検査 | 50 | → 50 | D216-2 | |
| D217 | 骨塩定量検査 | | | D217 | |
| D217 1 | DEXA法による腰椎撮影 | 360 | → 360 | D217 1 | |
| D217 2 | MD法 | 140 | → 140 | D217 2 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------------------|--|-----|-------|--------|------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| 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・呼吸監視装置、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 | |
| 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(1連につき) | 100 | → 100 | D223-2 | |
| D224 | 終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき) | 100 | → 100 | D224 | |
| D225 | 観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。) | | | D225 | |
| D225 1 | 1時間以内の場合 | 130 | → 130 | D225 1 | |
| D225 2 | 1時間を超えた場合(1日につき) | 260 | → 260 | D225 2 | |
| D225-2 | 非観血的連続血圧測定(1日につき) | 100 | → 100 | D225-2 | |
| - - | 24時間自由行動下血圧測定 | - | → 200 | D225-3 | (新設) |
| D226 | 中心静脈圧測定(1日につき) | | | D226 | |
| D226 1 | 4回以下の場合 | 100 | → 100 | D226 1 | |

| 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 | | |
| D226 2 | 5回以上の場合 | 200 | → 200 | D226 2 | |
| D227 | 頭蓋内圧持続測定 | | | D227 | |
| D227 1 | 1時間以内又は1時間につき | 100 | → 100 | D227 1 | |
| D227 2 | 3時間を超えた場合(1日につき) | 400 | → 400 | D227 2 | |
| D228 | 深部体温計による深部体温測定(1日につき) | 100 | → 100 | D228 | |
| D229 | 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき) | 100 | → 100 | D229 | |
| D230 | 観血的肺動脈圧測定 | | | D230 | |
| D230 1 | 1時間以内又は1時間につき | 150 | → 150 | D230 1 | |
| D230 2 | 2時間を超えた場合(1日につき) | 450 | → 450 | D230 2 | |
| D231 | 人工臓腑(一連につき) | 5,000 | → 5,000 | D231 | |
| D232 | 食道内圧測定検査 | 650 | → 650 | D232 | |
| D233 | 直腸肛門機能検査 | | | D233 | |
| D233 1 | 1項目行った場合 | 800 | → 800 | D233 1 | |
| D233 2 | 2項目以上行った場合 | 1,200 | → 1,200 | D233 2 | |
| D234 | 胃・食道内24時間pH測定 | 1,000 | → 1,000 | D234 | |
| (脳波検査等) | | | | | |
| D235 | 脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。) | 400 | → 500 | D235 | |
| D235 注 | 睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算 | 250 | → 250 | D235 注 | |
| D235-2 | 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) | 400 | → 400 | D235-2 | |
| D236 | 脳誘発電位検査(脳波検査を含む。) | | | D236 | |
| D236 1 | 体性感覚誘発電位 | 670 | → 670 | D236 1 | |
| D236 2 | 視覚誘発電位 | 670 | → 670 | D236 2 | |
| D236 3 | 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 | 670 | → 670 | D236 3 | |
| D236-2 | 光トポグラフィー | 670 | → 670 | D236-2 | |
| D236-3 | 神経磁気診断 | 5,000 | → 5,000 | D236-3 | |
| D237 | 終夜睡眠ポリグラフィー | | | D237 | |
| D237 1 | 携帯用装置を使用した場合 | 720 | → 720 | D237 1 | |
| D237 2 | 1以外の場合 | 3,300 | → 3,300 | D237 2 | |

| 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 | | |
| - - | 反復睡眠潜時試験(MSLT) | - | → 5,000 | D237-2 | (新設) |
| D238 | 脳波検査判断料 | 140 | → 140 | D238 | |
| (神経・筋肉検査) | | | | | |
| D239 | 筋電図検査 | | | D239 | |
| D239 1 | 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)) | 200 | → 200 | D239 1 | |
| D239 2 | 誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(一連につき) | 250 | → 250 | 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 | |
| - - | 神経学的検査 | - | → 300 | D239-3 | (新設) |
| D240 | 神経・筋負荷テスト | | | D240 | |
| D240 1 | テンシロンテスト(ワグスチグミン眼筋力テストを含む。) | 130 | → 130 | D240 1 | |
| D240 2 | 瞳孔薬物負荷テスト | 130 | → 130 | D240 2 | |
| D240 3 | 乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。) | 200 | → 200 | D240 3 | |
| D241 | 神経・筋検査判断料 | 140 | → 140 | D241 | |
| D242 | 尿水力学的検査 | | | D242 | |
| D242 1 | 膀胱内圧測定 | 260 | → 260 | D242 1 | |
| D242 2 | 尿道圧測定図 | 260 | → 260 | D242 2 | |
| D242 3 | 尿流測定 | 205 | → 205 | D242 3 | |
| D242 4 | 括約筋筋電図 | 310 | → 310 | D242 4 | |
| (耳鼻咽喉科学的検査) | | | | | |
| D243 | 削除 | | | D243 | |
| D244 | 自覚的聴力検査 | | | D244 | |
| D244 1 | 標準純音聴力検査 | 400 | → 400 | D244 1 | |
| D244 1 | 自記オーディオメーターによる聴力検査 | 400 | → 400 | D244 1 | |
| D244 2 | 標準語音聴力検査 | 400 | → 400 | D244 2 | |
| D244 2 | ことばのききとり検査 | 400 | → 400 | 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 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|----------|-----------------------------|-------|---------|----------|----|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D244 3 | 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) | 100 | → 150 | D244 6 | |
| D244-2 | 補聴器適合検査 | | | D244-2 | |
| D244-2 1 | 1回目 | 1,300 | → 1,300 | D244-2 1 | |
| D244-2 2 | 2回目以降 | 700 | → 700 | D244-2 2 | |
| D245 | 鼻腔通気度検査 | 300 | → 300 | D245 | |
| D246 | アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査 | 100 | → 100 | D246 | |
| D247 | 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 | | | D247 | |
| D247 1 | 鼓膜音響インピーダンス検査 | 300 | → 300 | D247 1 | |
| D247 2 | チンパノメトリー | 350 | → 350 | D247 2 | |
| D247 3 | 耳小骨筋反射検査 | 450 | → 450 | D247 3 | |
| D247 4 | 遊戯聴力検査 | 450 | → 450 | D247 4 | |
| D247 5 | 耳音響放射(OAE)検査 | | | D247 5 | |
| D247 5 | イ 自発耳音響放射(SOAE) | 100 | → 100 | D247 5 | |
| D247 5 | ロ その他の場合 | 300 | → 300 | D247 5 | |
| D248 | 耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定 | 450 | → 450 | D248 | |
| D249 | 蝸電図 | 750 | → 750 | D249 | |
| D250 | 平衡機能検査 | | | D250 | |
| D250 1 | 標準検査(一連につき) | 20 | → 20 | D250 1 | |
| D250 3 | 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 2 | 頭位及び頭位変換眼振検査 | 100 | → 150 | D250 3 | |
| D250 4 | 電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき) | | | D250 4 | |
| D250 4 | イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合 | 400 | → 400 | D250 4 | |
| D250 4 | ロ その他の場合 | 260 | → 260 | D250 4 | |
| D250 5 | 重心動揺計 | 250 | → 250 | D250 5 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|-----------------|--------------------|-----|-------|--------|------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D250 5 | 下肢加重検査 | 250 | → 250 | D250 5 | |
| D250 5 | フォースプレート分析 | 250 | → 250 | D250 5 | |
| D250 5 | 動作分析検査 | 250 | → 250 | D250 5 | |
| D251 | 音声言語医学的検査 | | | D251 | |
| D251 1 | 喉頭ストロボスコーピー | 450 | → 450 | D251 1 | |
| D251 2 | 音響分析 | 450 | → 450 | D251 2 | |
| D251 3 | 音声機能検査 | 450 | → 450 | D251 3 | |
| D252 | 扁桃マッサージ法 | 40 | → 40 | D252 | |
| D253 | 嗅覚検査 | | | D253 | |
| D253 1 | 基準嗅覚検査 | 450 | → 450 | D253 1 | |
| D253 2 | 静脈性嗅覚検査 | 30 | → 40 | D253 2 | |
| D254 | 電気味覚検査(一連につき) | 250 | → 300 | D254 | |
| (眼科学的検査) | | | | | |
| D255 | 精密眼底検査(片側) | 56 | → 56 | D255 | |
| D255-2 | 汎網膜硝子体検査(片側) | 150 | → 150 | D255-2 | |
| D256 | 眼底カメラ撮影 | | | D256 | |
| D256 1 | 通常の方法の場合 | 56 | → 56 | D256 1 | |
| D256 2 | 蛍光眼底法の場合 | 400 | → 400 | D256 2 | |
| - - | 眼底三次元画像解析 | - | → 200 | D256-2 | (新設) |
| D257 | 細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部) | 92 | → 112 | D257 | |
| D258 | 網膜電位図(ERG) | 230 | → 230 | D258 | |
| D259 | 精密視野検査(片側) | 38 | → 38 | D259 | |
| D260 | 量的視野検査(片側) | | | D260 | |
| D260 1 | 動的量的視野検査 | 195 | → 195 | D260 1 | |
| D260 2 | 静的量的視野検査 | 300 | → 300 | D260 2 | |
| D261 | 屈折検査 | 74 | → 74 | D261 | |
| D262 | 調節検査 | 74 | → 74 | D262 | |
| D263 | 矯正視力検査 | - | → - | D263 | |

| 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 | | |
| D263 1 | 眼鏡処方せんの交付を行う場合 | 74 | → 74 | D263 1 | |
| D263 2 | 1以外の場合 | 74 | → 74 | D263 2 | |
| D264 | 精密眼圧測定 | 85 | → 85 | D264 | |
| D264 注 | 水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算 | 55 | → 55 | D264 注 | |
| D265 | 角膜曲率半径計測 | 89 | → 89 | D265 | |
| D265-2 | 角膜形状解析検査 | 110 | → 110 | D265-2 | |
| D266 | 光覚検査 | 42 | → 42 | D266 | |
| D267 | 色覚検査 | | | D267 | |
| D267 1 | アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合 | 60 | → 60 | D267 1 | |
| D267 2 | 1以外の場合 | 38 | → 38 | D267 2 | |
| D268 | 眼筋機能精密検査及び輻輳検査 | 38 | → 38 | D268 | |
| D269 | 眼球突出度測定 | 38 | → 38 | D269 | |
| D270 | 削除 | | | | |
| D271 | 角膜知覚計検査 | 38 | → 38 | D271 | |
| D272 | 両眼視機能精密検査 | 38 | → 38 | D272 | |
| D272 | 立体視検査(三杆法、ステレオテスト法による) | 38 | → 38 | D272 | |
| D272 | 網膜対応検査(残像法、バゴリニ線條試験による) | 38 | → 38 | D272 | |
| D273 | 細隙燈顕微鏡検査(前眼部) | 38 | → 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 | |

| 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 | | |
| D281 | 瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用) | 160 | → 160 | D281 | |
| D282 | 中心フリッカー試験 | 38 | → 38 | D282 | |
| D282-2 | PL (Preferential Looking) 法 | 100 | → 100 | D282-2 | |
| D282-3 | コンタクトレンズ検査料 | | | D282-3 | |
| D282-3 1 | コンタクトレンズ検査料1 | — | → 200 | D282-3 1 | |
| D282-3 1 | ア 初回装用者の場合 | 387 | → — | — — | (削除) |
| D282-3 1 | イ 既装用者の場合 | 112 | → — | — — | (削除) |
| D282-3 2 | コンタクトレンズ検査料2 | | → 56 | D282-3 2 | |
| D282-3 2 | ア 初回装用者の場合 | 193 | → — | — — | (削除) |
| D282-3 2 | イ 既装用者の場合 | 56 | → — | — — | (削除) |
| (皮膚科学的検査) | | | | | |
| D282-4 | ダーモスコピー | 12 | → 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 | |
| D284 | 人格検査 | | | D284 | |
| D284 1 | 操作が容易なもの | 80 | → 80 | D284 1 | |
| D284 2 | 操作が複雑なもの | 280 | → 280 | D284 2 | |
| D284 3 | 操作と処理が極めて複雑なもの | 450 | → 450 | D284 3 | |
| D285 | 認知機能検査その他の心理検査 | | | D285 | |
| D285 1 | 操作が容易なもの | 80 | → 80 | D285 1 | |
| D285 2 | 操作が複雑なもの | 280 | → 280 | D285 2 | |
| D285 3 | 操作と処理が極めて複雑なもの | 450 | → 450 | D285 3 | |
| (負荷試験等) | | | | | |
| D286 | 肝及び腎のクリアランステスト | 150 | → 150 | D286 | |
| D287 | 内分泌負荷試験 | | | D287 | |
| D287 1 | 下垂体前葉負荷試験 | | | D287 1 | |

| 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 | イ 成長ホルモン(GH)(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 1 | |
| D287 1 | ロ ゴナドトロピン(LH及びFSH)(一連として月1回) | 1,600 | → 1,600 | D287 1 | |
| D287 1 | ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 1 | |
| D287 1 | ニ プロラクチン(PRL)(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 1 | |
| D287 1 | ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 1 | |
| D287 2 | 下垂体後葉負荷試験(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 2 | |
| D287 3 | 甲状腺負荷試験(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 3 | |
| D287 4 | 副甲状腺負荷試験(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 4 | |
| D287 5 | 副腎皮質負荷試験 | | | D287 5 | |
| D287 5 | イ 鈣質コルチコイド(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 5 | |
| D287 5 | ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 5 | |
| D287 6 | 性腺負荷試験(一連として月1回) | 1,200 | → 1,200 | D287 6 | |
| D288 | 糖負荷試験 | | | D288 | |
| D288 1 | 常用負荷試験(血糖、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 | 脾機能テスト(PFDテスト) | 100 | → 100 | D289 1 | |
| D289 2 | 肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2回法) | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | ビリルビン負荷試験 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | 馬尿酸合成試験 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | フィッシュバーグ | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | 水利尿試験 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査) | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | モーゼンタール法 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | キシローゼ試験 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 2 | ヨードカリ試験 | 100 | → 100 | D289 2 | |
| D289 3 | 胆道機能テスト | 700 | → 700 | D289 3 | |
| D289 3 | 胃液分泌刺激テスト | 700 | → 700 | D289 3 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|---------------------------|---|-------|---------|--------|------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D289 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 | |
| - - | 尿失禁定量テスト(パッドテスト) | - | → 100 | D290-2 | (新設) |
| 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 | |
| (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 | → 990 | D293 3 | |
| D293 4 | 肺局所機能検査 | 1,820 | → 1,820 | D293 4 | |
| D293 4 | 脳局所血流検査 | 1,820 | → 1,820 | D293 4 | |
| D294 | ラジオアイソトープ検査判断料 | 110 | → 110 | D294 | |
| (内視鏡検査) | | | | | |
| D295 | 関節鏡検査(片側) | 600 | → 600 | D295 | |
| D296 | 喉頭直達鏡検査 | 190 | → 190 | D296 | |

| 旧区分番号 | 新検査項目名 | 点数 | | 新区分番号 | 備考 |
|--------|--------------------------------------|-------|---------|--------|------|
| | | 改正前 | 改正後 | | |
| D296-2 | 鼻咽腔直達鏡検査 | 220 | → 220 | D296-2 | |
| D297 | 削除 | | | D297 | |
| D298 | 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき） | 620 | → 620 | D298 | |
| D299 | 喉頭ファイバースコープ | 620 | → 620 | D299 | |
| D300 | 中耳ファイバースコープ | 240 | → 240 | D300 | |
| D300-2 | 顎関節鏡検査（片側） | 1,000 | → 1,000 | D300-2 | |
| D301 | 気管支鏡検査 | 500 | → 500 | D301 | |
| D301 | 気管支カメラ | 500 | → 500 | D301 | |
| D302 | 気管支ファイバースコープ | 1,500 | → 1,500 | D302 | |
| D303 | 胸腔鏡検査 | 6,000 | → 6,000 | D303 | |
| D304 | 縦隔鏡検査 | 7,000 | → 7,000 | D304 | |
| D305 | 食道鏡検査 | 400 | → 400 | D305 | |
| D305 | 食道カメラ | 400 | → 400 | D305 | |
| D306 | 食道ファイバースコープ | 800 | → 800 | D306 | |
| D306 注 | 粘膜点墨法を行った場合の加算 | 60 | → 60 | D306 注 | |
| D307 | 胃鏡検査 | 500 | → 500 | D307 | |
| D307 | ガストロカメラ | 500 | → 500 | D307 | |
| D308 | 胃・十二指腸ファイバースコープ | 1,140 | → 1,140 | D308 | |
| D308 注 | 粘膜点墨法を行った場合の加算 | 60 | → 60 | D308 注 | |
| D308 注 | 胆管・膵管造影法を行った場合の加算 | 600 | → 600 | 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 | |
| D309 | 胆道ファイバースコープ | 1,400 | → 1,400 | D309 | |
| D310 | 小腸ファイバースコープ | 1,700 | → - | D310 | |
| - | ダブルバルーン内視鏡によるもの | - | → 2,000 | D310 1 | (新設) |
| - | カプセル型内視鏡によるもの | - | → 1,700 | D310 2 | (新設) |
| - | その他のもの | - | → 1,700 | D310 3 | (新設) |
| D310 注 | 粘膜点墨法を行った場合の加算 | 60 | → 60 | D310 注 | |
| D311 | 直腸鏡検査 | 300 | → 300 | D311 | |

| 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 | | |
| - - | 肛門鏡検査 | - | → 200 | D311-2 | (新設) |
| D312 | 直腸ファイバースコープ | 550 | → 550 | D312 | |
| D312 注 | 粘膜点墨法を行った場合の加算 | 60 | → 60 | D312 注 | |
| D313 | 大腸ファイバースコープ | | | D313 | |
| D313 1 | S状結腸 | 900 | → 900 | D313 1 | |
| D313 2 | 下行結腸及び横行結腸 | 1,350 | → 1,350 | D313 2 | |
| D313 3 | 上行結腸及び盲腸 | 1,550 | → 1,550 | D313 3 | |
| D313 注 | 粘膜点墨法を行った場合の加算 | 60 | → 60 | D313 注 | |
| D314 | 腹腔鏡検査 | 1,800 | → 1,800 | D314 | |
| D315 | 腹腔ファイバースコープ | 1,800 | → 1,800 | D315 | |
| D316 | クルドスコープ | 400 | → 400 | D316 | |
| D317 | 膀胱尿道ファイバースコープ | 900 | → 900 | D317 | |
| D318 | 尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの(膀胱尿道ファイバースコープを含む。))(両側) | 1,000 | → 1,000 | D318 | |
| D319 | 腎盂尿管ファイバースコープ(片側) | 1,500 | → 1,500 | D319 | |
| D320 | ヒステロスコープ | 220 | → 220 | D320 | |
| D321 | コルポスコープ | 150 | → 150 | D321 | |
| D322 | 子宮ファイバースコープ | 800 | → 800 | D322 | |
| D323 | 乳管鏡検査 | 800 | → 800 | D323 | |
| D324 | 血管内視鏡検査 | 1,700 | → 1,700 | D324 | |
| D325 | 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法 | 3,600 | → 3,600 | D325 | |
| 第4節 診断穿刺・検体採取料 | | | | | |
| D400 | 血液採取(1日につき) | | | D400 | |
| D400 1 | 静脈 | 12 | → 11 | D400 1 | |
| D400 2 | その他 | 6 | → 6 | D400 2 | |
| D400 注 | 乳幼児加算 | 14 | → 14 | D400 注 | |
| D401 | 脳室穿刺 | 300 | → 500 | D401 | |
| D401 注 | 6歳未満の乳幼児加算 | 100 | → 100 | D401 注 | |
| D402 | 後頭下穿刺 | 220 | → 300 | D402 | |

| 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 | | |
| 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。) | 140 | → 150 | D403 | |
| D403 | 胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。) | 140 | → 150 | D403 | |
| D403 | 頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。) | 140 | → 150 | D403 | |
| D403 注 | 6歳未満の乳幼児加算 | 100 | → 100 | D403 注 | |
| D404 | 骨髄穿刺 | | | D404 | |
| D404 1 | 胸骨 | 80 | → 130 | D404 1 | |
| D404 2 | その他 | 90 | → 150 | D404 2 | |
| D404 注 | 6歳未満の乳幼児加算 | 100 | → 100 | D404 注 | |
| D405 | 関節穿刺(片側) | 80 | → 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) | 50 | → 60 | D406 | |
| D406 | 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側) | 50 | → 180 | D406-2 | |
| D407 | 腎嚢胞又は水腎症穿刺 | 230 | → 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 | 230 | → 240 | D408 | |
| D409 | リンパ節等穿刺又は針生検 | 120 | → 200 | D409 | |
| D410 | 乳腺穿刺又は針生検(片側) | 120 | → 200 | D410 | |
| D411 | 甲状腺穿刺又は針生検 | 130 | → 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。) | 1,450 | → 1,600 | D412 | |
| D413 | 前立腺針生検法 | 1,200 | → 1,400 | D413 | |
| D414 | 内視鏡下生検法(1臓器につき) | 300 | → 310 | D414 | |
| D415 | 経気管肺生検法 | 3,100 | → 3,300 | D415 | |
| D416 | 臓器穿刺、組織採取 | | | D416 | |
| D416 1 | 開胸によるもの | 6,700 | → 9,070 | D416 1 | |
| D416 2 | 開腹によるもの(腎を含む。) | 4,100 | → 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 | |

| 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 1 | 皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。) | 465 | → 500 | D417 1 | (新規) |
| D417 2 | 骨、骨盤、脊椎 | 2,160 | → 2,300 | D417 2 | |
| D417 3 | 眼 | | | D417 3 | |
| D417 3 | イ 後眼部 | 620 | → 650 | D417 3 | |
| D417 3 | ロ 前眼部、その他 | 310 | → 350 | D417 3 | |
| D417 4 | 耳 | 380 | → 400 | D417 4 | |
| D417 5 | 鼻、副鼻腔 | 360 | → 400 | D417 5 | |
| D417 6 | 口腔 | 400 | → 400 | D417 6 | |
| D417 7 | 咽頭、喉頭 | 620 | → 650 | D417 7 | |
| D417 8 | 甲状腺 | 620 | → 650 | D417 8 | |
| D417 9 | 乳腺 | 620 | → 650 | D417 9 | |
| D417 10 | 直腸 | 620 | → 650 | D417 10 | |
| D417 11 | 精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸) | 360 | → 400 | D417 11 | |
| D417 12 | 末梢神経 | | → 620 | D417 12 | |
| D417 注 | 6歳未満の乳幼児加算 | 100 | → 100 | D417 注 | |
| D418 | 子宮腔部等よりの検体採取 | | | D418 | |
| D418 1 | 子宮頸管粘液採取 | 30 | → 40 | D418 1 | |
| D418 2 | 子宮腔部組織採取 | 180 | → 200 | D418 2 | |
| D418 3 | 子宮内膜組織採取 | 350 | → 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) | 120 | → 180 | D419 1 | |
| D419 2 | 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。) | 110 | → 180 | D419 2 | |
| D419 3 | 動脈血採取(1日につき) | 40 | → 50 | D419 3 | |

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 |
|---------|---|---------|---------------------------------------|
| D003 7 | ヘモグロビン | D003 6 | ヘモグロビン定性 |
| D003 9 | ヘモグロビン精密測定 | D003 8 | ヘモグロビン定量 |
| D003 11 | ヘモグロビン及びトランスフェリン精密測定 | D003 9 | ヘモグロビン及びトランスフェリン |
| D006 10 | フィブリンモノマー複合体検出 | D006 12 | フィブリンモノマー複合体定性 |
| D006 14 | D-Dダイマー | D006 14 | D-Dダイマー定性 |
| D006 16 | D-Dダイマー精密測定 | D006 15 | D-Dダイマー定量 |
| D006 22 | フィブリンモノマー複合体定量精密測定 | D006 21 | フィブリンモノマー複合体定量 |
| D007 26 | フェリチン精密測定 | D007 22 | フェリチン |
| D007 27 | 心筋トロポニンT精密測定 | D007 23 | 心筋トロポニンT定量 |
| D008 15 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β)分画精密測定 | D008 11 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β)分画 |
| D009 4 | α -フェトプロテイン(AFP)精密測定 | D009 2 | α -フェトプロテイン(AFP) |
| D012 24 | ツツガムシ抗体価精密測定 | D012 24 | ツツガムシ抗体価 |
| D014 3 | リウマチ因子測定 | D014 2 | リウマトイド因子 |
| D014 8 | 抗核抗体 | D014 5 | LEテスト |
| D014 9 | 抗核抗体精密測定 | D014 6 | 抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。) |
| D014 9 | 抗核抗体精密測定 | D014 7 | 抗核抗体価(蛍光抗体法) |
| D014 9 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体精密測定 | D014 7 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体価 |
| D014 12 | 抗DNA抗体精密測定 | D014 10 | 抗DNA抗体価 |
| D023 4 | HBV核酸定量測定 | D023 3 | HBV核酸定量検査 |
| D023 16 | HIV-I核酸増幅定量精密検査 | D023 10 | HIV-I核酸定量検査 |

別表3

第3部 検査 (複数検査を1つの告示にする項目)

| 旧区分番号 | 旧検査項目名 | 新区分番号 | 新検査項目名 |
|--------------------|--|---------|-----------------------|
| D003 10 D003 11 | ヘモグロビン及びトランスフェリン ヘモグロビン及びトランスフェリン精密測定 | D003 9 | ヘモグロビン及びトランスフェリン |
| D007 4 D007 22 | 不飽和鉄結合能(UIBC) 不飽和鉄結合能(UIBC)精密測定 | D007 17 | 不飽和鉄結合能(UIBC) |
| D007 4 D007 23 | 総鉄結合能(TIBC) 総鉄結合能(TIBC)精密測定 | D007 18 | 総鉄結合能(TIBC) |
| D007 21 D007 26 | フェリチン フェリチン精密測定 | D007 22 | フェリチン |
| D007 34 D007 42 | ビタミンB ₂ 定量 ビタミンB ₂ 定量精密測定 | D007 33 | ビタミンB ₂ |
| D008 4 D008 15 | ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画定性 ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画精密測定 | D008 11 | ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画 |
| D009 1 D009 4 | α-フェトプロテイン(AFP) α-フェトプロテイン(AFP)精密測定 | D009 2 | α-フェトプロテイン(AFP) |
| D012 6 D012 24 | ツツガムシ抗体価 ツツガムシ抗体価精密測定 | D012 24 | ツツガムシ抗体価 |
| D013 6 D013 7 | HBc抗体価 HBc抗体価精密測定 | D013 6 | HBc抗体価 |
| D013 6 D013 8 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定 | D013 7 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 |
| D014 5 D014 9 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体 抗ガラクトース欠損IgG抗体精密測定 | D014 7 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体価 |
| D014 10 D014 11 | 抗SS-A/Ro抗体 抗SS-A/Ro抗体精密測定 | D014 9 | 抗SS-A/Ro抗体 |
| D014 10 D014 11 | 抗SS-B/La抗体 抗SS-B/La抗体精密測定 | D014 9 | 抗SS-B/La抗体 |
| D014 10 D014 11 | 抗ScL-70抗体 抗ScL-70抗体精密測定 | D014 9 | 抗ScL-70抗体 |
| D015 11 D015 12 | レチノール結合蛋白(RBP) レチノール結合蛋白(RBP)精密測定 | D015 13 | レチノール結合蛋白(RBP) |
| D023 2 D023 3 | 淋菌核酸同定精密検査 淋菌核酸増幅同定精密検査 | D023 2 | 淋菌核酸同定検査 |
| D023 2 D023 3 | クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査 クラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査 | D023 2 | クラミジアトラコマチス核酸同定検査 |

別表4

第3部 検査 (削除する項目)

| 旧区分番号 | 旧検査項目名 |
|---------|---|
| D007 2 | β -リポ蛋白 |
| D007 6 | モノアミノキシダーゼ(MAO) |
| D007 4 | 総鉄結合能(TIBC) |
| D007 4 | 不飽和鉄結合能(UIBC) |
| D007 21 | フェリチン |
| D007 24 | 心筋トロポニンT定性 |
| D007 34 | ビタミンB2定量 |
| D008 4 | ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β)分画定性 |
| D008 7 | T3摂取率(T3-uptake)精密測定 |
| D009 1 | α -フェト蛋白(AFP) |
| D009 2 | 免疫抑制酸性蛋白(IAP) |
| D012 6 | ツツガムシ抗体価 |
| D012 32 | ヴィダール反応 |
| D013 6 | HBc抗体価 |
| D013 6 | HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価 |
| D014 2 | リウマチ因子スクリーニング |
| D014 5 | 抗ガラクトース欠損IgG抗体 |
| D014 7 | 抗DNA抗体 |
| D014 10 | 抗SS-A/Ro抗体 |
| D014 10 | 抗SS-B/La抗体 |
| D014 10 | 抗Scl-70抗体 |
| D015 5 | α 1-酸性糖蛋白測定 |
| D015 11 | レチノール結合蛋白(RBP) |
| D015 14 | α 1-酸性糖蛋白精密測定 |
| D021 1 | ナイアシンテスト |
| D023 2 | 淋菌核酸同定精密検査 |
| D023 2 | クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査 |
| D023 4 | HBV核酸同定精密測定 |
| D023 11 | HIV-I核酸同定検査 |

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|---|
| <p>第 2 章第 4 部 画像診断</p> <p>通則</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に58点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画</p> | <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又は区分番号E004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E102及び区分番号E203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関にお</p> |

第1節 エックス線診断料

(通則の見直し)

像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に87点を加算する。

いて、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に180点を加算する。

(通則の追加)

4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。

- イ 単純撮影の場合 60点
- ロ 特殊撮影の場合 64点
- ハ 造影剤使用撮影の場合 72点
- ニ 乳房撮影の場合 60点

4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について15点を加算する。

(新設)

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、第4号に掲げる加算は算定しない。

- イ 単純撮影の場合 60点

| | | | |
|-------------------------------------|---|----------|---|
| <p>(注の移動)</p> | <p>5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p> | <p>→</p> | <p>ロ 特殊撮影の場合 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点</p> <p>6 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p> |
| <p>E003 造影剤注入手技</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>3 動脈造影カテーテル法</p> <p>イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 1, 820点</p> <p>ロ イ以外の場合 1, 180点</p> | <p>→</p> | <p>イ 3, 600点</p> <p>ロ</p> |
| <p>(点数の見直し)</p> | <p>4 静脈造影カテーテル法 1, 180点</p> | <p>→</p> | <p>3, 600点</p> |
| <p>第2節 核医学診断料</p> <p>(通則の見直し)</p> | <p>3 コンピューターによる画像処理を行った場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に60</p> | <p>→</p> | <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に</p> |

| | | | |
|---|--|----------|--|
| | <p>点を加算する。ただし、この場合において、フィルム の費用は算定できない。</p> | | <p>120点を加算する。ただし、この場合において、 フィルム の費用は算定できない。</p> |
| <p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p> <p>(通則の見直し)</p> | <p>3 コンピューターによる画像処理を行った場合 においては、前2号により算定した点数に、一連の 撮影について1回に限り、所定点数に60 点を加算する。ただし、この場合において、フ ィルムの費用は算定できない。</p> | <p>→</p> | <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した 場合においては、前2号により算定した点数に 、一連の撮影について1回に限り、所定点数に 120点を加算する。ただし、この場合において 、フィルム の費用は算定できない。</p> |
| <p>E200 コンピューター断層撮影 (一連につき)</p> | | | |
| <p>(名称の変更)</p> | <p>E200 コンピューター断層撮影 (一連につき)</p> | <p>→</p> | <p>E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影) (一連につき)</p> |
| <p>(名称の変更)</p> | <p>1 単純CT撮影</p> | <p>→</p> | <p>1 CT撮影</p> |
| <p>(削除)</p> | <p>2 特殊CT撮影 (管腔描出を行った場合) 950点</p> | <p>→</p> | <p>(削除)</p> |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| (名称の変更) | <p>3 脳槽CT造影 2, 300点</p> <p>注1 単純CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> | → | <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2, 300点</p> <p>注1 CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> |
| (削除) | <p>注2 特殊CT撮影については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> | → | (削除) |
| (注の見直し) | <p>注3 単純CT撮影、特殊CT撮影及び脳槽CT造影に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> | → | <p>注2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> |
| (注の見直し) | <p>注4 単純CT撮影又は特殊CT撮影について造影剤を使用した場合は、その使用した部位にかかわらず、所定点数に500点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> | → | <p>注3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> |

| | | | |
|------------------------------------|--|----------|---|
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>注4 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、冠動脈のCT撮影を行った場合は所定点数に600点を加算する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注5 脳槽CT造影に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> | <p>→</p> | <p>注5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る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。</p> |
| <p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）</p> | <p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）</p> | <p>→</p> | <p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> |
| <p>(名称の変更)</p> | <p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）</p> | <p>→</p> | <p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> |
| <p>(項目の見直し) (点数の見直し)</p> | <p>1 単純MRI撮影 イ 1.5テスラ以上の機器による場合 1, 230点 ロ イ以外の場合 1, 080点</p> | <p>→</p> | <p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 1, 300点 2 1以外の場合 1, 080点</p> |

| | | | |
|---------|---|---|--|
| (削除) | 2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合） 1, 530点 | → | (削除) |
| (注の見直し) | 注1 単純MRI撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 | → | 注1 1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社会保険事務局長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。 |
| (削除) | 注2 特殊MRI撮影については、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社会保険事務局長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。 | → | (削除) |
| (注の見直し) | 注3 単純MRI撮影又は特殊MRI撮影に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 | → | 注2 1及び2を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 |
| (注の見直し) | 注4 単純MRI撮影又は特殊MRI撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250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（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 | → | 注3 MRI撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算 |

(注の新設)

(新設)



点数に含まれるものとする。

注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、心臓のMRI撮影を行った場合は所定点数に300点を加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|---|
| <p>第2章第5部 投薬</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F100 処方料</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき15点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p> | <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p> |

(注の見直し)

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 42点
 - ロ イ以外の場合 40点
- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 70点
 - ロ イ以外の場合 68点

(点数の見直し)

注3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、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

注3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|-------------|--|
| <p>第 2 章第 6 部 注射</p> <p>(通則の追加)</p> | <p>(新設)</p> | <p>6 区分番号G002、G003、G003-3 又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方社会保険事務局長に届け出た保険医 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5号に より算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点(15 歳未満の患者に対して行った場合は、700 点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点(15 歳未満の患者に対して行った場合は、700 点)</p> |

第1節 注射料

(通則の追加)

(項目の新設)

G004 点滴注射（1日につき）

(注の削除)

(注の削除)

(新設)

(新設)

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に

注射の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

(削除)

(削除)

| | | | |
|-----------------------------------|---|----------|---|
| <p>G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき）</p> | <p>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、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪性腫瘍等の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）を加算する。</p> | | |
| <p>（注の削除）</p> | <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。</p> | <p>→</p> | <p>（削除）</p> |
| <p>G 0 0 5 - 2 中心静脈注射用カテーテル挿入</p> | <p>（新設）</p> | <p>→</p> | <p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p> |

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

（注の削除）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

（項目の新設）

（新設）

（削除）

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

50点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの）

40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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性

第2節 薬剤料

G100 薬剤

(点数の見直し)

(注の見直し)

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療

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、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事

療養に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|-------------------------|
| <p>第 2 章第 7 部 リハビリテーション</p> <p>通則 (通則の削除)</p> <p>(通則の削除)</p> | <p>4 の 2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分 1 つに限り算定できる。</p> <p>5 入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADL の自立等を目的とした心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL 加算として 1 単位につき 30 点を所定点数に加算するものとする。</p> | <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> |

(通則の見直し)

6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等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又は呼吸器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。

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

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) 250点

200点

2 心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1単位) 100点

(注の削除)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定

(削除)

(注の新設)

める患者が治療開始日から120日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。

(新設)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単

| | | | | |
|----------|--|------|---|--|
| (点数の見直し) | 位) 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) | 250点 | → | 235点 |
| (点数の見直し) | 位) | 100点 | → | 190点 |
| (項目の見直し) | (新設) | | → | 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100点 |
| (注の削除) | 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から140日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。 | | → | (削除) |
| (注の新設) | (新設) | | → | 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は |

急性増悪から180日を超えてリハビリ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。

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)

180点

170点

2 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)

80点

(注の削除)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から120日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ150点又は65点を算定する。

(削除)

(注の新設)

(新設)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位に

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)

180点

170点

2 呼吸器リハビリテーション料(II) (1単位)

80点

(注の削除)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者が治療開始日から80日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ150点又は65点を算定する。

(削除)

つき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

(注の新設)

(新設)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90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。

H003-2 リハビリテーション総

合計画評価料

(点数の見直し)

480点

300点

(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)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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

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(II)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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

ン計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該リハビリテーションを最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(削除)

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料 (I) | 440点 |
| 2 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料 (II) | 260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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理

→ (削除)

の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

テーション医学管理料

(削除)

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (I) | 440点 |
| 2 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (II) | 260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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なりハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なりハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

- 2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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J 1 1 9—3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J 1 1 9—4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H 0 0 3—5 運動器リハビリテーション医学管理料
(削除)

- 1 運動器リハビリテーション医学管理料(I)
3 4 0 点
- 2 運動器リハビリテーション医学管理料(II)
2 2 0 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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月 1 回（1 月に 4 日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあつては、月 2 回）に限り算定する。

→ (削除)

2 運動器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号J 1 1 7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J 1 1 8に掲げる介達牽引、区分番号J 1 1 8—2に掲げる矯正固定、区分番号J 1 1 8—3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J 1 1 9に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J 1 1 9—2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J 1 1 9—3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J 1 1 9—4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、運動器リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H 0 0 3 - 6 呼吸器リハビリテーション医学管理料
(削除)

- 1 呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)
3 4 0 点
- 2 呼吸器リハビリテーション医学管理料(II)
2 2 0 点

(削除)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

2 呼吸器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、呼吸器リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

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 190点 → 220点

（点数の見直し）

2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点 → 190点

（点数の見直し）

3 18歳以上の患者の場合 100点 → 150点

（注の見直し）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の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、患者1人につき1日6単位まで算定する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

（新設）

（新設）

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）
50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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|--|
| <p>第 2 章第 8 部 精神科専門療法</p> <p>第 1 節 精神科専門療法料</p> <p>I 0 0 1 入院精神療法（1回につき） （注の見直し）</p> <p>I 0 0 2 通院精神療法（1回につき） （名称の見直し）</p> | <p>注 1 1については、入院中の患者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条第 1 項に規定する精神保健指定医（以下単に「精神保健指定医」という。）が 30 分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して 3 月以内の期間に限り週 3 回を限度として算定する。</p> <p>1 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 5 0 0 点</p> <p>2 1 以外の場合</p> | <p>注 1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が 30 分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して 3 月以内の期間に限り週 3 回を限度として算定する。</p> <p>I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>1 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 5 0 0 点</p> <p>2 1 以外の場合</p> |

| | | | | | |
|---------|---|------|---|--|------|
| | イ 病院の場合 | 330点 | | イ 病院の場合 | |
| | | | | (1) 30分以上の場合 | 360点 |
| | ロ 診療所の場合 | 360点 | | (2) 30分未満の場合 | 330点 |
| | | | | ロ 診療所の場合 | |
| | | | | (1) 30分以上の場合 | 360点 |
| | | | | (2) 30分未満の場合 | 350点 |
| (注の見直し) | 注2 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通院精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。 | | → | 注2 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、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通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。 | |
| (注の見直し) | 注3 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。 | | → | 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内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。 | |
| (新設) | | (新設) | → | I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） | 55点 |
| | | | | 注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対 | |

I 0 1 1 精神科退院指導料

注 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。

注2 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

注3 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

注1 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

| | | | |
|---|--|------|---|
| <p>(注の新設)</p> | | (新設) | <p>注2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。</p> |
| <p>I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料 (注の見直し)</p> | <p>注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。</p> | | <p>注1 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。</p> |
| <p>I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料 (点数の見直し) (注の見直し)</p> | <p>1 精神科訪問看護・指導料 (I) 550点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の精神障</p> | | <p>575点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の精神障</p> |

(注の新設)

害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、この場合において、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。

(新設)

(注の見直し)

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

害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

注2 注1ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間（注1ただし書に規定する期間を除く。）については、1日につき1回に限り算定することができる。

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

| | | | |
|----------------|--|----------|--|
| <p>(注の見直し)</p> | <p>区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護 ・指導料は算定しない。</p> <p>注4 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p> | <p>→</p> | <p>注5 注3に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p> |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>→</p> | <p>注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。</p> |

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|---|
| <p>第2章第9部 処置</p> <p>第1節 処置料 区分</p> <p>(一般処置)</p> <p>J000 創傷処置 (点数の見直し)</p> <p>J001 熱傷処置 (注の新設)</p> | <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 75点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 140点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 250点</p> <p>(新設)</p> | <p>55点</p> <p>85点</p> <p>155点</p> <p>270点</p> <p>注3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ算定できない。</p> |

J 0 0 1—5 老人処置（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

注1 老人保健法に規定する医療を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

（名称の見直し）

J 0 0 1—5 後期高齢者処置（1日につき）

注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

J 0 0 1—6 老人精神病棟等処置料（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

注1 老人保健法に規定する医療を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

（名称の見直し）

J 0 0 1—6 後期高齢者精神病棟等処置料

（1日につき）

注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

| | | |
|---|--|--|
| | <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> | <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> |
| <p>J002 ドレーン法（ドレナージ） （1日につき） （点数の見直し）</p> | <p>1 持続的吸引を行うもの</p> <p>2 その他のもの</p> | <p>45点 → 50点</p> <p>21点 → 25点</p> |
| <p>J005 脳室穿刺 （点数の見直し）</p> | | <p>300点 → 500点</p> |
| <p>J006 後頭下穿刺 （点数の見直し）</p> | | <p>220点 → 300点</p> |

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺
(点数の見直し)

1 4 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 1 骨髄穿刺
(点数の見直し)

1 胸骨

8 0 点 → 1 3 0 点

2 その他

9 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 4 乳腺穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 5 甲状腺穿刺
(点数の見直し)

1 3 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 6 リンパ節等穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

(名称の変更) → J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出
(1日につき)

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 1 9—2 胸腔内出血排除 (非開胸的) (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 2 0 胃持続ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>J 0 2 1 持続的腹腔ドレナージ（開始日） （注の新設）</p> | | | <p>注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p> |
| <p>J 0 3 4 ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法 （名称の見直し） （点数の見直し）</p> | <p>150点</p> | | <p>J 0 3 4 イレウス用ロングチューブ挿入法 200点</p> |
| <p>J 0 3 8 人工腎臓（1日につき） （点数の見直し）</p> | <p>1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合 （別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 2, 250点</p> | | <p>イ 4時間未満の場合 2, 117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2, 267点 ハ 5時間以上の場合 2, 397点</p> |
| <p>（注の見直し）</p> | <p>注 7 1の場合であって、人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> | | <p>注 7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> |

(注の新設)

J 0 3 8—2 持続緩徐式血液濾過
(1日につき)

(注の新設)

J 0 3 9 血漿交換療法 (1日につき)

(点数の見直し)

(注の新設)

(新設)

(新設)

(新設)

5, 0 0 0 点

(新設)

注8 区分番号J 0 3 8—2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。

注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

注4 区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。

4, 2 0 0 点
注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 0 局所灌流（1日につき）
（注の新設）

（新設）

注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 1 吸着式血液浄化法（1日につき）
（注の新設）

（新設）

注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 1—2 血球成分除去療法（1日につき）
（注の新設）

（新設）

注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

（新設）

（新設）

J 0 4 3—4 胃瘻カテーテル交換法
200点
注 区分番号J 0 0 0に掲げる創傷処置、区分番号K 0 0 0に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

J 0 4 3—5 尿路ストーマカテーテル交換法

1 0 0 点

注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理、区分番号 J 0 4 3—3 に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。

(救急処置)

J 0 4 4 救命のための気管内挿管

(点数の見直し)

4 0 0 点

5 0 0 点

J 0 4 5 人工呼吸

(点数の見直し)

1 3 0 分までの場合

2 2 0 点

2 4 2 点

2 3 0 分を超えて5時間までの場合

2 2 0 点に3 0 分又はその端数を増すごとに

5 0 点を加算して得た点数

2 3 0 分を超えて5時間までの場合

2 4 2 点に3 0 分又はその端数を増すごとに

5 0 点を加算して得た点数

3 5 時間を超えた場合（1日につき）

7 4 5 点

8 1 9 点

| | | |
|---|--|--|
| <p>J 0 4 7 カウンターショック（1日につき） （点数の見直し）</p> | <p>3, 5 0 0 点</p> | <p>1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2, 5 0 0 点 2 その他の場合 3, 5 0 0 点</p> |
| <p>J 0 5 0 気管内洗浄 （名称の見直し）</p> | <p>（名称の見直し）</p> | <p>J 0 5 0 気管内洗浄（1日につき）</p> |
| <p>J 0 5 2—2 熱傷温浴療法（1日につき） （注の見直し）</p> | <p>1, 7 4 0 点 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に算定する。</p> | <p>注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。</p> |
| <p>（皮膚科処置） J 0 5 3 皮膚科軟膏処置 （削除） （点数の見直し）</p> | <p>1 1 0 0平方センチメートル未満 4 5 点 2 1 0 0平方センチメートル以上5 0 0平方センチメートル未満 4 9 点 3 5 0 0平方センチメートル以上3, 0 0 0平</p> | <p>（削除） 5 5 点</p> |

| | | | | |
|---|---|---------|---|--|
| (注の見直し) | 方センチメートル未満 | 75点 | → | 85点 |
| | 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 | 140点 | → | 155点 |
| | 5 6,000平方センチメートル以上 | 250点 | → | 270点 |
| | 注1 1については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 | | | 注1 100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。 |
| | | | | |
| J054 皮膚科光線療法 (名称の変更) (項目の見直し) | 2 長波紫外線又は中波紫外線療法 | (名称の変更) | → | J054 皮膚科光線療法 (1日につき) |
| | | (新設) | → | 3 中波紫外線療法 (308ナノメートル以上～313ナノメートル以下に限定したもの) 350点 |
| J054-2 皮膚レーザー照射療法 (一連につき) (注の見直し) | 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数 | | → | 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数 |

を増すごとに所定点数に500点を加算する。
ただし、所定点数の100分の400に相当する
点数を限度とする。

を増すごとに所定点数に500点を加算する。
ただし、8,500点の加算を限度とする。

J055 いぼ焼灼法
(点数の見直し)

1 3箇所以下

200点

220点

2 4箇所以上

250点

270点

J055-2 イオントフォーレーゼ
(点数の見直し)

200点

220点

J055-3 臍肉芽腫切除術
(点数の見直し)

200点

220点

J056 いぼ冷凍凝固法
(点数の見直し)

1 3箇所以下

200点

220点

2 4箇所以上

250点

270点

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>J 0 5 7 軟属腫摘除</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>1 10 箇所未満</p> <p>2 10 箇所以上 30 箇所未満</p> <p>3 30 箇所以上</p> | <p>100 点</p> <p>200 点</p> <p>300 点</p> | <p>120 点</p> <p>220 点</p> <p>350 点</p> |
| <p>J 0 5 7—3 鶏眼・胼胝処置</p> <p>(点数の見直し)</p> | | <p>100 点</p> | <p>170 点</p> |
| <p>J 0 7 0—3 冷却痔処置</p> <p>(名称の見直し)</p> | | <p>(名称の見直し)</p> | <p>J 0 7 0—3 冷却痔処置 (1日につき)</p> |
| <p>(眼科処置)</p> <p>J 0 8 6 眼処置</p> <p>(注の新設)</p> | | <p>(注の新設)</p> | <p>注2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p> |
| <p>(耳鼻咽喉科処置)</p> <p>J 0 9 5 耳処置 (点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む。)</p> <p>(名称の見直し)</p> <p>(注の新設)</p> | | <p>(名称の見直し)</p> <p>(注の新設)</p> | <p>J 0 9 5 耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)</p> <p>注2 点耳、簡単な耳垢栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p> |

J 0 9 6 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）
（点数の見直し）

1 カテーテルによる耳管通気法（片側）

2 7 点

3 0 点

2 ポリツェル球による耳管通気法

1 8 点

2 0 点

J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）
（名称の見直し）
（注の新設）

J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）

注 3 鼻洗浄については、第 1 章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

J 1 0 2 上顎洞穿刺（片側）
（点数の見直し）

5 0 点

6 0 点

J 1 0 5 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）
（点数の見直し）

1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合

5 0 点

5 5 点

2 1 以外の場合

J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）

（点数の見直し）

（整形外科的処置）

J 1 1 6 関節穿刺（片側）

（点数の見直し）

J 1 1 8 介達牽引（1日につき）

（削除）

注2 同一の患者につき同一月において、介達牽引及び消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）について併せて5回以上行った場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

20点

25点

100点

1 片側
2 両側

100点

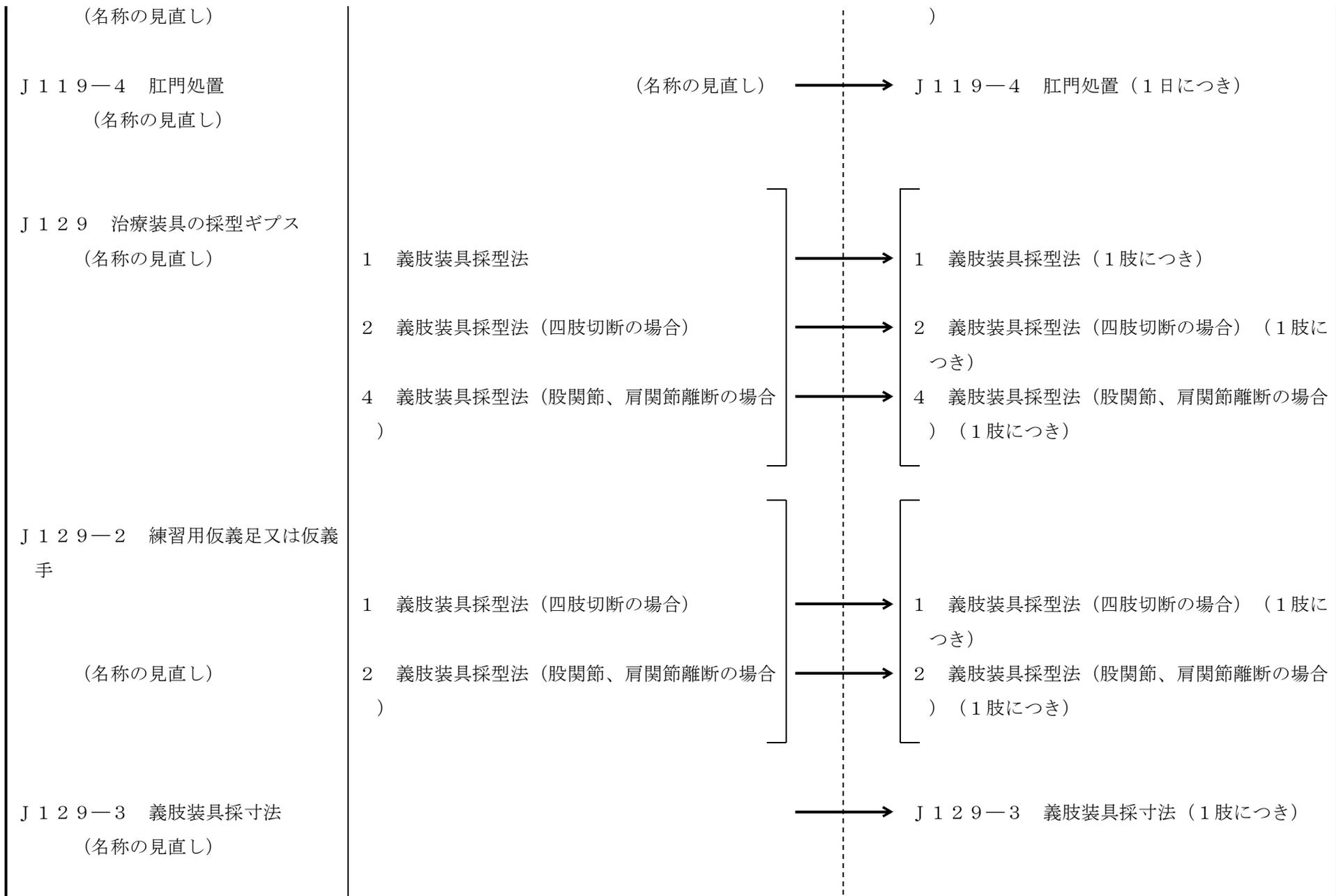
150点

80点

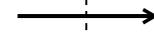
100点

（削除）

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| J 1 1 8—2 矯正固定 (名称の見直し) | (名称の見直し) | → | J 1 1 8—2 矯正固定 (1日につき) |
| J 1 1 8—3 変形機械矯正術 (名称の見直し) | (名称の見直し) | → | J 1 1 8—3 変形機械矯正術 (1日につき) |
| J 1 1 9 消炎鎮痛等処置 (1日につき) (項目の見直し) | 3 湿布処置 イ 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部 以上にわたる範囲のもの 3 5 点 ロ その他のもの 2 4 点 注3 3については、診療所において、入院中の 患者以外の患者についてのみ算定できる。 | → | 3 湿布処置 3 5 点 (削除) 注3 3については、診療所において、入院中の 患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部 、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の 湿布処置が行われた場合に算定できる。 |
| (削除) | | | |
| (注の変更) | | | |
| J 1 1 9—2 腰部又は胸部固定帯固 定 (名称の見直し) | (名称の見直し) | → | J 1 1 9—2 腰部又は胸部固定帯固定 (1日につ き) |
| J 1 1 9—3 低出力レーザー照射 | (名称の見直し) | → | J 1 1 9—3 低出力レーザー照射 (1日につき) |



J 1 2 9—4 治療器具採型法
(名称の見直し)



J 1 2 9—4 治療器具採型法 (1肢につき)

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|---|
| <p>第2章第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>(通則の変更)</p> | <p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K514-4、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K768及びK843-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> | <p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> |

(通則の変更)

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K8

(通則の変更)

を除く。)、K 8 8 9並びにK 8 9 0—2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K 1 3 2、K 1 3 8、K 1 4 5、K 1 4 7、K 1 4 9、K 1 5 0、K 1 5 1—2、K 1 5 4からK 1 5 5まで、K 1 6 3からK 1 6 4—2まで、K 1 6 6、K 1 6 9、K 1 7 2からK 1 7 4まで、K 1 7 8、K 1 8 0、K 1 9 1、K 1 9 2、K 2 3 9、K 2 4 1、K 2 4 3、K 2 4 5、K 2 5 9、K 2 6 1、K 2 6 8、K 2 6 9、K 2 7 5からK 2 8 2まで、K 3 4 6、K 3 8 6、K 3 9 3の1、K 3 9 7、K 3 9 8の2、K 4 2 5からK 4 2 6—2まで、K 5 1 1の3、K 5 1 9、K 5 2 8、K 5 3 5、K 5 5 4からK 5 5 8まで、K 5 6 2からK 5 7 2まで、K 5 7 3の2からK 5 8 7まで、K 5 8 9からK 5 9 1まで、K 6 0 1、K 6 1 0の1、K 6 3 3の4、K 6 3 6、K 6 3 9、K 6 4 4、K 6 6 4、K 6 6 6、K 6 7 4、K 6 8 4、K 7 1 6の1、K 7 2 6、K 7 2 9、K 7 3 4、K 7 5 1の1及び2、K 7 5 1—2

5 0、K 8 5 7、K 8 5 9 (1を除く。)、K 8 8 9並びにK 8 9 0—2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K 1 3 2、K 1 3 8、K 1 4 5、K 1 4 7、K 1 4 9、K 1 5 0、K 1 5 1—2、K 1 5 4からK 1 5 5まで、K 1 6 3からK 1 6 4—2まで、K 1 6 6、K 1 6 9、K 1 7 2からK 1 7 4まで、K 1 7 8、K 1 8 0、K 1 9 1、K 1 9 2、K 2 3 9、K 2 4 1、K 2 4 3、K 2 4 5、K 2 5 9、K 2 6 1、K 2 6 8、K 2 6 9、K 2 7 5からK 2 8 2まで、K 3 4 6、K 3 8 6、K 3 9 3の1、K 3 9 7、K 3 9 8の2、K 4 2 5からK 4 2 6—2まで、K 5 1 1の3、K 5 1 9、K 5 2 8、K 5 3 5、K 5 5 4からK 5 5 8まで、K 5 6 2からK 5 7 2まで、K 5 7 3の2からK 5 8 7まで、K 5 8 9からK 5 9 1まで、K 6 0 1、K 6 1 0の1、K 6 3 3の4、K 6 3 6、K 6 3 9、K 6 4 4、K 6 6 4、K 6 6 6、K 6 7 4、K 6 8 4、K 7 1 6の1、K 7 2 6、K 7 2 9、K 7 3 4、K 7 5 1の1及び2、K 7 5 1—2

(通則の変更)

、K 7 7 5 並びに K 8 0 5 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 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 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。

11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1 0 0 点を加算する。

、K 7 7 5、K 8 0 5 並びに K 9 1 3 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 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 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。

11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、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、区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1, 0 0 0 点を加算する。

第 1 節 手術料

第 1 款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| K006-2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部) (名称の見直し) | K006-2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部) | → | K006-2 鶏眼・胼胝切除術 (露出部で縫合を伴うもの) |
| K006-3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外) (名称の見直し) | K006-3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外) | → | K006-3 鶏眼・胼胝切除術 (露出部以外で縫合を伴うもの) |
| K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の見直し) (項目の新設) | K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の新設) | → | K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき) |
| | 1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2, 050点 | → | 1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1, 280点 |
| | 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3, 230点 | → | 2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2, 050点 |
| | 3 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点 | → | 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点 |
| | | → | 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点 |
| K007 皮膚悪性腫瘍切除術 | 1 広汎切除 | | |

| | | | | |
|---------------|--------------------------------|---------|---|---|
| (点数の見直し) | | 16,500点 | → | 18,000点 |
| | 2 単純切除 | | | |
| (点数の見直し) | | 9,400点 | → | 11,000点 |
| (形成) | | | | |
| K013 全層、分層植皮術 | K013 全層、分層植皮術 | | → | K013 分層植皮術 |
| (項目の見直し) | | | | |
| (点数の見直し) | 1 25平方センチメートル未満 | 5,880点 | → | 5,000点 |
| | 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 | 8,000点 | → | 6,000点 |
| | 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 | 14,400点 | → | 9,000点 |
| | 4 200平方センチメートル以上 | 20,600点 | → | 13,000点 |
| (項目の新設) | (新設) | | → | K013-2 全層植皮術 |
| | | | | 1 25平方センチメートル未満 10,000点 |
| | | | | 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点 |
| | | | | 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点 |
| | | | | 4 200平方センチメートル以上 |

K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）
（点数の見直し）

K020 自家遊離複合組織移植術
（顕微鏡下血管柄付きのもの）
（点数の見直し）

（項目の新設）

第2款 筋骨格系・四肢・体幹
（四肢骨）

40,000点 → 43,000点

46,200点 → 49,200点

（新設）

30,000点
注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、
頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹
部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を
算定する。

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）
5,000点
注 開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術
が行われた後に本区分が行われた場合に限り算
定する。

K048 骨内異物（挿入物）除去術
（項目の見直し）

（項目の新設）

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

（点数の見直し）

（項目の見直し）

（項目の新設）

（注の新設）

1 肩甲骨、上腕、大腿

（新設）

1 自家骨移植

2 同種骨移植

9, 160点

7, 920点

（新設）

（新設）

1 頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿

K052-3 多発性骨腫摘出術

1 肩甲骨、上腕、大腿

10, 300点

2 前腕、下腿

7, 210点

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他

3, 340点

8, 300点

2 同種骨移植（生体）

9, 100点

3 同種骨移植（非生体）

9, 900点

注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所
定点数に含まれる。

(四肢関節、靭帯)

K061 関節脱臼非観血的整復術

(点数の見直し)

(脊柱、骨盤)

3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障

600点 → 800点

K131 椎弓切除術

(注の変更)

注 3以上の椎弓について手術を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

K131-2 内視鏡下椎弓切除術

(注の変更)

注 3以上の椎弓について手術を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

K132 椎弓形成手術

(注の変更)

注 3以上の椎弓について手術を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に9,550点を加算する。ただし、加算点数は38,200点を限度とする。

注 2椎弓以上について形成を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に9,550点を加算する。ただし、加算点数は38,200点を限度とする。

(頭蓋、脳)

K 1 4 9 減圧開頭術

(項目の見直し)

(点数の見直し)

K 1 4 9 減圧開頭術

1 4, 2 0 0 点

1 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合

2 1, 3 0 0 点

2 その他の場合

1 4, 2 0 0 点

K 1 6 0—2 頭蓋内微小血管減圧術

(点数の見直し)

2 3, 0 0 0 点

2 5, 3 0 0 点

(項目の新設)

(新設)

K 1 6 4—4 定位的脳内血腫除去術

1 2, 2 0 0 点

K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術

(点数の見直し)

5 0, 7 0 0 点

5 5, 8 0 0 点

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

1 1箇所

(点数の見直し)

7 0, 5 0 0 点

7 2, 0 0 0 点

2 2箇所以上

(点数の見直し)

8 4, 1 0 0 点

8 5, 6 0 0 点

K 1 8 0 頭蓋骨形成手術

- 1 頭蓋骨のみのもの
- 2 硬膜形成を伴うもの

9, 730点
14, 000点
(新設)

3 骨移動を伴うもの

21, 000点

注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

(項目の新設)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K 1 9 1 脊髄腫瘍摘出術

- 1 髄外のもの

33, 300点 → 36, 700点

(点数の見直し)

第4款 眼

(角膜、強膜)

K 2 5 9 角膜移植術

(点数の見直し)

30, 600点 → 39, 800点

(ぶどう膜)

K 2 6 8 緑内障手術

| | | | | |
|----------------------------|---------------|----------|----------|----------|
| (項目の見直し) | 2 流出路再建術、濾過手術 | 14, 200点 | 2 流出路再建術 | 14, 200点 |
| (項目の新設) | | (新設) | 3 濾過手術 | 21, 000点 |
| 第5款 耳鼻咽喉 (外耳) | | | | |
| K287 先天性耳瘻管摘出術 (点数の見直し) | | 2, 550点 | 3, 000点 | |
| (副鼻腔) | | | | |
| K351 上顎洞血瘤腫手術 (点数の見直し) | | 7, 520点 | 8, 000点 | |
| (咽頭、扁桃) | | | | |
| K369 咽頭異物摘出術 (点数の見直し) | 2 複雑なもの | 1, 360点 | 2, 100点 | |
| K370 アデノイド切除術 (点数の見直し) | | 1, 430点 | 1, 600点 | |
| K377 口蓋扁桃手術 (点数の見直し) | 2 摘出 | 3, 300点 | 3, 600点 | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|------|---|----------------------------------|--------------|
| (項目の新設) | | (新設) | → | K 3 8 4—2 深頸部膿瘍切開術 | 4, 0 0 0 点 |
| 第 6 款 顔面・口腔・頸部 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) | | | | | |
| K 4 0 4 抜歯手術 (1 歯につき) | | | | | |
| 1 乳歯 (点数の見直し) | 1 | 乳歯 | → | 1 2 0 点 → 1 3 0 点 | |
| 4 難抜歯 (点数の見直し) | 4 | 難抜歯 | → | 4 6 0 点 → 4 7 0 点 | |
| 5 埋伏歯 (点数の見直し) | 5 | 埋伏歯 | → | 1, 0 0 0 点 → 1, 0 5 0 点 | |
| (顔面骨、顎関節) | | | | | |
| K 4 4 3 上顎骨形成術 (項目の新設) | | | → | (新設) 3 骨移動を伴う場合 | 3 2, 4 0 0 点 |
| | | | | 注 3 については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。 | |
| K 4 4 4 下顎骨形成術 | | | | | |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| | <p>1 おとがい形成の場合 4,990点</p> | |
| (注の移動) | <p>2 短縮又は伸長の場合 13,200点</p> <p>注 両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。</p> | <p>(注の削除)</p> |
| (項目の新設) | <p>3 再建の場合 18,500点 (新設)</p> | <p>4 骨移動を伴う場合 27,800点</p> <p>注1 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。</p> <p>注2 4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。</p> |
| (唾液腺) | | |
| K455 顎下腺悪性腫瘍手術 (点数の見直し) | 17,600点 | 20,000点 |
| (甲状腺、上皮小体) | | |
| K461 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 | | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|---------|---|--|
| (点数の見直し) | 1 片葉のみの場合 | 6, 320点 | → | 7, 500点 |
| (点数の見直し) | 2 両葉の場合 | 7, 710点 | → | 9, 000点 |
| K 4 6 4 上皮小体腺腫過形成手術 1 上皮小体摘出術 | K 4 6 4 上皮小体腺腫過形成手術 1 上皮小体摘出術 | | → | K 4 6 4 副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 1 副甲状腺（上皮小体）摘出術 |
| 2 上皮小体全摘術（一部筋肉移植） (名称の見直し) | 2 上皮小体全摘術（一部筋肉移植） | | → | 2 副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植） |
| (甲状腺、上皮小体) | | | | |
| K 4 6 5 上皮小体悪性腫瘍手術（広汎） (名称の見直し) | K 4 6 5 上皮小体悪性腫瘍手術（広汎） | | → | K 4 6 5 副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎） |
| 第7款 胸部 (乳腺) | | | | |
| K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術（内視鏡下によるものを含む。） (名称の見直し) | K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術（内視鏡下によるものを含む。） | | → | K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 |
| K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術 | | | | |

| | | | | |
|------------------------|---|---------|---|--------------|
| (点数の見直し) | 1 単純乳房切除術（乳腺全摘術） | 10,400点 | → | 11,400点 |
| (点数の見直し) | 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 16,000点 | → | 17,000点 |
| (点数の見直し) | 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 19,000点 | → | 20,000点 |
| (点数の見直し) | 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。）） | 26,600点 | → | 27,600点 |
| (点数の見直し) | 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 | 27,100点 | → | 29,100点 |
| (点数の見直し) | 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 | 22,100点 | → | 24,100点 |
| (点数の見直し) | 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） | 33,000点 | → | 34,000点 |
| (胸壁) | | | | |
| K487 漏斗胸手術 (名称の見直し) | 1 胸骨挙上法 | | → | 1 胸骨挙上法によるもの |
| | 2 胸骨翻転法 | | | 2 胸骨翻転法によるもの |

| | | | |
|----------------------|--------|--|---------|
| (項目の新設) | (新設) | 3 胸腔鏡によるもの | 30,200点 |
| (気管支、肺) | | | |
| K508-2 気管・気管支ステント留置術 | | | |
| (点数の見直し) | 6,470点 | 7,200点 | |
| (項目の新設) | (新設) | K509-2 気管支肺胞洗浄術 | 4,800点 |
| | | 注 成人の肺胞蛋白症に対して治療の目的に行われた場合に限り算定する。 | |
| K514 肺悪性腫瘍手術 | | | |
| (項目の見直し) | (新設) | 4 胸膜肺全摘 | 58,000点 |
| | | 注 4については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して行われた場合に限り算定する。 | |
| (項目の新設) | (新設) | K514-5 移植用部分肺採取術(生体) | 41,000点 |

注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所
定点数に含まれる。

(項目の新設)

(新設)

K 5 1 4—6 生体部分肺移植術

6 6, 7 0 0 点

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

2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、
所定点数に含まれる。

(食道)

K 5 2 2 食道狭窄拡張術

(点数の見直し)

1 内視鏡によるもの

5, 5 7 0 点

6, 2 0 0 点

K 5 2 2—2 食道ステント留置術

(点数の見直し)

5, 5 7 0 点

6, 2 0 0 点

K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視
鏡的粘膜切除術

(項目の見直し)

K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切
除術

6, 8 0 0 点

K 5 2 6—2 内視鏡的食道粘膜切除術

1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------|
| (項目の新設) | (新設) | 2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 | 6,800点 17,000点 |
| K529 食道悪性腫瘍手術（消化管 再建手術を併施するもの） (点数の見直し) | 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの（胸腔鏡 下によるものを含む。） 73,500点 | 88,200点 | |
| | 2 胸部、腹部の操作によるもの 64,600点 | 77,600点 | |
| | 3 腹部の操作によるもの 51,000点 | 61,200点 | |
| (注の変更) | 注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5,0 00点を加算する。 | 注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,0 00点を加算する。 | |
| 第8款 心・脈管 (心、心膜、肺動静脈、冠血管等) | | | |
| K555 弁置換術 (点数の見直し) | 2 2弁のもの 71,500点 | 80,500点 | |

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|---------|---|------------------------------|
| (点数の見直し) | 3 3弁のもの | 84,500点 | → | 93,500点 |
| K560 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） | | | | |
| (点数の見直し) | 2 上行大動脈（その他のもの） | 75,300点 | → | 84,300点 |
| K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 | | | | |
| (点数の見直し) | | 19,900点 | → | 20,900点 |
| K597 ペースメーカー移植術 | | | | |
| (点数の見直し) | 2 経静脈電極の場合 | 6,730点 | → | 6,830点 |
| K597-2 ペースメーカー交換術 | | | | |
| (点数の見直し) | | 2,200点 | → | 3,200点 |
| K598-2 両心室ペースメーカー交換術 | | | | |
| (点数の見直し) | | 2,200点 | → | 3,200点 |
| (項目の新設) | | (新設) | → | K599-3 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術 |

(項目の新設)

(動脈)

K 6 0 9 動脈血栓内膜摘出術

(点数の見直し)

(項目の新設)

2 内頸動脈

(新設)

17,700点

(新設)

14,000点
注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。

K 5 9 9-4 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術
3,200点
注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。

19,500点

K 6 0 9-2 経皮的頸動脈ステント留置術
22,100点
注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
2 内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。

K 6 1 1 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

(点数の見直し)

1 開腹して設置した場合

1 1, 8 0 0 点 → 1 3, 8 0 0 点

2 四肢に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 5 0 0 点 → 1 2, 5 0 0 点

3 頭頸部その他に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 8 0 0 点 → 1 2, 8 0 0 点

第9款 腹部

(腹壁、ヘルニア)

K 6 3 3 ヘルニア手術

(点数の見直し)

2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開

5, 9 7 0 点 → 6, 2 0 0 点

(点数の見直し)

5 鼠径ヘルニア

5, 5 3 0 点 → 6, 0 0 0 点

K 6 3 9 急性汎発性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

K 6 3 9—2 結核性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

(胃、十二指腸)

K 6 5 5 胃切除術

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 5—2 腹腔鏡下胃切除術
(注の見直し)

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

(項目の新設)

(新設)

K 6 5 5—4 噴門側胃切除術

1 単純切除術

3 0, 9 0 0点

2 悪性腫瘍切除術

5 5, 1 0 0点

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 7 胃全摘術

(注の見直し)

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 7—2 腹腔鏡下胃全摘術

| | | | |
|---|---------------------------------|---------|--|
| (注の見直し) | 注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。 | → | 注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。 |
| (肝) | | | |
| K 6 9 1 肝膿瘍切開術 | 1 開腹によるもの | 9,960点 | → 11,000点 |
| (項目の新設) | | (新設) | → K 6 9 1-2 経皮的肝膿瘍ドレナージ 10,800点 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。 |
| K 6 9 5 肝切除術 (点数の見直し) | 5 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合 | 71,700点 | → 80,700点 |
| K 6 9 7-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として) (点数の見直し) | | 13,600点 | → 15,000点 |
| K 6 9 7-5 生体部分肝移植 | K 6 9 7-5 生体部分肝移植 | → | K 6 9 7-5 生体部分肝移植術 |

(名称の見直し)

(膵)

K 7 0 3 膵頭部腫瘍切除術

(点数の見直し)

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

6 9, 5 0 0 点 → 7 2, 5 0 0 点

4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合

7 2, 9 0 0 点 → 7 8, 9 0 0 点

(点数の見直し)

(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)

K 7 1 8 虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8 虫垂切除術

6, 2 1 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

6, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

8, 8 8 0 点

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

1 8, 0 0 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

8, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

1 0, 8 8 0 点

K 7 1 9 結腸切除術
(点数の見直し)

1 小範囲切除

1 3, 7 0 0 点

1 7, 9 0 0 点

2 結腸半側切除

1 9, 7 0 0 点

2 5, 7 0 0 点

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術
(項目の見直し)

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術

3 5, 7 0 0 点

(新設)

1 小範囲切除、結腸半側切除

3 5, 7 0 0 点

2 全切除、亜全切除

4 1, 7 0 0 点

(直腸)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術
(項目の見直し)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術

4 2, 1 0 0 点

(新設)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1 切除術

4 2, 1 0 0 点

2 低位前方切除術

5 3, 4 0 0 点

3 切断術

6 0, 0 0 0 点

(名称の変更)

(新設)

(削除)

K 7 4 0—3 腹腔鏡下直腸低位前方切除術

(削除)

53,400点

(肛門、その周辺)

K743 痔核手術(脱肛を含む。)

(項目の見直し)

(新設)

→ 5 PPH

6,390点

第10款 尿路系・副腎

(副腎)

(項目の新設)

(新設)

→ K754-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
36,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K769-3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
33,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K772-3 腹腔鏡下小切開腎摘出術
37,100点

(項目の新設)

(新設)

→ K773-3 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
47,300点

| | | |
|--|---|---|
| <p>(項目の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>K 7 7 9—3 腹腔鏡下移植用腎採取術 (生体) 3 8, 6 0 0 点 注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。</p> |
| <p>K 7 8 0 同種腎移植術 (名称の変更) (注の削除)</p> | <p>K 7 8 0 同種腎移植術 7 4, 8 0 0 点 注 1 生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出の ために要した提供者の療養上の費用として、 この表に掲げる所定点数により算定した点数 を加算する。 2 死体腎 (臓器の移植に関する法律 (平成 9 年法律第 1 0 4 号) に規定する脳死した者の 身体から採取された腎を除く。) を移植した 場合は、移植腎の提供のために要する費用と して、4 0, 0 0 0 点を加算する。</p> | <p>K 7 8 0 同種死体腎移植術 (削除) 注 1 臓器の移植に関する法律 (平成 9 年法律第 1 0 4 号) に規定する脳死した者の身体から 採取された腎を除く死体腎を移植した場合は 、移植腎の提供のために要する費用として、 4 0, 0 0 0 点を加算する。</p> |
| <p>(項目の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>K 7 8 0—2 生体腎移植術 4 0, 0 0 0 点 注 1 生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出の ために要した提供者の療養上の費用として、 この表に掲げる所定点数により算定した点数</p> |

第11款 男子性器
(精囊、前立腺)

(項目の新設)

(項目の新設)

第12款 女子性器
(子宮附属器)

K888 子宮附属器腫瘍摘出術(両側)
(点数の見直し)

第13款 脳死臓器提供管理料

2 腹腔鏡によるもの

18,600点

第13款 脳死臓器提供管理料

を加算する。

2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

(新設)

K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法
(一連につき)

5,000点

(新設)

K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

50,300点

19,600点

第13款 臓器提供管理料

| | | | |
|---------------------|---|--------------|--|
| (名称の見直し) | | | |
| (項目の新設) | | (新設) | K 9 1 5 生体臓器提供管理料 5, 0 0 0 点 |
| K 9 2 2 骨髄移植 | | | |
| (点数の見直し) | 1 同種移植 | 4 7, 6 0 0 点 | 5 7, 2 0 0 点 |
| | 3 同種末梢血幹細胞移植 | 5 3, 0 0 0 点 | 5 5, 0 0 0 点 |
| 第2節 輸血料 | | | |
| K 9 2 2—2 臍帯血移植 | | | |
| (点数の見直し) | | 3 6, 9 0 0 点 | 4 4, 3 0 0 点 |
| 第3節 手術医療機器等加算 | | | |
| K 9 3 1 超音波凝固切開装置加算 | K 9 3 1 超音波凝固切開装置加算 | 2, 0 0 0 点 | K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算 |
| (名称の見直し) | | | 3, 0 0 0 点 |
| (点数の見直し) | 注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置を使用した場合に算定する。 | | 注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。 |

K 9 3 6 自動縫合器加算

(注の変更)

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

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

K 9 3 6—2 自動吻合器加算

(注の変更)

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

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

(項目の新設)

(新設)

K 9 3 9 画像等手術支援加算
1 ナビゲーションによるもの

2, 0 0 0 点

注 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

注 区分番号K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|---|
| <p>第 2 章 第 1 1 部 麻 酔</p> | | |
| <p>L 0 0 1 静脈麻酔、筋肉注射による 全身麻酔、注腸による麻酔 (名称の見直し)</p> <p>(新設)</p> | <p>(名称の見直し) →</p> <p>1 2 0 点</p> <p>(新設) →</p> | <p>L 0 0 1 筋肉注射による全身麻酔、注腸による 麻酔</p> <p>L 0 0 1 - 2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 1 2 0 点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの 6 0 0 点</p> |
| <p>L 0 0 5 上・下肢伝達麻酔 (点数の見直し)</p> | <p>1 6 0 点 →</p> | <p>1 7 0 点</p> |
| <p>L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (2 時間まで)</p> <p>(名称の見直し)</p> <p>(項目の見直し)</p> | <p>1 別に厚生労働大臣が定める重症の患者に対して行った場合 8, 3 0 0 点</p> | <p>L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号 K 5 5 2 - 2 に掲げる冠動脈若しくは大動</p> |

2 1 以外の場合 6, 100点

脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24, 900点

ロ イ以外の場合 18, 300点

2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものであって低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16, 600点

ロ イ以外の場合 12, 200点

3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12, 450点

ロ イ以外の場合 9, 150点

(注の変更)

注1 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、600点を加算する。

2 腹腔鏡下手術又は側臥位における手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術（人工心肺を用いる場合及び区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を除く。）又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し

4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9, 130点

ロ イ以外の場合 6, 710点

5 その他の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8, 300点

ロ イ以外の場合 6, 100点

注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。

注2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

1, 800点

ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施

、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行う場合を除く。）の場合又は区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）の場合（低体温で行う場合を除く。）は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行う場合又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。

3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

時間が2時間を超えた場合

1, 200点

ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

900点

ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

660点

ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

600点

注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 頸・胸部

750点

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|----------|--|
| | | | ロ 腰部 400点 ハ 仙骨部 170点 |
| (注の新設) | | (新設) | 注5 注4について、全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注4の各号に掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。 |
| L008-2 低体温療法（1日につき） | | 12, 200点 | |
| (注の新設) | | (新設) | 注 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。 |
| L009 麻酔管理料 | | | |
| (点数の見直し) | 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 | 130点 | 200点 |
| (点数の見直し) | 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 | 750点 | 900点 |
| (注の新設) | | (新設) | 注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、所定点数に700点を加算する。 |

第2節 神経ブロック料

区分

L100 神経ブロック（局所麻酔剤
又はボツリヌス毒素使用）

1 トータルスピナルブロック、三叉神経半月
神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、
腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロッ
ク、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブ
ロック、上下腹神経叢ブロック

1,500点

2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神
経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経
節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点

3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経
ブロック、ヒッチコック療法

570点

(項目の見直し)

(新設)

4 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック
、顔面神経ブロック

340点

1

2

3

4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療
目的でボツリヌス毒素を用いた場合

400点

5

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------|
| <p>L104 トリガーポイント注射 (点数の見直し)</p> | <p>5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック</p> <p style="text-align: right;">170点</p> <p>6 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック</p> <p style="text-align: right;">90点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> | <p style="text-align: center;">-----</p> | <p>6</p> <p>7</p> <p>注</p> |
| | 50点 | → | 80点 |

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|--|
| <p>第 2 章第 1 2 部 放射線治療</p> <p>放射線治療料</p> <p>M 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(名称の変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>M 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(新設)</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射 又は組織内照射による治療を行った場合に、 患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> <p>注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p> | <p>M 0 0 0 放射線治療管理料 (分布図の作成 1 回 につき)</p> <p>4 強度変調放射線治療 (IMRT) による体外 照射を行った場合 5, 0 0 0 点</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、区分番号 M 0 0 1 に 掲げる体外照射、区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲 げる外部照射、区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲 げる腔内照射又は区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲 げる組織内照射による治療を行った場合に、分 布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回 に限り算定する。</p> <p>注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p> |

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|--------|---|---|--------|
| | イ 1回目 | 700点 | | イ 1回目 | 500点 |
| | ロ 2回目 | 210点 | | ロ 2回目 | 150点 |
| (項目の新設) | | (新設) | → | 4 強度変調放射線治療 (IMRT) | |
| | | | | イ 1回目 | 3,000点 |
| | | | | ロ 2回目 | 1,000点 |
| (注の新設) | | (新設) | → | 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。 | |
| M004 密封小線源治療 (一連につき) | | | | | |
| (名称の見直し) | 2 腔内照射 | | | | |
| | イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 | 3,000点 | → | イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 | 3,000点 |
| (項目の新設) | | (新設) | → | ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 | 1,000点 |
| | ロ その他の場合 | 1,500点 | | ハ その他の場合 | 1,500点 |

(項目の見直し)

3 組織内照射

ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7,500点



ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新
型コバルト小線源治療装置を用いた場合

7,500点

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|-------------|--|
| <p>第 2 章 第 1 3 部 病理診断</p> <p>(部の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>第 1 3 部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>1 病理診断の費用は、第 1 節及び第 2 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第 1 節及び第 2 節並びに第 3 部第 4 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第 3 部第 5 節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、</p> |

前2号により算定した点数及び第3部第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊な病理診断の病理標本作製料又は病理診断・判断料は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。

5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。

第1節 病理標本作製料

1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。

2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）
880点

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器

につき)

2, 000点

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | エストロゲンレセプター | 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 | その他（1臓器につき） | 350点 |

注 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、主たる病理組織標本作製の所定点数に180点を加算する。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

1, 990点

注 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行った場合に限り、当該患者について算定する。

N004 細胞診（1部位につき）

| | |
|---------|------|
| 1 婦人科材料 | 150点 |
| 2 その他 | 190点 |

N005 HER2遺伝子標本作製
2,500点

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料 410点

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組

織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

N007 病理判断料 146点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|--|--|
| <p>第3章 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料</p> <p>(通則の見直し)</p> | <p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養又は医療の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p> | <p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p> |
| <p>第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項</p> <p>(名称の変更)</p> | <p>併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項</p> | <p>併設保険医療機関の療養に関する事項</p> |
| <p>(新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>1 緊急時施設治療管理料 500点</p> <p>注 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成1</p> |

1年厚生省令第40号)附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設(以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。)に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

3 その他の診療料

(通則の見直し)

併設保険医療機関に係る施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

(項目の見直し)

ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料(別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬

ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料(別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| | を投与した場合における当該投薬に係る費用を除く。) | | に係る費用を除く。) |
| (項目の見直し) | ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。) | → | ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。) |
| 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項 | | | 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 |
| (名称の変更) | 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項 | → | 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 |
| 4 その他の診療料 | | | |
| (項目の見直し) | ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(地域連携退院時共同指導料、診療情報提供料(I)(注4に掲げる場合に限る。))及び診 | → | ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(退院時共同指導料(I)、診療情報提供料(I)(注4に掲げる場合に限る。))及び診療情報 |

| | | | |
|----------|--|---|---|
| | 療情報提供料(Ⅱ)を除く。) | | 提供料(Ⅱ)を除く。) |
| (項目の見直し) | ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬を投与した場合における当該投薬に係る費用を除く。) | → | ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。) |
| (項目の見直し) | へ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。) | → | へ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。) |

| 項 目 | 改 正 案 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------|-------|-------|-------------------------------------|--------|-------------------------------|------------------------|---|--|---|------|
| <p>第 4 章 経過措置</p> | <p>第 1 章の規定にかかわらず、次の表の第 1 欄に掲げる診療料は、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同表の第 2 欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第 3 欄に掲げる患者について、同表の第 4 欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。</p> <table border="1" data-bbox="763 635 1966 1082"> <thead> <tr> <th data-bbox="763 635 1066 683">第 1 欄</th> <th data-bbox="1066 635 1364 683">第 2 欄</th> <th data-bbox="1364 635 1664 683">第 3 欄</th> <th data-bbox="1664 635 1966 683">第 4 欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="763 683 1066 834">区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算</td> <td data-bbox="1066 683 1364 834">保険医療機関</td> <td data-bbox="1364 683 1664 834">第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者</td> <td data-bbox="1664 683 1966 834">平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間</td> </tr> <tr> <td data-bbox="763 834 1066 1082">区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料</td> <td data-bbox="1066 834 1364 1082">医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関</td> <td data-bbox="1364 834 1664 1082">第 1 欄に掲げる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</td> <td data-bbox="1664 834 1966 1082">当分の間</td> </tr> </tbody> </table> | 第 1 欄 | 第 2 欄 | 第 3 欄 | 第 4 欄 | 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算 | 保険医療機関 | 第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者 | 平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間 | 区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料 | 医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関 | 第 1 欄に掲げる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 | 当分の間 |
| 第 1 欄 | 第 2 欄 | 第 3 欄 | 第 4 欄 | | | | | | | | | | |
| 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算 | 保険医療機関 | 第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者 | 平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間 | | | | | | | | | | |
| 区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料 | 医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関 | 第 1 欄に掲げる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 | 当分の間 | | | | | | | | | | |

2 歯科診療報酬点数表

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|--|
| <p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>通則</p> <p>(通則の見直し)</p> <p>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>(点数の見直し)</p> | <p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び老人保健法第 1 7 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料は、1 回として算定する。</p> <p>1 歯科初診料 180 点</p> | <p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び高齢者医療確保法第 6 4 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料は、1 回として算定する。</p> <p>182 点</p> |

(注の新設)

(新設)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。

第2節 再診料

A002 再診料

(点数の見直し)

1 歯科再診料

38点

40点

第2部 入院料等

通則

(通則の見直し)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特

1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合におい

| | | |
|---------------------|--|--|
| | <p>に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> | <p>て、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> |
| <p>(削除)</p> | <p>6 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> | <p>(削除)</p> |
| <p>第2節 入院基本料等加算</p> | <p>1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表第1章第2部第2節の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する</p> | <p>1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の第1章第2部第2節区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16</p> |

| | | | |
|----------|--|---|---|
| | <p>病院をいう。」とあるのは「臨床研修歯科病院（歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。」と読み替えるものとする。</p> | | <p>条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。）」とあるのは「臨床研修歯科病院（歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。）」と読み替えるものとする。</p> |
| (通則の見直し) | <p>2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算の算定要件は、医科点数表の入院基本料等加算の算定要件の例による。</p> | → | <p>2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例による。</p> |
| (新設) | (新設) | → | A205-2 在宅患者緊急入院診療加算 |
| (新設) | (新設) | → | A206-2 医師事務作業補助体制加算 |

(新設)

(新設)

A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算

(新設)

(新設)

A 2 0 8 - 3 超重症児(者)入院診療加算・準
超重症児(者)入院診療加算

(削除)

A 2 1 1 夜間勤務等看護加算

(削除)

(新設)

(新設)

A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

(新設)

(新設)

A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算

(新設)

(新設)

A 2 2 7 退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

(新設)

(新設) → A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

(新設)

(新設) → A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

(注の見直し)

注1 医科点数表の短期滞在手術基本料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、医科点数表の短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の短期滞在手術基本料の例により算定する。

本料を含む。)を現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注1 医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関又は同表の短期滞在手術基本料の注2に規定する保険医療機関において、医科点数表の短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|-------------|
| <p>第 2 章第 1 部 医学管理等</p> <p>(削除)</p> | <p>B 0 0 0 歯科口腔衛生指導料 1 0 0 点</p> <p>注 1 齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者の口腔の状態、心身の状態等について、当該患者又はその家族等に対し、病名、症状、治療内容及び治療期間等に関する治療計画を策定し、その内容について説明を行った上で、文書により情報提供を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。</p> <p>2 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。</p> | <p>(削除)</p> |

- 3 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士がフッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については当該加算を算定しない。
- 4 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、継続的な歯科口腔衛生指導の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については当該加算を算定しない。
- 5 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C

006に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は
区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を
算定している患者に対して行った歯科口腔衛
生指導の費用は、それぞれの所定点数に含ま
れるものとする。

(削除)

B000-3 歯科疾患総合指導料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 歯科疾患総合指導料1 | 130点 |
| 2 | 歯科疾患総合指導料2 | 110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社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関において、区分番号A
000に掲げる初診料を算定した時に、当該
保険医療機関において継続的な管理を希望す
ること等について患者の同意を得て、病名、
症状、治療内容及び治療期間等に関する一連
の治療計画を策定し、口腔内写真等を用いて
、患者に治療計画に基づき総合的な指導を行
った上で、当該指導内容に係る情報を文書に
より提供した場合に1回に限り算定する。

2 当該歯科疾患総合指導料に係る治療計画に
基づく治療の終了の日から起算して3月を経
過するまでの期間は、区分番号A000に掲
げる初診料は算定できない。

(削除)

- 3 説明資料として口腔内写真等を用いた場合、それらの費用は歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 4 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯周疾患の患者に対して機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については当該加算を算定しない。
- 5 注4に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料の注5又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

(新設)

(新設)

B000-4 歯科疾患管理料

- 1 1回目 130点
- 2 2回目以降 110点

注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必

要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提供した場合に、1回に限り算定できる。

2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌以降月1回に限り算定できる。

3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

4 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでは、区分番号A000

に掲げる初診料は算定できない。

5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 C 0 0 1 - 2 に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料及び区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

6 当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月 1 回に限り所定点数に 6 0 点を加算する。ただし、区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

7 齲蝕に罹患している 1 3 歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フ

(削除)

B 0 0 1 歯周疾患指導管理料 1 0 0 点

注1 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な歯科医学的管理を行い、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

2 入院中の患者に対して指導を行った場合、又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の

フッ化物洗口に係るものを除く。)を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

8 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

(削除)

費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院し、又は入院していた場合は、この限りでない。

- 3 区分番号B002に掲げる歯科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。
- 4 同一の患者につき同一月に歯周疾患指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、第1回目の指導を行ったときに算定する。
- 5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については当該加算を算定しない。
- 6 注5に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注4又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

(注の見直し)

算定する。
7 区分番号B 0 0 0 - 3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4 - 8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者に対して行った歯周疾患指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った上で、説明した治療計画及び指導内容を文書により提供した場合に、月2回に限り算定する。

(注の見直し)

4 区分番号B 0 0 0 - 3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4 - 8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料の費用は、それぞれの区分の所定点数に含ま

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

れるものとする。

(新設)

(新設)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

100点

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

(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社会保険事務局長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疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号1009、区分番号1009-2及び区

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社会保険事務局長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疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号1009、区分番号1009-2及び区

分番号I010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002に掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った上で、当該医療管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

分番号I010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

(削除)

B004-7 新製義歯指導料 100点
注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、区分番号M035に掲げる新製義歯調整料の算定に併せて患者に対し新製した義歯の取扱い、保存、清掃等につき必要な指導を行った上で、当該指導の内容に係る情報を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

(削除)

(削除)

B004-8 歯科疾患継続指導料 120点
注1 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注1に規定する治療計画に基づく

(削除)

治療が終了し、区分番号D002-4に掲げる歯科疾患継続管理診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、患者の同意を得て、再診時に指導管理を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。ただし、歯科疾患継続指導料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して6月を経過した場合は、算定できない。

2 歯科疾患継続指導料の算定期間中においては、区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号D002に掲げる歯周組織検査の1の歯周基本検査、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療の1のスクレーリング及び区分番号M036に掲げる有床義歯調整料に係る費用を除き、第2章の特掲診療料に係る費用は当該所定点数に含まれるものとする。

3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯周疾患の患者に対して機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。

4 注3に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合

指導料の注4又は区分番号B001に掲げる
 歯周疾患指導管理料の注5に規定する機械的
 歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月
 を経過した日以降に実施した場合に限り算定
 する。

B007 退院前訪問指導料

(注の見直し)

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者
 の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又
 はその家族等に対して、退院後の療養上の指
 導を行った場合に、当該入院中1回(入院後
 早期に退院前訪問指導の必要があると認めら
 れる場合は、2回)に限り算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者
 の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又
 はその家族等に対して、退院後の在宅での療
 養上の指導を行った場合に、当該入院中1回
 (入院後早期に退院前訪問指導の必要がある
 と認められる場合は、2回)に限り算定す
 る。

B008 薬剤管理指導料

(項目の見直し)

350点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対し
 て行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射
 されている患者に対して行う場合(1に該当す
 る場合を除く。) 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合

(注の見直し)

注1 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たもの入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

(注の見直し)

3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

| | | | |
|--------------------------------------|--|----------|---|
| | <p>よる在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> | | <p>よる在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>5 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付した場合は、所定点数に200点を加算する。</p> | <p>→</p> | <p>5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p> |
| <p>B011-3 薬剤情報提供料</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬</p> | <p>→</p> | <p>2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供</p> |

剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

(新設)

(新設)

B011-4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料
100点

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B013 義歯管理料（1口腔につき）

- 1 新製有床義歯管理料 100点
- 2 有床義歯管理料 70点
- 3 有床義歯長期管理料 60点

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を

(新設)

(新設)

→ B 0 1 4 退院時共同指導料 1

製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する。

2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日から起算して1月から3月までの間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。

4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。

(新設)

(新設)

1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等（社会福祉施設等を含む。）における療養を歯科医療面から支援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社会保険事務局長に届け出たものをいう（以下この表において同じ。）。）の場合

600点

2 1以外の場合

300点

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

B015 退院時共同指導料 2 300点

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を

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

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。

4 区分番号B006に掲げる開放型病院共同

指導料(Ⅲ)は、別に算定できない。

(新設)

(新設)

B 0 1 6 後期高齢者終末期相談支援料

200点

注 保険医療機関の保険医である歯科医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回

(新設)

(新設)

に限り算定する。

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器、材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B018 医療機器安全管理料（一連につき）

1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|--|--|
| <p>第 2 章第 2 部 在宅医療</p> <p>C 0 0 0 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>（注の見直し）</p> | <p>注 1 歯科訪問診療 1 は、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者 1 人に対し、当該居宅又は社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p> | <p>注 1 歯科訪問診療 1 は、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な患者 1 人に対し、当該在宅等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料又は区分番号 A 0 0 2 に掲げる再診料は算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p> |
| <p>（注の見直し）</p> | <p>2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な複数の患者</p> | <p>2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者に</p> |

に対し、個別の患者ごとに、当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療については、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

(注の新設)

(新設)

対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点(1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適應できるような技法を用いた場合は、250点)を所定点数に加算する。

(注の削除)

(削除)

6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、

(注の新設)

看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。ただし、区分番号I081に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。

| | | |
|---|-------|------|
| イ | 1回目 | 232点 |
| ロ | 2回目以降 | 90点 |

C001 訪問歯科衛生指導料

(注の見直し)

注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合

(注の見直し)

腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。

2 「複雑なもの」は、患者と1対1で20分以上行った場合に算定し、「簡単なもの」は、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該訪問衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により情報提供を行った場合に限り算定する。

は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。

2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

(新設)

(新設)

C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点

注1 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾

C 0 0 2 救急搬送診療料

(点数の見直し)

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料は、別に算定できない。

3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

6 5 0 点 → 1, 3 0 0 点

(項目の見直し)

550点

- 1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている患者であつて、通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であつて通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

(注の見直し)

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

(削除)

C 0 0 6 老人訪問口腔指導管理料 4 3 0 点

(削除)

- 注1 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した保険医療機関において、居宅又は介護保険施設（介護保険法第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。）等において療養を行っている通院が困難な患者に対して、訪問して、老人保健法に規定する医療として計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその患者の家族等に対して療養上必要な指導を行った際に、行おうとする歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、必要となる保健福祉サービスその他療養上必要な事項に関する情報を文書により提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から当該退院の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、入院基本料に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院していた場合は、この限りでな

い。

4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定している患者に対して行った老人訪問口腔指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

C007 在宅患者連携指導料 900点

注1 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定できる。

2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)を算定している患者については算定しない。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料
200点

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



| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|-------------|
| <p>第 2 章第 3 部 検 査</p> <p>第 1 節 検査料</p> <p>(削除)</p> | <p>D 0 0 2 - 4 歯科疾患継続管理診断料 1 0 0 点</p> <p>注 1 保険医療機関において、初診の日から起算して 3 月を経過した患者（当該保険医療機関において、区分番号 B 0 0 0 - 3 に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した患者に限る。）に対して、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、検査結果に基づき継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。</p> <p>2 当該所定点数には、検査（区分番号 D 0 0 2 に掲げる歯周組織検査を除く。）及び画像診断の費用が含まれるものとする。</p> <p>3 歯科疾患継続管理診断料を 1 回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日</p> | <p>(削除)</p> |

から起算して1年を経過するまでは再度算定
できない。

(削除)

D005 下顎運動路描記法 (MMG)

300点

(削除)

(削除)

D006 チェックバイト検査

400点

(削除)

(削除)

D007 ゴシックアーチ描記法

500点

(削除)

(削除)

D008 パントグラフ描記法

600点

(削除)

(新設)

(新設)

D009 顎運動関連検査 (1装置につき1回)

380点

注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法 (MMG)、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグ

ラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|-----|---|-----------------|-----|----------|-----|--|----|---|-----|-----|
| <p>第 2 章第 4 部 画像診断</p> <p>通則</p> | <p>4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。</p> | | | | | | | | | | | | |
| (点数の見直し) | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="696 794 1256 826">イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）</td> <td data-bbox="1189 847 1256 879">10点</td> <td data-bbox="1256 758 1361 1013" rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="696 895 1099 927">ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合</td> <td data-bbox="1189 895 1256 927">95点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="696 943 913 975">ハ その他の場合</td> <td data-bbox="1189 943 1256 975">60点</td> </tr> </table> | イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） | 10点 | } | ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 | 95点 | ハ その他の場合 | 60点 | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 847 1503 879">5点</td> <td data-bbox="1435 758 1458 1013" rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 895 1525 927">50点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 943 1525 975">30点</td> </tr> </table> | 5点 | } | 50点 | 30点 |
| イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） | 10点 | } | | | | | | | | | | | |
| ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 | 95点 | | | | | | | | | | | | |
| ハ その他の場合 | 60点 | | | | | | | | | | | | |
| 5点 | } | | | | | | | | | | | | |
| 50点 | | | | | | | | | | | | | |
| 30点 | | | | | | | | | | | | | |
| (通則の新設) | (新設) | <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。</p> | | | | | | | | | | | |

(通則の見直し)

5 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

- イ 歯科エックス線撮影の場合(1回につき) 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

6 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及び区分番号E200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

(通則の見直し)

6 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又はE200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を

7 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又は区分番号E200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、そ

| | | | |
|-----------------------|--|---|--|
| | 送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。 | | の結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。 |
| 第1節 診断料 | | | |
| E000 写真診断 | | | |
| (注の削除) | 注1 1の歯科エックス線撮影について、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。 | → | (削除) |
| (注の見直し) | 2 1の歯科エックス線撮影について、一連の症状を確認するため、同一部位に対し単純撮影を行った場合における第2枚目以後の撮影に係るイ(2)の所定点数及び注1に規定する加算については、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 | → | 注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 |
| 第2節 撮影料 | | | |
| E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織 | | | |

(注の新設)

(新設)

注1 1のイについて、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|---|
| <p>第 2 章 第 5 部 投 薬</p> <p>第 2 節 処方料</p> <p>F 1 0 0 処方料</p> <p>(注の見直し)</p> <p>第 3 節 薬剤料</p> <p>F 2 0 0 薬剤</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>5 診療所又は許可病床数が 2 0 0 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月 2 回に限り、1 処方につき 1 5 点を加算する。</p> <p>注 1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p> | <p>5 診療所又は許可病床数が 2 0 0 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月 2 回に限り、1 処方につき 1 8 点を加算する。</p> <p>注 1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p> |

(注の見直し)

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

- 1 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
 - イ 後発医薬品を含む場合 42点
 - ロ イ以外の場合 40点

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点

(項目の見直し)

- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 70点
 - ロ イ以外の場合 68点

- 2 1以外の場合 68点

(注の見直し)

3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。

3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|-------------|--|
| <p>第 2 章第 6 部 注射</p> <p>通則</p> <p>(通則の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>6 区分番号G002、G003又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入又は点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p> |

第1節 注射料

(通則の新設)

(新設)

通則

注射の費用は、第1款及び第2款の各区分の所
定点数を合算した点数により算定する。

(新設)

(新設)

第1款 注射実施料

G004 点滴注射 (1日につき)

(注の削除)

2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(削除)

(注の削除)

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社会保険事務局長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、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、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、外来化学療法加算として、1日につき400点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）を加算する。

(削除)

G005 中心静脈注射（1日につき）

(注の削除)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

(削除)

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

| | | |
|---|---|---|
| <p>(注の新設)</p> | | <p>(新設) →</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p> |
| <p>G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき)</p> <p>(注の削除)</p> | <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。</p> | <p>(削除) →</p> |
| <p>(新設)</p> | | <p>(新設) →</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p> |
| <p>(新設)</p> | | <p>(新設) →</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p> |

第2節 薬剤料

G100 薬剤

(注の見直し)

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があ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1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

(注の見直し)

2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|--|--|
| <p>第2章第7部 リハビリテーション</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>(項目の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 250点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p> | <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p> |

又は急性増悪から180日以内に限り1日6単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて1日6単位を限度として所定点数を算定することができる。

又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

(注の見直し)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から140日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

(注の新設)

(新設)

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。

(削除)

H000-2 脳血管疾患等リハビリテーション
医学管理料

1 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(I) 440点

2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(II) 260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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回(1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回)に限り算定する。

2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用(当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。)は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

(削除)

H002 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 | 190点 | → | 220点 |
| 2 | 6歳以上18歳未満の患者の場合 | 140点 | | 190点 |
| 3 | 18歳以上の患者の場合 | 100点 | | 150点 |

(注の見直し)

| | | |
|--|---|--|
| 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の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、患者1人につき1日6単位まで算定する。 | → | 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。 |
|--|---|--|

(新設)

| | | |
|------|---|---|
| (新設) | → | H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50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社会保険事務局長に届け |

出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣
が定める患者に対して、集団コミュニケーション
療法である言語聴覚療法を行った場合に、患
者1人につき1日3単位まで算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|--|
| <p>第2章第8部 処置</p> <p>第1節 処置料</p> <p>I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>（項目の見直し）</p> <p>（注の新設）</p> <p>（注の見直し）</p> <p>I 0 0 3 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置</p> | <p>1 直接歯髄覆罩 1 2 0 点</p> <p>2 間接歯髄覆罩 2 5 点</p> <p>（新設）</p> <p>注 特定薬剤の費用を含むものとする。</p> | <p>1 非侵襲性歯髄覆罩 1 5 0 点</p> <p>2 直接歯髄覆罩 1 2 0 点</p> <p>3 間接歯髄覆罩 2 5 点</p> <p>注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号 I 0 0 0 に掲げる齲蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> |

| | | | |
|--------------------------|---|-------------|---|
| <p>(点数の見直し)</p> | <p>108点</p> | <p>→</p> | <p>120点</p> |
| <p>I005 抜髄 (1歯につき)</p> | <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 区分番号I001の1に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、所定点数から120点を減算する。</p> | <p>→</p> | <p>2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p> |
| <p>I008 根管充填 (1歯につき)</p> | <p>(注の見直し)</p> <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、110点、130点又は150点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合はこの限りで</p> | <p>→</p> | <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでな</p> |

| | | | |
|------------------|---|---|---------|
| | ない。 | | い。 |
| I 0 0 9 - 2 創傷処置 | | | |
| (点数の見直し) | 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点 | → | 55点 |
| | 3 500平方センチメートル以上 75点 | | 85点 |
| I 0 1 1 歯周基本治療 | | | |
| (注の削除) | 1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 | | |
| | 注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。 | → | (全体の注へ) |
| (点数の見直し) | 2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき) | | |
| | イ 前歯 60点 | → | 58点 |
| | ロ 小白歯 64点 | | 62点 |
| | ハ 大白歯 70点 | | 68点 |
| | 3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき) | | |

(点数の見直し)

イ 前歯
ロ 小白歯
ハ 大白歯

60点 → 58点
64点 → 62点
70点 → 68点

(注の新設)

(新設)

注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。

(注の見直し)

注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。

2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1については、注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。

(注の新設)

(新設)

3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降は、算定できない。

(新設)

(新設)

I011-2 歯周病安定期治療(1口腔につき)

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点
 - 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点
 - 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点
- 注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、
- 1 口腔につき月1回に限り算定する。
 - 2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回開始月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。
 - 3 歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療に係る費用は算定しない。
 - 4 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の10

0分の30に相当する点数により算定する。

I 0 1 7 - 2 床副子調整（1口腔につき）

（注の削除）

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点

注 新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

I 0 2 1 根管内異物除去（1歯につき）

（点数の見直し）

140点

150点

I 0 2 7 人工呼吸

(点数の見直し)

- 1 30分までの場合 220点
- 2 30分を超えて5時間までの場合
220点に30分又はその端数を増すごと
に50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合(1日につき)
745点

- 1 30分までの場合 242点
- 2 30分を超えて5時間までの場合
242点に30分又はその端数を増すごと
に50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合(1日につき)
819点

第2節 処置医療機器等加算

(削除)

- I 0 8 0 ラバー加算 10点
- 注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。

(削除)

I 0 8 1 周辺装置加算

(注の見直し)

注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損

注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術

補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。

、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|--|
| <p>第 2 章第 9 部 手術</p> <p>通則</p> <p>(通則の見直し)</p> <p>(通則の見直し)</p> | <p>7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8 の 2、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。</p> <p>10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者 (感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B 型肝炎感染患者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所</p> | <p>7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。</p> <p>10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者 (感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B 型肝炎感染患者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号 L 0 0 8 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、医科点数表の区</p> |

定点数に100点を加算する。

分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。

第1節 手術料

J000 抜歯手術（1歯につき）

（点数の見直し）

1 乳歯

120点

130点

（点数の見直し）

4 難抜歯

460点

470点

（注の削除）

注 歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。

（全体の注へ）

（点数の見直し）

5 埋伏歯

1,000点

1,050点

（注の削除）

注1 完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。

（全体の注へ）

(注の新設)

2 下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。

(新設)

注1 4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。
2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。
3 5については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。

J001 ヘミセクション（分割抜歯）

(点数の見直し)

460点

470点

J003 歯根嚢胞摘出手術

(点数の見直し)

- 1 歯冠大のもの
- 2 拇指頭大のもの

770点
1, 300点

800点
1, 350点

J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

（点数の見直し）



（削除）

J 0 0 5 歯肉息肉除去手術

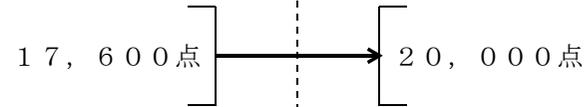
5 4 点

（削除）

注 区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄又は区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置と併せて行った場合に限り算定する。

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

（点数の見直し）



J 0 6 3 歯周外科手術（3分の1顎につき）

（点数の見直し）



1 歯周ポケット搔爬術

2 0 0 点

7 5 点

2 新付着手術

3 0 0 点

1 5 0 点

3 歯肉切除手術

4 0 0 点

3 0 0 点

(注の削除)

4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点

600点

注 歯肉剥離搔爬手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

(削除)

(項目の新設)

(新設)

5 歯周組織再生誘導手術

イ 1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの) 630点

ロ 2次手術(非吸収性膜の除去) 300点

(注の見直し)

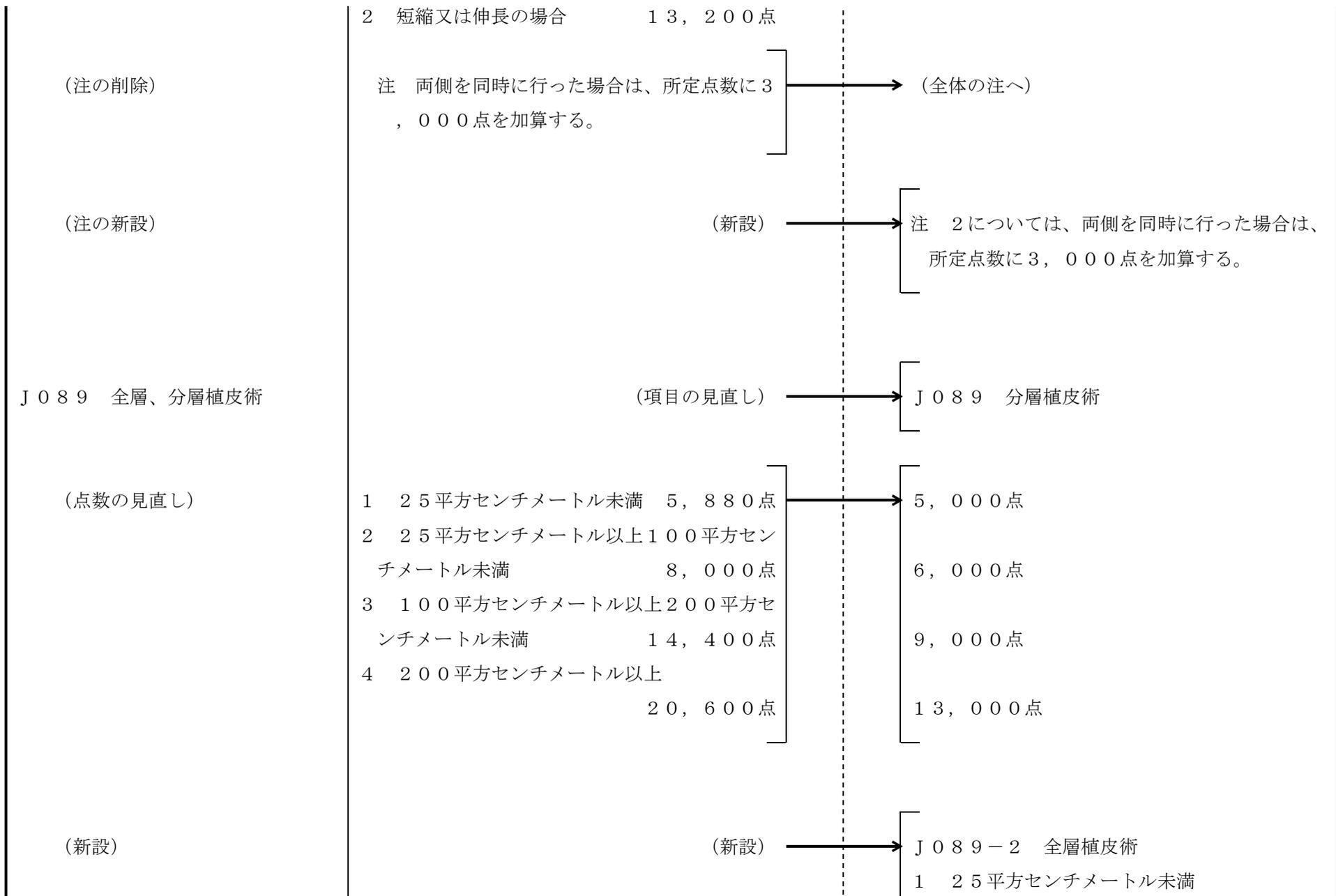
注1 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。
2 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用を含むものとする。

注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

2 5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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。

3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。

| | | |
|--|------------------------------|---|
| <p>J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）</p> | | <p>4 暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> |
| | <p>1 自家骨移植</p> | |
| <p>（点数の見直し）</p> | <p>ロ 困難なもの 9, 1 6 0 点</p> | <p>ロ 困難なもの 8, 3 0 0 点</p> |
| <p>（項目の見直し）</p> | <p>2 同種骨移植 7, 9 2 0 点</p> | <p>2 同種骨移植（生体） 9, 1 0 0 点 3 同種骨移植（非生体） 9, 9 0 0 点</p> |
| <p>（注の新設）</p> | <p>（新設）</p> | <p>注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> |
| <p>J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術</p> <p>（注の見直し）</p> | <p>注 口腔内から組織採取を行った場合を除く。</p> | <p>注 2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。</p> |
| <p>J 0 7 5 下顎骨形成術</p> | | |



10,000点

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点

3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点

4 200平方センチメートル以上 30,000点

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

（点数の見直し）

40,000点 → 43,000点

J096 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

（点数の見直し）

46,200点 → 49,200点

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

(項目の見直し)

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)

(新設)

(新設)

1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍
1, 280点

(項目の見直し)

- 1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍
2, 050点
- 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍
3, 230点
- 3 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点

- 2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍
2, 050点
- 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点
- 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点

第3節 手術医療機器等加算

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

(注の見直し)

注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴(以下この表において「処置等」という。)が必要な場合であって切削器具及びその周辺

注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して

(新設)

装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

(新設)

必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

- 1 ナビゲーションによるもの 2, 0 0 0 点
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの
2, 0 0 0 点

注1 1については、区分番号J 0 8 6、J 0 8 7及びJ 0 8 7 - 2に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J 0 1 9 - 2、J 0 3 8からJ 0 4 0まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 9、J 0 7 0 - 2、J 0 7 5及びJ 0 7 6に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|-------------|--|
| <p>第 2 章 第 1 0 部 麻 酔</p> <p>第 1 節 麻酔料</p> <p>(新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>K 0 0 3 静脈内鎮静法 1 2 0 点</p> <p>注 区分番号 K 0 0 2 に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。</p> |

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|---|
| <p>第 2 章 第 1 1 部 放射線治療</p> <p>放射線治療料</p> <p>L 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(項目の新設)</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>(項目の見直し)</p> <p>(新設)</p> <p>注 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射又は組織内照射による治療を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> | <p>L 0 0 0 放射線治療管理料 (分布図の作成 1 回につき)</p> <p>4 強度変調放射線治療 (IMRT) による体外照射を行った場合 5, 0 0 0 点</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、医科点数表の区分番号 M 0 0 1 に掲げる体外照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲げる外部照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲げる腔内照射又は医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回に限り算定する。</p> |

(注の新設)

L 0 0 1 体外照射

(新設)

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

(点数の見直し)

| | | | | |
|---|-----|------|---|------|
| イ | 1回目 | 700点 | → | 500点 |
| ロ | 2回目 | 210点 | | 150点 |

3 高エネルギー放射線治療

(注の削除)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長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70に相当する点数により算定する。

→ (全体の注へ)

(項目の新設)

(新設) → 4 強度変調放射線治療 (IMRT)

| | | |
|---|-----|--------|
| イ | 1回目 | 3,000点 |
| ロ | 2回目 | 1,000点 |

(注の新設)

(新設) → 注1 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社会保険事務局長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70に相当する点数により算定する。

2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会

保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

（項目の見直し）

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

3,000点

ロ その他の場合

1,500点

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

3,000点

ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

1,000点

ハ その他の場合

1,500点

3 組織内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7,500点

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

7,500点

（項目の見直し）

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|---|
| <p>第 2 章 第 1 2 部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>(通則の見直し)</p> <p>(通則の見直し)</p> | <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029及びM036に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行</p> | <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行</p> |

| | | | |
|---|---|-------------|--|
| | <p>った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物 を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損 補綴の費用は、所定点数の100分の70に相 当する点数により算定する。</p> | | <p>った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリ ッジを含む。以下この表において同じ。）を製 作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯 冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の10 0分の70に相当する点数により算定する。</p> |
| <p>(通則の新設)</p> | | <p>(新設)</p> | <p>8 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の 診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、 特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ 、別に算定できない。</p> |
| <p>第1節 歯冠修復及び欠損補綴料</p> <p>M000 補綴時診断料（1口腔につ き）</p> | | | |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等を 記載した治療計画書を作成し、患者に対し、 その内容について説明を行った上で、文書によ り情報提供を行った場合に算定する。</p> | | <p>注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等につ いて、患者に対し、説明を行った場合に算 定する。</p> |

| | | |
|------------------|---|--|
| | <p>2 同一患者につき補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合においては、第1回目の診断を行ったときに算定する。</p> | <p>2 同一患者につき、補綴時診断料を算定している診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。</p> |
| M001 歯冠形成（1歯につき） | | |
| (注の削除) | <p>1 生活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 300点</p> <p>注 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に490点を加算する。</p> | <p>(全体の注へ)</p> |
| (注の削除) | <p>2 失活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 160点</p> <p>注1 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。</p> <p>2 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。</p> <p>ロ ジャケット冠 160点</p> | <p>(全体の注へ)</p> |

(注の削除)

注 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

(全体の注へ)

3 窩洞形成

(点数の見直し)

- イ 単純なもの
- ロ 複雑なもの

4 4点
6 8点

5 4点
8 0点

(注の新設)

(新設)

- 注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。
- 2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。
- 3 2のイについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。
- 4 2のロについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。
- 5 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関におい

M001-2 齲蝕歯即時充填形成
(1歯につき)

(注の新設)

M002 支台築造 (1歯につき)

(点数の見直し)

(点数の見直し)

1 メタルコア

イ 大白歯

ロ 小白歯及び前歯

2 その他

(新設)

170点

144点

120点

て、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齲蝕歯即時充填形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。

176点

150点

126点

| | | | |
|---------|------------------------------|---|--|
| (注の見直し) | 注1 窩洞形成、印象採得、装着等の費用を含むものとする。 | → | 注1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれるものとする。 |
| (新設) | (新設) | → | M002-2 支台築造印象 (1歯につき) 20点 注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。 |
| (新設) | (新設) | → | M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき) 30点 注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鋳造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。 2 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれるものとする。 |
| M005 装着 | 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ | | |

(注の削除)

- (1) ワンピースキャストブリッジ
(-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 150点

注 仮着を行った場合は、40点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 300点

注 仮着を行った場合は、80点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (2) その他のブリッジ 70点

注 支台装置ごとの装着に係る費用を含むものとする。

(全体の注へ)

(注の新設)

(新設)

注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。
2 2のイの(1)の(□)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。
3 2のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M009 充填（1歯につき）

（点数の見直し）

- 1 単純なもの
- 2 複雑なもの

52点
100点

100点
148点

（注の見直し）

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に1歯につき43点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M010 鑄造歯冠修復（1個につき）

（注の削除）

- 3 5分の4冠（小臼歯）

310点

注 大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
2 3については、大臼歯の生活歯をブリッジ

の支台に用いる場合であっても算定できる。

M011 前装鑄造冠 (1 歯につき)

(点数の見直し)

1, 200 点 → 1, 174 点

M017 ポンティック (ダミー)

(1 歯につき)

(注の見直し)

注 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に 772 点を加算する。

注1 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に 746 点を加算する。

(注の新設)

(新設)

2 金属裏装ポンティック (ダミー) については、所定点数に 320 点を加算する。

M018 有床義歯

(点数の見直し)

1 局部義歯 (1 床につき)

イ 1 歯から 4 歯まで

525 点

540 点

ロ 5 歯から 8 歯まで

650 点

665 点

M020 鑄造鉤（1個につき）

（点数の見直し）

| | | | |
|-------|------|---|------|
| 1 双歯鉤 | 220点 | → | 224点 |
| 2 両翼鉤 | 205点 | | 208点 |

M021 線鉤（1個につき）

（点数の見直し）

| | | | |
|--------------|------|---|------|
| 1 双歯鉤 | 195点 | → | 200点 |
| 2 両翼鉤（レストつき） | 135点 | | 140点 |
| 3 レストのないもの | 115点 | | 120点 |

（削除）

| | | | |
|--------------------|-----|---|------|
| M028 充填物の研磨（1歯につき） | 14点 | → | （削除） |
| 注 保険医療材料料を含むものとする。 | | | |

（削除）

| | | | |
|--|------|---|------|
| M035 新製義歯調整料（1口腔につき） | 120点 | → | （削除） |
| 注1 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。 | | | |
| 2 区分番号M036に掲げる有床義歯調整料 | | | |

は同一月において算定できない。

(削除)

M036 有床義歯調整料 (1口腔につき)

60点

注1 有床義歯装着後1月を超えた期間において、適合を図るための調整を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 咬合機能の回復が困難な患者に対して、有床義歯の調整を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

3 区分番号M035に掲げる新製義歯調整料は同一月において算定できない。

(削除)

第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算

(削除)

M090 ラバー加算

10点

注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。ただし、歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M001の3のイ及びM001-2に掲げるものに限る。) については、臼歯に対して歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合 (隣接面以外の

(削除)

M091 周辺装置加算

(注の見直し)

部分に対してのみ歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合に限る。)に限り加算する。

注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|---|---|
| <p>第 2 章 第 1 3 部 歯科矯正</p> <p>第 1 節 歯科矯正料</p> <p>N 0 0 0 歯科矯正診断料</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p> | <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、病名、症状、治療内容、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき 1 回に限り算定する。</p> | <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するとき、それぞれ 1 回に限り算定する。</p> |

N 0 0 1 顎口腔機能診断料

(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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供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施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

N 0 0 2 歯科矯正管理料

(注の見直し)

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導及び機械的歯面清掃等を行うとともに

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の

| | | | |
|--|---|-------------------|--|
| | <p>に経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について説明し、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> | | <p>移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p> | <p>→</p> | <p>4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p> |
| <p>N004 模型調製 (1組につき)</p> <p>(注の削除)</p> <p>(注の削除)</p> | <p>1 平行模型 500点</p> <p>注 顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。</p> <p>2 予測模型 300点</p> <p>注 予測歯1歯につき60点を加算する。</p> | <p>→</p> <p>→</p> | <p>(全体の注へ)</p> <p>(全体の注へ)</p> |

(注の新設)

(新設)

注1 1については、顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。
2 2については、予測歯1歯につき60点を加算する。

N008 装着

1 装置 (1装置につき)

イ 可撤式装置 300点

(注の削除)

注 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

(全体の注へ)

ロ 固定式装置 400点

(注の削除)

注1 固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。
2 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

(全体の注へ)

3 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）

（注の削除）

注 エナメルエッチング料及びブラケットボン
ド料を含むものとする。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注1 1のイについては、矯正装置に必要なフォー
ースシステムを行い、力系に関するチャート
を作成し、患者に対してその内容について説
明した場合は、400点を加算する。
2 1のロについては、固定式装置の帯環及び
ダイレクトボンドブラケットの装着料を除
く。
3 1のロについては、矯正装置に必要なフォー
ースシステムを行い、力系に関するチャート
を作成し、患者に対してその内容について説
明した場合は、400点を加算する。
4 3については、エナメルエッチング及びブ
ラケットボンドに係る費用は、所定点数に含
まれるものとする。

N018 マルチブラケット装置（1
装置につき）

（注の見直し）

注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

| | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--|
| | <p>プⅢ及びステップⅣの各々につき最初の1装置に限り算定する。</p> | <p>プⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の1装置に限り算定する。</p> |
| <p>N019 保定装置 (1装置につき)</p> | <p>1 プレートタイプリテーナー 1,500点</p> | |
| <p>(注の削除)</p> | <p>注 人工歯を使用して製作した場合の費用を含むものとする。</p> | <p>(全体の注へ)</p> |
| <p>(注の削除)</p> | <p>2 メタルリテーナー 6,800点</p> | |
| <p>(注の新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>注1 1については、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。 2 2については、鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> |

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|---|-------------|---|
| <p>第 2 章 第 1 4 部 病理診断</p> <p>(新設)</p> | <p>(新設)</p> | <p>第 1 4 部 病理診断</p> <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 病理診断の費用は、各区分により算定する。 2 第 1 4 部に規定する病理診断・判断料以外の病理診断・判断料の算定は、医科点数表の例による。 <p>病理診断・判断料</p> <p>区分</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 410点</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免</p> |

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

2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)は別に算定できない。

O001 口腔病理判断料(歯科診療に係るものに限る。) 146点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号O000に掲げる口腔病理判断料を算定した場合には、算定しない。



3 調剤報酬点数表

| 項 目 | 現 行 | 改 正 案 |
|--|---|---|
| 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） （点数の見直し） （注の見直し） （注の新設） | 42点 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この表において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。 （新設） | 40点 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。 注3 後発医薬品の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。 |

(注の新設)

(新設)

注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料（後期高齢者である患者にあつては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を除く。）は算定しない。

01 調剤料

(点数の見直し)

5 一包化薬

97点

89点

(注の見直し)

注 2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

(注の見直し)

注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休

注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休

(注の新設)

日（深夜を除く。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

(新設)

日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

(注の見直し)

注5 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤

注5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付1回につき40点を加算する。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤

| | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| | <p>を行った場合を除く。)</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 (新設)</p> <p>(2) (略)</p> <p>ロ～ハ (略)</p> | | <p>を行った場合を除く。)</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点</p> <p>(3) (略)</p> <p>ロ～ハ (略)</p> |
| 第2節 薬学管理料 | | | |
| 10 薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき) | | | |
| (名称の見直し) | 薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき) | | 薬剤服用歴管理指導料 (処方せんの受付1回につき) |
| (点数の見直し) | 22点 | | 30点 |
| (注の見直し) | 注1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定する。 | | 注1 患者 (後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。) について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本 |

| | | |
|----------------|--|---|
| <p>(注の削除)</p> | <p>注2 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p> | <p>的な説明を行うこと。 ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>(削除)</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に8点を加算する。</p> | <p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p> |
| <p>(注の見直し)</p> | <p>注5 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> | <p>注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> |

付1回につき)

(注の見直し)

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

1.3 長期投薬情報提供料

(項目の見直し)

1 長期投薬情報提供料1（処方せんの受付1回につき）
服薬期間が14日又はその端数を増すごとに18点
2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき）
28点

1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき）
18点
2
2

(注の見直し)

注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要

注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に

な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する。

係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

14の2 外来服薬支援料

185点

注 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。

15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(項目の見直し)

1 月の1回目の算定の場合

500点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点

2 月の2回目以降の算定の場合

300点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

350点

(注の見直し)

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期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。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期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。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

(注の見直し)

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

(新設)

(新設)

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

500点

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

注3 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

(新規)

(新規)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

700点

(新規)

(新規)

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

注3 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

15の4 退院時共同指導料

600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

(新規)

(新規)

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本

的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

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

注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合

20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合

10点

注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当

(新規)

(新規)

該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

19 後期高齢者終末期相談支援料

200点

注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。