

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。)を受ける場合にあっては、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。)を受ける場合にあっては、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)

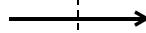
ヨ 退院調整加算

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）

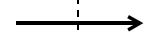
1	7対1入院基本料	1, 447点
2	10対1入院基本料	1, 161点
3	13対1入院基本料	949点
4	15対1入院基本料	886点
5	18対1入院基本料	757点
6	20対1入院基本料	713点



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)												
	ヨ～ソ (略)	(新設) →	タ 二類感染症患者療養環境特別加算												
		(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。)

ヘ～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加算（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

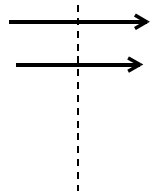
マ 後期高齢者総合評価加算

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)

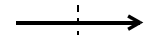
	(新設)	
1	10対1入院基本料	1,269点
2	13対1入院基本料	1,092点
3	15対1入院基本料	954点



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)

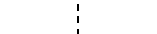
注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。



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。

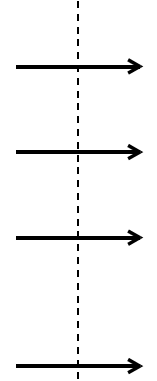
(注の見直し)

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

	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
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。	(新設)	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。
(注の新設)		(新設)	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

<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）

3 5 0 点 → 6 5 0 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
3 0 0 点
- 2 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料（1 0 対1 入院基本料及び1 5 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
2 0 0 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

(注の見直し)	特別入院基本料の例により算定する。	院基本料の例により算定する。																														
	<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>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>																														
A311 精神科救急入院料（1日につき）																																
(項目の見直し)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 1011 696 1040">1</td> <td data-bbox="719 1011 943 1040">30日以内の期間</td> <td data-bbox="1106 1011 1272 1040">3,200点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1139 696 1168">2</td> <td data-bbox="719 1139 943 1168">31日以上の期間</td> <td data-bbox="1106 1139 1272 1168">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="0"> <tr> <td data-bbox="1458 1011 1487 1040">1</td> <td data-bbox="1509 1011 1756 1040">精神科救急入院料1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1487 1054 1756 1083">イ 30日以内の期間</td> <td></td> <td data-bbox="1899 1054 2063 1083">3,431点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1487 1094 1756 1123">ロ 31日以上の期間</td> <td></td> <td data-bbox="1899 1094 2063 1123">3,031点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1139 1487 1168">2</td> <td data-bbox="1509 1139 1756 1168">精神科救急入院料2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1487 1179 1756 1208">イ 30日以内の期間</td> <td></td> <td data-bbox="1899 1179 2063 1208">3,231点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1487 1219 1756 1248">ロ 31日以上の期間</td> <td></td> <td data-bbox="1899 1219 2063 1248">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																													
(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</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。

A 3 1 1 - 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A 1 0 3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）

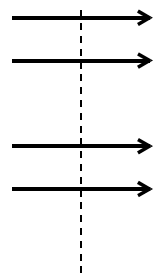
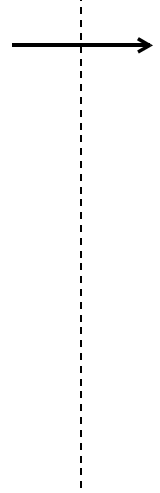
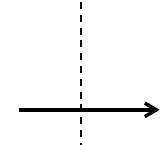
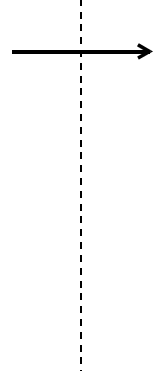
老人性認知症疾患治療病棟入院料（1日につき）

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、

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、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)、グルタミンク・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〜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)、グルタミンク・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〜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>B 0 0 1 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>1 5 慢性維持透析患者外来医学管理料</p>	<p>7 1 0 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、1 5 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>	<p>イ 月の 1 回目 5 0 0 点</p> <p>ロ 月の 2 回目 4 0 0 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</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 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

、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。

(新設)

(新設)

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。

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。

(新設)

(新設)

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>(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>

B005—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。

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。

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>
(注の見直し)	<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>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>
(注の見直し)	<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>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>
(注の新設)	(新設)	→	<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

(注の見直し)	<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>
(注の見直し)	<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>
(注の新設)	(新設)	<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>
(注の新設)	(新設)	<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>

C 0 0 8 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。

C 1 5 2 間歇注入シリンジポンプ加算

(点数の見直し)

1, 0 0 0 点 → 1, 5 0 0 点

C 1 5 8 酸素濃縮装置加算

(点数の見直し)

4, 6 2 0 点 → 4, 0 0 0 点

C 1 6 1 注入ポンプ加算

(点数の見直し)

1, 0 0 0 点 → 1, 2 5 0 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PIVKAⅡ、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、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

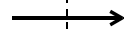
(注の見直し)

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>

<p>(注の移動)</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<p>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。</p>
<p>(区分の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>D 2 3 9 - 3 神経学的検査 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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>

(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>(新設)</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>(新設)</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(HCGβ)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ゲン(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 GP I)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	頸管髄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ン-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	細隙燈頭微鏡検査(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	角膜内皮細胞頭微鏡検査	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 ギナドトロピン(LH及びFSH)(一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鈣質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験(一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験(血糖、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

(新設)

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

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、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、フィルムのコストは算定できない。</p>		<p>120点を加算する。ただし、この場合において、フィルムのコストは算定できない。</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、フィルムのコストは算定できない。</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、フィルムのコストは算定できない。</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>

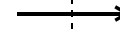
(名称の変更)	<p>3 脳槽CT造影 2, 300点</p> <p>注1 単純CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	→	<p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2, 300点</p> <p>注1 CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
(削除)	<p>注2 特殊CT撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地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>(項目の見直し)</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>1 単純MRI撮影</p> <p>イ 1.5テスラ以上の機器による場合 1, 230点</p> <p>ロ イ以外の場合 1, 080点</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 1, 300点</p> <p>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>F 1 0 0 処方料</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>第 3 節 薬剤料</p> <p>F 2 0 0 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 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>注 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。

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>→</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）

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

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 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

H 0 0 0 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) 2 5 0 点

2 0 0 点

2 心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1 単位) 1 0 0 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

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。

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)

(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。

H003-4 脳血管疾患等リハビリ

→ (削除)

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 style="text-align: center;"> </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</p> <p>21点</p>	<p>50点</p> <p>25点</p>
<p>J005 脳室穿刺 （点数の見直し）</p>		<p>300点</p>	<p>500点</p>
<p>J006 後頭下穿刺 （点数の見直し）</p>		<p>220点</p>	<p>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 骨髓穿刺
(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>

<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注8 区分番号J038-2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。</p>
<p>J038-2 持続緩徐式血液濾過 (1日につき) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>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。</p>
<p>J039 血漿交換療法(1日につき) (点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注4 区分番号J038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J038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。</p>
<p>J039 血漿交換療法(1日につき) (点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>5,000点 (新設)</p>	<p>4,200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。</p>

J 0 4 0 局所灌流（1日につき）
（注の新設）

J 0 4 1 吸着式血液浄化法（1日につき）
（注の新設）

J 0 4 1—2 血球成分除去療法（1日につき）
（注の新設）

（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。

（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。

（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）

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 30分までの場合

2 2 0 点 → 2 4 2 点

2 30分を超えて5時間までの場合
2 2 0 点に30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 30分を超えて5時間までの場合
2 4 2 点に30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>→</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>→</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>→</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>→</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 イオンフォレーゼ
(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 → 120 点</p> <p>200 点 → 220 点</p> <p>300 点 → 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>(耳鼻咽喉科処置)</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>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

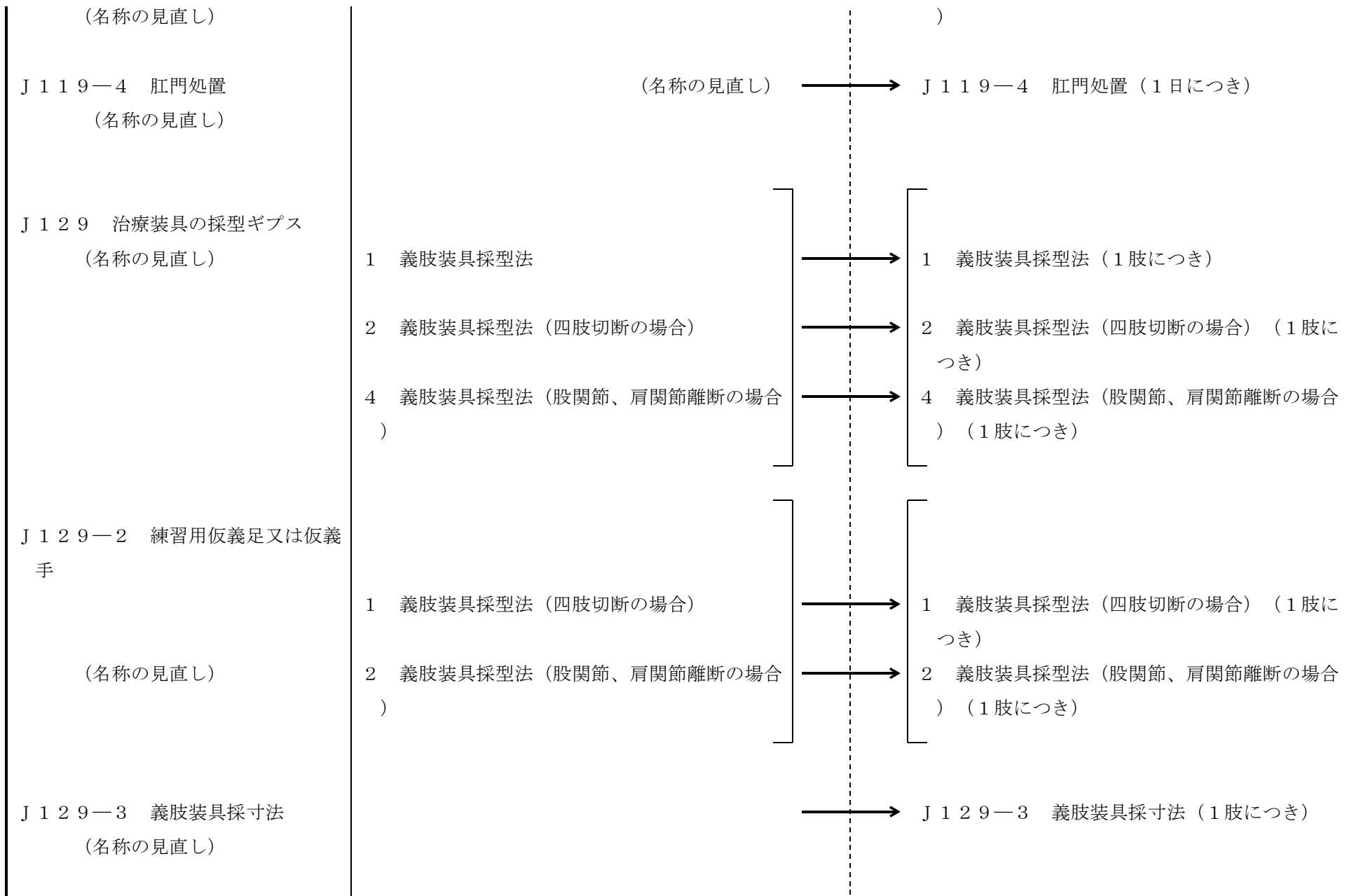
150点

80点

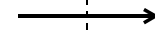
100点

（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 1 0 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 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、区分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号 L 0 0 4 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、靱帯)

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	1 2 0 点	→	1 3 0 点	
4 難抜歯 (点数の見直し)	4	4 6 0 点	→	4 7 0 点	
5 埋伏歯 (点数の見直し)	5	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>(注の移動)</p> <p>(項目の新設)</p>	<p>1 おとがい形成の場合 4,990点</p> <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>3 再建の場合 18,500点 (新設)</p>	<p>(注の削除)</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>
<p>(唾液腺)</p> <p>K 4 5 5 顎下腺悪性腫瘍手術 (点数の見直し)</p> <p>(甲状腺、上皮小体)</p> <p>K 4 6 1 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術</p>	<p>17,600点</p>	<p>20,000点</p>

(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) 38,600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 74,800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104号) に規定する脳死した者の 身体から採取された腎を除く。) 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、40,000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 104号) に規定する脳死した者の身体から 採取された腎を除く死体腎を移植した場合は 、移植腎の提供のために要する費用として、 40,000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 40,000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

(新設)

(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

K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

50,300点

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。

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>(名称の見直し)</p> <p>1 2 0 点</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>(新設)</p>	<p>(新設)</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K 5 5 2—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K 5 5 2—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>

<p>(注の新設)</p> <p>M001 体外照射</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>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医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射</p>	<p>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医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001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。</p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001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。</p> <p>2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射</p>
--	--	---

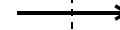
	イ 1回目	700点		イ 1回目	500点
	ロ 2回目	210点		ロ 2回目	150点
(項目の新設)		(新設)	→	4 強度変調放射線治療 (IMRT)	
				イ 1回目	3,000点
				ロ 2回目	1,000点
(注の新設)		(新設)	→	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。	
M004 密封小線源治療 (一連につき)					
(名称の見直し)	2 腔内照射				
	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合	3,000点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

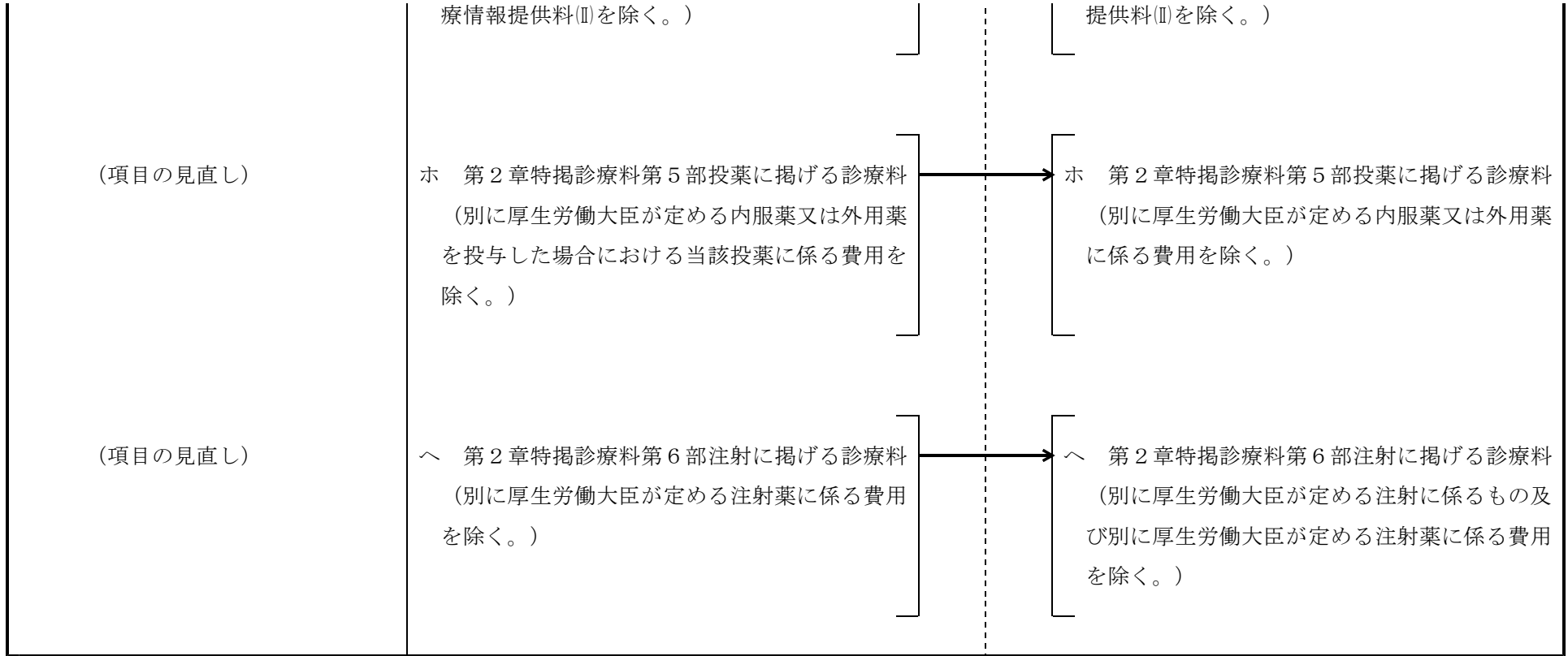
併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

(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



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 1064 683">第 1 欄</th> <th data-bbox="1064 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 1064 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="1064 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 1064 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="1064 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										